

# Atención de la salud de personas travestis<sup>1</sup> y transexuales

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

## Índice

Presentación	3
Nociones generales sobre sexualidad	9
Conociendo mejor a las personas travestis	18
La primera consulta con una trans	24
Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal	29
Consideraciones específicas sobre la atención clínica	39
Los autores	42

## Presentación

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

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

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

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

Por su parte, y buscando dar respuesta a estos legítimos reclamos, la Coordinación Sida del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires junto con profesionales aislados del sistema público de salud han ido generando respuestas parciales en dos direcciones complementarias que confluyen en la búsqueda de una mayor accesibilidad de la

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

El documento que estamos presentando se inscribe en este esfuerzo por lograr que nuestras instituciones mejoren su capacidad de respuesta a mayores sectores de población, en particular a aquellos más vulnerables.

En marzo de 2006, profesionales de los Centros de Salud y Acción Comunitaria N°15 / Área Programática Hospital Argerich, Centro de Salud y Acción Comunitaria N°13 / Área Programática Hospital Piñero y de Casa Joven / Dirección de Juventud del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales pidieron a la Coordinación Sida apoyo de información legal y científica para mejorar la atención de personas *trans* con la que ya estaban estableciendo contacto fluido. Esta demanda fue el motor de la preparación de un borrador del documento "Atención de la salud de personas travestis y transexuales" que fue concluido en octubre de ese mismo año y entregado a cuarenta profesionales que venían desarrollando acciones con las personas *trans*, o que habían manifestado interés en la atención de esta población.

El 27 de noviembre de 2006 se llevó adelante el encuentro *Atención de la salud de las personas trans desde el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires / Primera ronda de conversaciones*, organizado de modo colaborativo entre la Coordinación Sida y ONUSIDA y que tuvo los siguientes objetivos:

- Inaugurar un espacio de debate entre profesionales que trabajan en el sistema público de salud en la atención de la población *trans*.
- Revisar de modo colectivo el borrador a fin de enriquecerlo y establecer lineamientos de buenas prácticas en la atención de personas *trans*.

Al iniciarse esta jornada de trabajo, el doctor Claudio Bloch –director general de la Coordinación Sida del Ministerio de

Salud,GCBA– dio la bienvenida y presentó el micro “VIH y diversidad sexual”, de la serie de videos preventivos *Vivir en Positivo*<sup>2</sup>. El doctor Pedro Chequer –coordinador de ONUSIDA para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay– presentó un marco histórico que permitió ubicar la elaboración de este documento en el proceso de lucha por los derechos sexuales, y resaltó la importancia de considerar el problema de la homofobia como parte de la estrategia de detención de la epidemia del VIH-sida.

Marcela Romero –presidenta de Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina (ATTTA)– mostró, a través de datos estadísticos y testimonios, las diversas formas que adopta el maltrato hacia las personas *trans* y que se pone de manifiesto en la gran cantidad de personas que han muerto de modo violento. La doctora Diana Maffía –docente e investigadora de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires– hizo un desarrollo conceptual que tuvo eje en las categorías de la **diferencia** y la **identidad**, la **igualdad** y la **desigualdad**, llamando la atención sobre la necesidad de compatibilizar el registro de la diferencia y el trato igualitario desde el punto de vista de los derechos de las personas. Finalmente, la doctora Silvana Weller –responsable de prevención de la Coordinación Sida– presentó de modo esquemático los principales contenidos del documento preliminar que iba a ser discutido.

Luego de estas presentaciones se abrió un debate que involucró de modo activo a los profesionales presentes y cuyos resultados más relevantes pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- 1) Se generó un espacio de encuentro con clima amigable que facilitó la conversación sobre temas complejos y poco abordados;
- 2) Los participantes realizaron aportes novedosos que permitieron enriquecer el borrador;
- 3) Se pudieron conocer los consensos, puntos conflictivos y demandas de los profesionales con respecto a la atención de la población *trans*;
- 4) Se avanzó en la consolidación de equipos de profesionales de referencia para la atención de población *trans*;

<sup>2</sup> *Los micros Vivir en Positivo fueron emitidos en el año 2005 por el Canal Ciudad Abierta.*

5) Se definieron de modo consensuado los pasos a seguir para avanzar en la estrategia en el año 2007.

El documento está organizado en cinco partes: la primera es *Nociones generales sobre sexualidad* y en ella se presentan algunos conceptos básicos que, entendemos, permiten salir de una lectura "natural" de la sexualidad para poder pensarla como un hecho social y cultural. Entender la complejidad de cómo nos formamos como hombres o mujeres permite entender mejor por qué también podemos ser *trans*.

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

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

En la cuarta parte –*Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal*– se aborda el tema de la autoadministración de hormonas por parte de las travestis, atendiendo a posibles efectos sobre su salud. Al mismo tiempo se ofrecen pautas para una atención adecuada desde el equipo de salud a esta necesidad de "hormonarse".

Finalmente, en la quinta parte –*Consideraciones específicas sobre la atención clínica*– se listan algunas consideraciones a tener en cuenta a la hora de realizar una consulta clínica con personas travestis.

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

En primer lugar, el destinatario de este texto es el equipo de

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

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

#### Sobre la autoría colectiva del texto

El texto fue preparado a pedido de la Coordinación Sida por el Dr. Ricardo Duranti, con la colaboración en la segunda parte del Lic. Matías Hessling. La tercera parte fue elaborada por el Lic. Guillermo Leone.

El documento fue revisado en su versión borrador por los siguientes miembros del equipo de la Coordinación Sida: Dr. Claudio Bloch, Dr. Sergio Maulen, Dr. Fernando Silva Nieto y Dra. Silvana Weller. Colaboró también en la revisión la Dra. Martha Centurión, médica ginecóloga del CESAC N°15 / Área Programática del Hospital Argerich.

En una segunda instancia, fue revisado y enriquecido por los aportes de los participantes de la primera ronda de conversaciones, que son quienes se listan a continuación:

Ana Lucía Arévalo, psicóloga  
María del Mar Bargiela, médica clínica  
Adriana Basombrio, médica infectóloga  
María Ester Betta Pella, trabajadora social  
Javier Casavilla, médico tocoginecólogo  
Claudia Cernadas, antropóloga  
Germán Cheliz, médico urólogo

Silvia Chera, médica generalista  
Adriana Durán, médica clínica  
Julio Fernández, médico clínico  
Nélida Figueroa, enfermera  
Carla Gherardi, psicóloga  
Adrián Helien, médico urólogo y sexólogo  
Susana Hermosid, médica tocoginecóloga  
Gustavo Iribarne, antropólogo  
Silvina Ivalo, médica infectóloga  
Nora Kamenecky, médica psiquiatra  
Silvia Kargieman, psicóloga  
Vanesa Dana Kaynar, psicóloga  
Mariela La Salvia, trabajadora social  
Oscar Levalle, médico endocrinólogo  
Facundo López, administrativo  
Marcelo H. Losso, médico clínico  
Leonardo Lourtau, médico infectólogo  
Andrea Mamianetti, enfermera  
Analía Messina, médica tocoginecóloga  
Blanca Moretti, lic. en enfermería  
Susana Mouchard, médica clínica  
Alberto Nagelberg, médico endocrinólogo, andrólogo  
Marisa Nan, bioquímica  
Patricia Orge, Lic. en Ciencias de la Educación  
Leonardo Perelis, psicólogo  
Marta Pérsico, médica clínica  
Diego Raffo, enfermero  
Oscar Rizzo, médico neumonólogo  
Gustavo Rodríguez Baigorri, médico urólogo, sexólogo  
Mónica Swatowski, psicóloga  
Javier Toibaro, médico clínico  
Marcelo Vila, médico clínico  
Silvina Vulcano, médica tocoginecóloga  
Alejandra Yelicié, médica clínica

El documento final fue revisado, corregido y editado por el equipo de Comunicación Social de la Coordinación Sida conformado por el Lic. Agustín Rojo, el Lic. Agustín Ostrowski y la periodista Malala Carones.



# 1. Nociones generales sobre sexualidad

Dr. Ricardo Duranti

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

Michel Foucault

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

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

De ahí lo interesante de destacar la pluralidad de significa-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Sexo de asignación, sexo legal, sexo de crianza**

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

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

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

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

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

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

Judith Butler

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

malizan ciertas formas de diferenciación, celeste o rosa, sin plantearse otras opciones como amarillo o violeta. Y con esta diferenciación entramos de lleno en el terreno de la **sexualidad** que, en un sentido muy amplio, sería el **discurso que se instaura sobre y alrededor del sexo**<sup>3</sup>.

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

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

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

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

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

Hasta aquí, hemos relativizado ciertos conceptos que situaban

<sup>3</sup> Es por este motivo que hablar de "sexualidad humana" es redundante, en la medida en que los discursos sobre el sexo sólo existen en el mundo humano.

al sexo y la sexualidad como procesos naturales y automáticos, apenas matizados por el medio en que les toca desarrollarse. Aparece así el concepto de **género**, para referirnos a los aspectos de la sexualidad relacionados con el universo socio-cultural masculino y femenino, y su intervención en la constitución del psiquismo<sup>4</sup>. Esta distinción entre sexo y género produce un corrimiento de sentido de modo tal que ser hembra ya no es condición para ser mujer o acceder a la feminidad (lo mismo se aplicaría para la masculinidad). El género, siempre según Butler, sería una interpretación cultural del uso de los cuerpos. Al ser el género una construcción histórica y social, no aparece en forma pura sino que está atravesado por otras variables, como la orientación sexual, la clase social o la raza.

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

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

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

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

<sup>4</sup> Siguiendo a Butler (1990), podemos decir que el **género** es la variable cultural que interpreta al sexo, careciendo de fijeza y permite un fluir más dinámico de la identidad.

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

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

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

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

### **Para ir finalizando, ¿qué tan animales podemos ser?**

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

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

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

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



## Bibliografía

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

## 2. Conociendo mejor a las personas travestis

Lic. Matías Hessling

### ¿Qué es una travesti?

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

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

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

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

## La imagen travesti: el cuerpo

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

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

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

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

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

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

### **¿Las travestis se sienten mujeres?**

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

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

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

### **Prácticas sexuales y prostitución**

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

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

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

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

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

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

### **Un perfil de grupo:**

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

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

El 46% tiene entre 22 y 31 años.

El 25%, entre 32 y 41.

Sólo el 1% tiene 62 o más años.

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

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

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

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

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

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

### Bibliografía consultada y de referencia

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

### 3. La primera consulta con una trans<sup>5</sup> Lic. Guillermo Leone

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

*Agrado, Pedro Almodóvar.*

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

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

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

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

<sup>5</sup> Existen dos variantes de trans: "las trans" que nacen varones y asumen las características del género femenino (M-F), y "los trans" que nacen mujeres y hacen cambios en dirección al género masculino (F-M). Se les nombra como eligen nombrarse, con el género de destino y no con el que corresponde a su sexo de nacimiento. En este trabajo nos referimos específicamente a las trans (M-F), el tipo más vulnerable al VIH.



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

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

### Relación profesional-paciente

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

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

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

Algunos profesionales, movidos por su curiosidad, solicitan información innecesaria, invaden la intimidad de la paciente, u observan su cuerpo como si se tratara de un fenómeno. Algunas trans narran el dolor que les provoca que levanten la sábana para ver sus genitales, sobre todo cuando no se las está examinando<sup>6</sup>. Al percibir sorna, ironía o actitudes no compatibles con el rol del médico, suelen responder defendiéndose en forma hostil o incluso exhibicionista-agresiva, pues muchas de ellas están entrenadas para defenderse. Esto posiblemente explique por qué muchas trans no asumen el rol esperado por el profesional, sino que muestran comportamientos desconcertantes, como por ejemplo una abierta actitud de seducción o una franca agresividad o reticencia a cooperar.

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

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

<sup>6</sup> Los párrafos en los que hago una descripción de lo que sienten las travestis se basan en los relatos de integrantes de la Asociación de Travestis Transexuales y Transgénero Argentinas (ATTA).

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

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

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

## Nombrarlas hace la diferencia

¿Qué es lo que espera una trans de los profesionales que la atiendan? Respeto por lo que ella es. ¿Cómo instrumentar esto? Aunque en el documento figure un nombre masculino, es importante preguntarle cómo quiere ser llamada y que respetemos su deseo de ser nombrada por su "verdadero nombre"<sup>7</sup>. Acostumbrarnos a llamarlas por el apellido sería suficiente, pero si fuera posible usar el nombre que ellas eligieron sería mucho mejor. Jamás deberíamos llamarlas por su nombre y apellido legal porque esto constituye para ellas un agravio. Si fuera necesario llenar un formulario, sería bueno explicarles, por ejemplo, que sólo por esa vez se les pedirán estos datos porque la ley lo exige, y dejar constancia en la historia clí-

<sup>7</sup> *Claudia Pía, Trabajadora Social y militante de ATTTA, comentaba lo doloroso que era ver que en el velatorio de una amiga travesti no aceptaban poner su verdadero nombre, que es el nombre por el que ella se nombraba a sí misma, el mismo con que la nombraban sus afectos y no el de los documentos.*

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

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

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

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

## 4. Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal

Dr. Ricardo Duranti

El objetivo del tratamiento hormonal en las personas transgénero, travestis en este caso, es suprimir o minimizar los caracteres sexuales secundarios originales e inducir los del sexo buscado.

Es necesario adelantar que no existen trabajos acerca del tratamiento con estrógenos en travestis. La mayoría de los datos y la experiencia provienen del tratamiento para la feminización en transexuales (de masculino a femenino) para quienes existen protocolos acerca del modo y las condiciones en que debe establecerse el tratamiento.

Las travestis suelen esperar cambios rápidos y completos, a veces inmediatos, al inicio del tratamiento hormonal, pero los efectos inducidos por las hormonas son limitados y aparecen sólo gradualmente, dependiendo mucho de la edad de comienzo del tratamiento: no es lo mismo tratar de generar cambios en un adolescente que en alguien que ya pasó los 40 años.

Por esto es conveniente antes de iniciar el tratamiento dar una información lo más amplia e individualizada posible acerca de beneficios y perjuicios del mismo para no crear falsas expectativas.

Hay que tener en cuenta –y explicarlo muy claramente– que los estrógenos no eliminan todos los rasgos del sexo original ni actúan por igual en todas las personas.

En las personas transgénero M-F<sup>8</sup> no hay forma de revertir los efectos de la testosterona sobre el esqueleto: la mayor talla, la forma de la mandíbula, el tamaño y forma de manos y pies, así como la estrechez de la pelvis no revierten una vez alcanzado el tamaño final después de la pubertad. Del mismo modo, el tratamiento puede no dar resultados en relación con la reducción de la barba o el desarrollo mamario.

Puede haber, en forma variable, una disminución de la fuerza y la masa muscular.

<sup>8</sup> *Masculino a femenino.*

Con respecto a los genitales y la función sexual, los cambios pueden ser variables.

Si bien el tamaño del pene no cambia, puede parecer más pequeño por la mayor cantidad de grasa del bajo abdomen y por un aumento de la flaccidez.

Las erecciones no suelen desaparecer más que al inicio del tratamiento, y luego dejan de ser espontáneas y requieren estimulación constante para sostenerse. La libido disminuye en forma evidente y el orgasmo pierde potencia y satisfacción. La eyacuación tiene muy disminuido el volumen y puede llegar a desaparecer, en parte por la reducción del volumen y función de la próstata y vesículas seminales.

Los testículos pueden disminuir hasta un veinte por ciento su tamaño en el primer año: hay cambios atróficos y con pérdida de las células de Leydig y Sertoli. Esto lleva a una baja evidente de la espermatogénesis y a la infertilidad consecuente.

A diferencia de lo que sucede con los transexuales, es infrecuente encontrar travestis vírgenes de tratamiento hormonal, lo cual no nos exige de tomar todos los recaudos necesarios para que la continuación del tratamiento se realice en la forma más segura.

El deseo y la ansiedad por adaptar el cuerpo a la imagen esperada hace que las personas transgénero tiendan a "hormonarse" cuanto antes maximizando las dosis y siguiendo diversas pautas que, generalmente, son transmitidas de boca en boca, sin control médico.

Las personas que solicitan terapia hormonal probablemente gocen de una buena salud y manifiesten un gran apuro por generar cambios corporales, minimizando la necesidad de entrevistas y/o estudios previos, lo cual no las exige de un exhaustivo examen general.

Como con toda persona que inicia un tratamiento médico, es necesario realizar una historia clínica completa considerando sus antecedentes familiares y personales y un examen físico general sin omitir un estudio de la tiroides y una evaluación de la competencia venosa de los miembros inferiores.

Pueden tomarse medidas de los testículos, pechos, cintura y caderas, así como de los glúteos. Estas medidas servirán para un seguimiento de los cambios corporales que se produzcan con el tratamiento hormonal y darán una noción de la evolución del mismo.

Es necesario un examen de laboratorio de rutina, que también servirá de antecedente para evaluaciones posteriores, para poder comparar en caso que se detecten alteraciones una vez comenzado el tratamiento hormonal. Es importante controlar la función hepática al inicio del tratamiento y hacer el seguimiento posterior, ya que suele haber alteraciones al comienzo de la ingesta de estrógenos que, en general, se corrigen espontáneamente.

Un perfil basal de los distintos ejes hormonales es necesario al inicio del tratamiento para descartar alteraciones endocrinológicas y como base para los seguimientos posteriores.

Un estudio mínimo debe consistir en la habitual rutina de laboratorio:

- Hemograma
- Hepatograma
- Glucemia
- Creatininemia
- Acido úrico
- Proteinograma
- Colesterol total, HDL y LDL
- Triglicéridos
- TSH y T4 libre
- Testosterona total y libre
- Prolactina
- FSH
- LH
- HCV IgG
- Anti core HVB IgG y HbsAg

La determinación de estrógenos séricos es un dato que carece de utilidad ulterior, ya que lo que se medirá posteriormente serán los estrógenos medicamentosos.

Más importante es una medición basal de testosterona y hacer mediciones posteriores para poder evaluar el efecto

supresor de los estrógenos.

La Prolactina sérica se encuentra tanto en hombres como en mujeres, pero en proporciones diferentes. Es esperable un aumento con el tratamiento estrogénico que puede ser de hasta cuatro veces el valor normal. La importancia de su control es que los valores elevados pueden estar indicando una hiperplasia hipofisaria o el desarrollo de un prolactinoma.

### **Hormonas y dosis**

Existen tres tipos de drogas para conseguir la feminización:

- Inhibidores de las gonadotropinas (análogos de LHRH)
- Antiandrógenos
- Estrógenos

#### **1. Inhibidores de las gonadotropinas. Análogos de la LHRH:**

- Goserelina
- Triptorelina
- Leuprolide

Por su elevado costo, no suelen ser usados para automedicarse y son muy poco utilizados en general.

#### **2. Antiandrógenos:**

Actúan por medio de dos mecanismos:

- Inhibición de la síntesis de andrógenos: espirolactona, finasteride y flutamida.
- Bloqueo de los receptores androgénicos: espirolactona, drospirenona y acetato de ciproterona.

Su interés principal radica en que suprimen la testosterona producida tanto en el testículo como en las glándulas suprarrenales.

Siempre se usan en combinación con estrógenos.



### **Dosis y vías:**

**Espironolactona:** se usa por vía oral en dosis diarias de 200-300 mg hasta 600 mg.

**Finasteride:** tabletas orales de 5 mg por día como dosis de inicio.

**Flutamida:** produce una supresión muy efectiva y la dosis es de 450 mg diarios.

**Drospirenona:** es un antiandrógeno débil pero no produce retención de líquidos y es menos hepatotóxico. Su dosis es de 3 mg/día combinado con etinil estradiol.

**Acetato de ciproterona:** es un potente supresor de la producción de testosterona a través de la inhibición de la LH hipofisaria. Se usa en dosis de 100 mg diarios. Se lo vende solo o combinado con etinilestradiol.

### **3. Estrógenos**

Los estrógenos frenan el estímulo hipofisario sobre los testículos y causan una cierta atrofia de los mismos que puede acompañarse de dolor.

No hay estrógenos superiores a otros y la elección dependerá de la accesibilidad y preferencia de cada médico. Las mayores diferencias dependen de la estructura química y de la vía de administración. Las diferencias en las dosis se deben a las diferentes velocidades de metabolización.

**Etinil estradiol:** es uno de los estrógenos más potentes y baratos. No necesita receta pues se lo consigue como anti-conceptivo combinado con progesterona.

**17-estradiol:** es la más potente de las formas naturales.

**Estriol:** es el menos potente y son necesarias dosis muy altas, sin ventajas sobre los otros dos.

### **Dosis y vías**

La vía oral es la más fácil y práctica, sin mayores problemas. La vía parenteral es preferida a veces porque se supone eliminaría uno de los pasos de metabolización hepática y porque, en las formas de depósito, el efecto sería más continuado. Sin embargo, no debe usarse pues si los estrógenos tienen algún efecto adverso éste persistirá durante un tiempo prolongado.

La vía dérmica es la que menor riesgo de tromboembolismo conlleva por lo que se la reserva para las personas de más de 45 años o que tienen una historia previa de tromboflebitis. Sus respuestas son variables y hay cierto consenso en que son menos efectivas que las otras dos vías. Sin embargo los parches son útiles como mantenimiento una vez que se produjo la feminización y también son más seguros. Tienen el inconveniente de producir problemas en el lugar de aplicación.

### **17 beta estradiol**

**Oral:** 1 mg por día es una dosis adecuada para comenzar el tratamiento.

Los aumentos de dosis dependerán de la tolerancia, los cambios físicos, los niveles de testosterona y la ausencia de efectos secundarios o complicaciones.

**Estrógenos conjugados:** se usan por vía oral en dosis de hasta 5 mg por día.

**Dosis usual:** 2,5 mg/día.

### **La progesterona**

La progesterona es un antiandrógeno muy débil y por eso todavía se lo suele agregar en algunos tratamientos, pero en general se considera que si bien la adición de progesterona produce un aumento más rápido del tamaño de las mamas, también interfiere en el metabolismo lipídico, lo que crea un terreno propicio para trastornos cardiovasculares, ya que el tratamiento es muy prolongado.

### **Seguimiento de los pacientes**

Durante el primer año es conveniente, por lo menos, hacer un control semestral.

Los valores de los análisis de laboratorio van a mostrar los cambios producidos en los diferentes sistemas y nos darán una pauta de si las cosas van bien o hay alteraciones que obliguen a cambiar o interrumpir el tratamiento.

Un indicador fiable es la sensación de confort o no que expresen las pacientes.

Este es el momento ideal para hacer los cambios de esquemas que se consideren necesarios.

En este primer año es conveniente evaluar con cuidado la función cardíaca y la competencia venosa de miembros inferiores principalmente.

### **¿Qué problemas podemos esperar del tratamiento?**

Los problemas vinculados a la administración de estrógenos se encuentran relacionados a las dosis utilizadas. Cuanto mayor es la dosis, mayor riesgo de presentar efectos adversos como los que especifica abajo.

Actualmente, con las dosis de las formulaciones para anticoncepción, han disminuido considerablemente estos riesgos.

#### **• Aumento de peso**

La mayoría puede aumentar el peso corporal no debido necesariamente a retención de líquidos. Es conveniente indicar pautas alimentarias o la consulta con el servicio de Nutrición.

#### **• Retención de líquidos**

Puede traducirse en edemas periféricos o en una retención generalizada.

Puede indicarse un régimen sin sal o diuréticos, de los cuales es de elección la espironolactona por su acción antiandrogénica, debiéndose hacerse un seguimiento más exhaustivo.

#### **• Problemas venosos**

Puede aparecer dolor de piernas y fatiga al caminar. La principal dificultad del tratamiento con estrógenos es la flebitis y sus complicaciones.

#### **• Problemas cardíacos**

Se debería controlar la presión arterial, control de la función cardíaca (electrocardiograma, eventualmente ecocardiograma, etc.).

### • Enfermedades de la vesícula

Fundamentalmente, con dosis altas aumentan las concentraciones de colesterol en la vía biliar.

Los factores más importantes de predisposición son la edad, la menor duración de la toma de estrógenos y las dosis altas. De este modo el mayor riesgo lo tienen aquellas personas mayores de 45 años y que llevan menos de un año de tratamiento. El desarrollo de flebitis es un factor de peso para interrumpir la toma de hormonas.

Las pacientes deben ser conscientes de esta complicación, estar atentas a los síntomas y signos de flebitis y ponerse en contacto con el médico de inmediato. La flebitis suele aparecer en un 6% de personas que toman estrógenos.

Una vez desarrolladas las mamas precisan de vigilancia periódica como medida preventiva del cáncer. Es necesario enseñar las técnicas de autoexamen mamario y realizar, al menos una vez al año, una mamografía de control.

No debe olvidarse que a pesar del tratamiento estrogénico que, teóricamente, serviría como preventivo, existe siempre la posibilidad del cáncer de próstata por lo que no deben obviarse controles periódicos.

### • Hipertensión

Puede aparecer en pacientes hasta entonces normotensos o acentuar una hipertensión previa al tratamiento.

Para el tratamiento de la hipertensión arterial no es necesario discontinuar el tratamiento hormonal.

### • Hipotiroidismo

Existe una interacción entre los estrógenos y la tiroides. Por ello deben vigilarse los valores de T3 y T4 por la posibilidad de su descenso, que podría implicar dar medicación sustitutiva.

### Contraindicaciones

Existen algunas contraindicaciones para la toma de las hormonas:

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

- Relativas**
- Hipertensión arterial grave
  - Diabetes mellitus
  - Antecedentes familiares de cáncer de mama
  - Hiperprolactinemia

Debe recordarse que si el paciente que va a recibir hormonas está recibiendo Rifampicina o antirretrovirales, sobre todo inhibidores de la proteasa, puede existir interacción entre las diferentes drogas potenciando o disminuyendo sus efectos.

También puede tener interacción con otras medicaciones como por ejemplo anticonvulsivos, psicofármacos, antiarrítmicos, sildenafil, drogas utilizadas para las dislipemias (aumento de colesterol, triglicéridos o ambos), antidepresivos, etc., por lo que se recomienda realizar una consulta para evaluar y personalizar las opciones terapéuticas en las personas que se encuentren recibiendo otro tratamiento.

- **Antirretrovirales** Efecto sobre etinil-estradiol
- **Ritonavir** Disminuye la tasa en 40%
- **Indinavir** Aumenta la tasa en 24%
- **Nelfinavir** Disminuye la tasa en 47%
- **Lopinavir** Disminuye la tasa en 42%
- **Nevirapina** Disminuye la tasa en 18%
- **Efavirenz** Aumenta la tasa en 37%

Los estudios publicados incluyen efavirenz, lopinavir/ritonavir, nelfinavir, indinavir, nevirapina y amprenavir. En todos los estudios se ha demostrado una disminución de los niveles plasmáticos de los anticonceptivos orales, excepto con efavi-

renz, que demostró un aumento en los niveles de etilnestradiol (EE) en doce voluntarios sanos, e indinavir, que aumentó los niveles del EE en un 24%.

El aumento de la dosis a 30 Ug de EE podría ser una adaptación de las dosis cuando se asocia a los antirretrovirales (excepto para efavirenz e indinavir, la dosis recomendada puede ser 15-20 Ug de EE), pero esto podría producir un aumento en la aparición de efectos adversos cardiovasculares o hepáticos.

No existen evidencias de que los progestágenos tengan interacción con los antirretrovirales.

### **Bibliografía consultada y de referencia**

- Jaclyn H. Chu, Stephen J. Gange, Kathryn Anastos, Howard Minkoff, Helen Cejtin, Melanie Bacon, Alexandra Levine and Ruth M. Greenblatt. "Hormonal Contraceptive Use and the Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy". *American Journal of Epidemiology*, 2005 161(9):881-890.
- Clark, Rebecca A MD, PhD\*; Theall, Katherine MPH†. "Population-Based Study Evaluating Association Between Selected Antiretroviral Therapies and Potential Oral Contraceptive Failure", *Aids Volume 37(1)*, 1 September 2004, pp 1219-1220.
- H S Mitchell and E Stephens. "Contraception choice for HIV positive women". *Sex Transm Infect*, 2004;80:167-173  
Monique M.R. de Maat, G. Corine Ekhart, Alwin D.R. Huitema.
- Cornelis H.W. Koks, Jan W. Mulder and Jos H. Beijnen. "Drug Interactions Between Antiretroviral Drugs and Comedicated Agents Clin Pharmacokinet", 2003; 42 (3): 223-282.
- Zheng J. "Hormonal Influence on treatment and effect of treatments and effect of treatments on contraceptive methods". *Aids Volume 38 (1)*, March 2005, S24-31.

## 5. Consideraciones específicas sobre la atención clínica

Dr. Ricardo Duranti

En este apartado se resaltan algunos aspectos a tener en cuenta o no perder de vista durante la consulta médica con población trans, en función de prácticas que tal vez no sean mencionadas por vergüenza o por temor a la reacción hostil de los/las profesionales.

Por eso el interrogatorio deberá tener en cuenta esto e incluir preguntas discretas aunque específicas ante la sospecha de que el origen de los síntomas pudiera deberse a alguna práctica sexual, sin olvidar variables como el consumo de drogas, uso de juguetes, alimentación y el estrés de la vida cotidiana que es una variable a considerar por la baja de defensas que produce.

**Hemorroides:** las internas no son causadas por el sexo anal, pero éste puede empeorarlas por irritación.

Las externas, aunque raramente, pueden producirse por una dilatación excesiva causada por el uso de juguetes sexuales: dildos, consoladores, rosarios, etc.

Las fisuras pueden producirse ante una relación sexual habitual, penetración violenta (prácticas BDSM: bondage, dominación-sumisión, sadomasoquismo), finger o fistfucking, el uso de juguetes sexuales o por úlceras relacionadas con la infección por VIH.

La irritación anal puede estar provocada por el uso de cremas o perfumes y, raramente, por el látex de los preservativos o el uso de saliva como lubricante.

Se deben tener en cuenta, además de las habituales vías de transmisión de las ITS, las siguientes: boca-ano-recto, pene-recto, pene-ano, boca-pene seguido de pene-recto. Hay que agregar a esto la posibilidad de transmisión a través de juguetes compartidos o limpiados inadecuadamente.

La sífilis produce su chancro de inoculación generalmente

en el pene pero puede tener otras localizaciones dependiendo de las diferentes prácticas sexuales.

En el ano, el chancro puede ser doloroso y no es infrecuente que sea diagnosticado como una fisura y puede producir diarrea, materia fecal con sangre y descargas mucosas.

Una localización rara es en la boca o garganta. Puede causar algo de dolor o molestia semejando una faringitis.

Las localizaciones rectales u orales tienen el potencial peligro de pasar desapercibidas o ser mal diagnosticadas al atribuir los síntomas a otras causas por lo que, al no ser tratada adecuadamente, la sífilis progresa.

Los virus herpes simple I y II producen pequeñas vesículas acuminadas que rápidamente se rompen y se transforman en úlceras dolorosas, pudiéndose encontrar en las mismas localizaciones que la sífilis.

Lo mismo sucede con la gonorrea: puede localizarse en boca, garganta, uretra, ano y recto. Salvo en la localización uretral, suele pasar desapercibida a menos que se piense en ella, ya que las localizaciones atípicas se diagnostican más por la sospecha que por los síntomas.

El sexo oral es también una causa frecuente de uretritis no gonocócica cuyo mecanismo suele ser dejado de lado, donde la uretra se infecta en la boca del partenaire y causa dolor/ardor al orinar y descargas mucosas. Si no se hace tratamiento, al disminuir los síntomas y con el paso del tiempo pueden causar obstrucciones en la uretra.

Del HPV se puede ser portador sin saberlo o padecerlo. No hace falta penetración ni eyaculación para que se transmita; el simple roce del pene contra los glúteos o el ano es suficiente; las manos pueden transportarlo y son estas características las que hacen al HPV tan contagioso. Los juguetes compartidos también pueden ser una vía de contagio.

La hepatitis A se transmite por la vía fecal-oral, por lo que



el cunnilingus o ciertas prácticas de sexo oral combinado con sexo anal puede ser la vía de entrada.

La hepatitis B, antes de la aparición del VIH, era la infección viral más problemática en la población homosexual. Actualmente existe una vacuna disponible muy eficaz y segura, por lo que no debería ser un problema.

Hay una forma de inflamación de la próstata que se produce en las personas que tienen sexo anal receptivo en forma frecuente. Su causa es mecánica y tiene que ver con los golpes rítmicos que puede sufrir la próstata durante el sexo o por la introducción sin cuidado de juguetes u otros objetos. Por eso se recomienda que las personas que tengan sexo anal receptivo como práctica frecuente concurren al proctólogo al menos una vez al año.

## Los autores

### **Dr. Ricardo E. Duranti**

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

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

Coordinador del Comité de Bioética del citado hospital.

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

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

Algunos de los trabajos en que participó:

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

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

Ávila María Mercedes, Pando María de los Ángeles, Maulen Sergio, Marone Rubén, Duranti Ricardo, Russell Kevin, Sánchez José L, and Weissenbacher Mercedes.

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

Uso del profiláctico durante el sexo oral y anal de una muestra de varones gays y bisexuales en pareja y practicando el sexo casual - Póster.

V Congreso Argentino de Sida. Mendoza, 2002.

Estudio de prácticas sexuales y conciencia de riesgo de infección de VIH-sida en un grupo de varones gays y bisexuales-

Ponencia presentada en las IV Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población, IIGG, 2001.

### **Lic. Matías Marcelo Hessling**

Ciencias de la Comunicación, UBA (2006).

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

Expuso trabajos académicos en el Instituto de Investigación Gino Germani-UBA (2005), y en Jornadas de Investigación en Comunicación en la UNSa (Universidad Nacional de Salta - 2003).

Realizó durante 2004 un programa de radio sobre Sexualidad, Derechos Humanos y salud en FM La Tribu, y fue redactor de la revista NX de la Ciudad de Bs As.

Actualmente participa de dos proyectos de investigación como Investigador Estudiante:

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

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

### **Lic. Guillermo D. Leone**

Psicólogo

Post grado en Psicoterapia gestáltica en la Asociación Gestaltica de Buenos Aires AGBA.

Post grado en Constelaciones Familiares Sistémicas en Centro Bert Hellinger de Buenos Aires.

Post grado en Comunicación en las Organizaciones Complejas FLACSO.

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