# MANUAL DE CAPACITACIÓN

## DE PROFESIONALES DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS MUJERES TRANS

-BASADO EN LA RM 980-2016/MINSA-

nosotrans
Identidad de género y salud

15 AÑOS PROMSEX · Féminas · Asociación de Familias por la Diversidad Sexual PERÚ · MADRID · triángulo COMUNIDAD DE MADRID

# ÍNDICE

# I.


## INTRODUCCIÓN 6-8

Objetivo general 8

Contenidos abordados 8


# II.


## MÓDULO 1 9

Entendiendo la diversidad sexual y de género y el abordaje de la patologización

II.1. Categorías: sexo asignado al nacer, género y orientación sexual

II.2. Diversidad sexual y de género: identificación de cada grupo de la diversidad

II.3. Diferenciación entre la identidad de género y la expresión de género

II.4. La patologización de la diversidad sexual y su impacto en los derechos humanos

II.5. El diagnóstico de la disforia de género


# III.


## MÓDULO 2 20

Funcionamiento hormonal sexual biológico

III.1. Cambios corporales biológicos por sexo asignado al nacer y ciclo de vida

III.2. Dinámica hormonal sexual de los seres humanos

III.3. Respuesta sexual fisiológica


# IV.


## MÓDULO 3 30

Aspectos psicosociales de la diversidad sexual y de género

IV.1. La construcción de la identidad

IV.2. Aspectos que interfieren con el fortalecimiento de la identidad y el ejercicio pleno de la sexualidad: violencia basada en género, homofobia y transfobia

# V.


## MÓDULO 4 36

Impactos en la salud de las mujeres trans

V.1. Situaciones de violencia: la transfobia

V.2. Los determinantes sociales de la salud en las mujeres trans: reconocimiento legal de la identidad, educación, trabajo y seguridad personal

V.3. Afectaciones de salud frecuentes en las mujeres trans

V.4. Riesgos de la falta de acceso a la atención de la salud en las mujeres trans: impacto de prácticas inseguras en el tratamiento hormonal


# VI.


## MÓDULO 5 44

Atención integral de la salud y el proceso de evaluación clínica en las mujeres trans

VI.1. Abordaje de la salud mental

VI.2. Prevención y acceso al tratamiento de ITS y VIH/SIDA

VI.3. Tratamiento hormonal


# VII.


## MÓDULO 6 57

Pautas para el cuidado de la salud de las mujeres trans que acceden a la hormonización

VII.1. Recomendaciones para el seguimiento a mujeres trans en el proceso de hormonización

VII.2. Los efectos no deseados de la hormonización. ¿Qué hacer? Los grupos de apoyo en los procesos de hormonización

# Introducción

Según la información obtenida en la «Primera encuesta virtual para personas LGBTI, 2017» (INEI, 2018), se señala que el 47% de personas LGBTI entrevistadas tuvo problemas de salud y que, en más de la mitad de los casos, sus problemas estuvieron referidos a la salud mental —depresión y ansiedad—. Adicionalmente, el 26% mencionó tener enfermedades crónicas y el 19%, enfermedades infectocontagiosas —infecciones de transmisión sexual—. Por otra parte, el 69% señalaba haber accedido a información sobre prevención de ITS y VIH. Sin embargo, alrededor del 36% no usaba ningún método de protección.

A pesar de la falta de información específica, es bien sabido que —de la población LGBTI— las mujeres trans en nuestro país enfrentan abundantes problemas en relación con su salud física y mental y que constituyen uno de los grupos con elevada prevalencia de ITS y VIH. Esto se evidencia en informes como el de la «Estrategia Sanitaria de Control y prevención de ITS y VIH/SIDA» (Agencia Peruana de Noticias, 2014), donde la prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la población gay y bisexual al 2013 estaba entre 10% y 15%, mientras que, en personas trans, la cifra se eleva al 30%.

En relación con este último aspecto, en un estudio realizado por el Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano–IESSDEH sobre mujeres trans (Salazar, Villayzán, Silva Santisteban y Cáceres, 2010), se encontró que «la comunicación, entre el profesional de salud y la persona trans es deficiente», afectando, por ende, el cuidado de su salud, pues según sus hallazgos, «son las situaciones afectivas y emocionales las que predisponen a las personas trans, frente al uso del condón».

Por otro lado, hasta hace algunos años, a nivel latinoamericano (Cabrera y Parada, 2018. pp 11-13; Lafaurie, 2014), las necesidades de afirmación del género, acorde con la identidad y particularmente con la expresión de género a las que aspiraban las personas trans femeninas no eran atendidas por los servicios de salud y ello motivaba no solo grandes costos económicos que, en la mayoría de los casos no disponen, sino también gravísimos problemas de salud debido a que estas se desarrollaban con prácticas invasivas utilizado productos y sustancias sin control ni régimen terapéutico y por personal no calificado.

Al respecto, el estudio «La igualdad en lista de espera» (Velarde, 2011) da cuenta del entonces enfoque del Ministerio de Salud hacia las personas trans, pues se aseguraba que las personas trans buscaban transformar sus cuerpos hacia una identidad femenina notoria por razones meramente estética. Sin embargo, a raíz de los recientes avances en temas de derechos y salud, se debe tener presente que el proceso de transición que necesitan realizar las personas trans femeninas para sentirse acordes con su identidad y expresión de género, no solo se remite para ellas al aspecto estético y corporal, sino a una realidad mucho más compleja y que afecta todas las esferas de su vida psicosocial, sus entornos familiares, sociales y comunitarios; es decir, estudio, trabajo, salud, etc (Salazar et al., 2010).

Desde esta perspectiva, la «Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la población trans femenina para la prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA» contenida en la RM 980-2016/MINSA (Ministerio de Salud, 2016) ha incluido el proceso de hormonización para las mujeres trans. Esto, por un lado, marca una ruta en la ansiada atención de sus necesidades integrales de salud, lo que permitirá el acercamiento de esta población a los servicios de salud en búsqueda de una atención y abordaje en el que se tome en consideración su identidad y expresión de género.

Sin embargo, es menester considerar que es en estos espacios donde también se encuentran expuestas a la discriminación y estigma, los mismos que se originan a partir de su identidad y expresión de género, como también por motivos étnicos, socioeconómicos, generacionales, entre otros. Es por ello que los servicios de salud deben integrar un enfoque interseccional que reconozca esta realidad tan diversa y compleja.

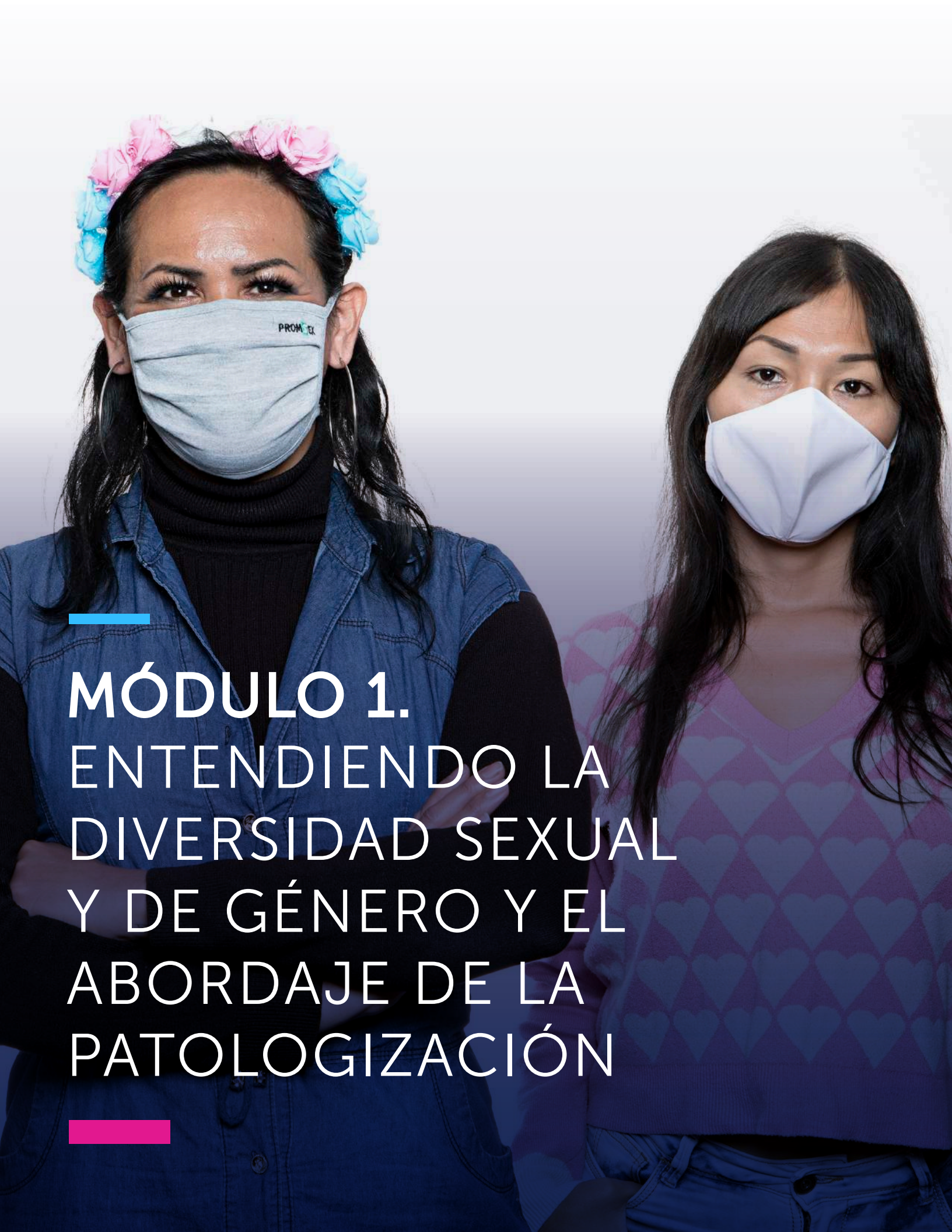
En este sentido, el desarrollo de este Manual para el personal de salud está basado tanto en la «Norma Técnica de salud para mujeres trans» como en otros documentos oficiales de otros países de la región donde existen programas con un mayor desarrollo: «Guía clínica para hormonización en personas trans» (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2016) y la Guía «Atención de la salud integral de las personas trans. Guía para equipos de salud», del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2015).

# Objetivo General

Fortalecer las competencias de profesionales de la salud para ofrecer una atención de calidad a cada mujer trans usuaria de los servicios, promoviendo una atención integral, multidisciplinaria, centrada en la persona, respetando sus derechos y con un enfoque de despatologización de las identidades trans.

# Contenidos Abordados

1. La diversidad sexual como un componente de la sexualidad desde un enfoque de despatologización.
2. El funcionamiento hormonal sexual-biológico humano.
3. Aspectos psicosociales de la diversidad sexual: La salud mental y los impactos de la discriminación a causa de la identidad y expresión de género.
4. Manejo seguro de la hormonización.
5. El autocuidado de la salud de las mujeres trans con reafirmación de género.



# MÓDULO 1.
# ENTENDIENDO LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO Y EL ABORDAJE DE LA PATOLOGIZACIÓN

II.

# Introducción

Este módulo contribuirá con una visión integral de las diferentes categorías relacionadas con el sexo, el género, las diferencias entre ambos y, además, abordará las implicancias entre la patologización de la diversidad sexual y la afectación a los derechos humanos.

## Contenidos:

1. Categorías: sexo asignado al nacer, género, orientación sexual.
2. Diversidad sexual: identificación de cada grupo de la diversidad.
3. La patologización de la diversidad sexual y de género y su afectación a los derechos humanos.
4. Diferenciación entre la identidad de género y la expresión de género.
5. El diagnóstico de disforia de género (la posición de la OMS frente a la Incongruencia de género).

## II.1. Categorías: Sexo asignado al nacer y género

El **sexo** o las características sexuales de las personas trascienden el concepto binario de lo masculino o femenino, pues la asignación del sexo no es un hecho biológico innato, sino que se otorga al nacer en base a la percepción que otros tienen sobre los genitales del recién nacido. En este sentido, la mayoría de las personas son fácilmente clasificadas; sin embargo, algunas de ellas no encajan en este concepto binario: hombre/mujer (CIDH, 2015a).

Por otra parte, el **género** se refiere a las características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, asignadas socialmente y que se aplican de manera diferenciada en función del sexo. Es decir, el género establece también pautas de relacionamiento y ejercicio de poder para hombres y mujeres (De Barbieri, 1995; Scott, 1996; Lamas, 2002).

En resumen, mientras el sexo es el «dato biológico», el género define —desde una perspectiva también binaria— las características masculinas y femeninas asignadas social y culturalmente.

## II.2. Diferenciación entre la identidad de género y la expresión de género

### Identidad de Género

Es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (CIDH, 2015a).

### Expresión de Género

Generalmente se refiere a la manifestación del género de la persona. La misma que podría incluir la forma de hablar, manerismos, modo de vestir, comportamiento personal, comportamiento o interacción social, modificaciones corporales, entre otros (CIDH, 2015a).

NOTA: La diversidad sexual y de género siempre ha estado presente a lo largo de la historia; sin embargo, hoy en día, la ciencia y los derechos humanos permiten comprender que muchas personas han sido y son excluidas debido a la imposición de categorías rígidas de lo femenino y masculino que aún prevalecen en nuestra sociedad.

## II.3. Diversidad sexual y de género: identificación de cada grupo de la diversidad

La diversidad sexual y de género es un concepto muy importante dentro del campo de la sexualidad y está en constante construcción y transformación. Hasta hace algún tiempo, la religión, la ciencia y, por ende, todo el sistema social y cultural solo admitían la existencia de hombres y de mujeres —categorías determinadas en base al sexo asignado al nacer—. Ello fue calificado como lo tradicional, organizándose así la forma de vida, las instituciones y las relaciones sociales. Hoy se sabe que la diferenciación no es absoluta y que tratar de normar e imponer maneras rígidas de feminidad o de masculinidad pueden generar sufrimiento, exclusión e incluso violentar derechos humanos fundamentales.

El reconocimiento que hoy se tiene sobre la diversidad sexual y de género es el resultado de las luchas por políticas sexuales que iniciaron desde fines del siglo pasado y que fueron lideradas por organizaciones sociales y activistas que participan activamente por la visibilización y legitimación de las identidades LGBTI (lésbicas, gays, bisexuales, trans, intersexuales).

En el ámbito de las políticas públicas relacionadas con los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la propia evolución del concepto de la sexualidad, la diversidad sexual y de género incluye todas las formas de vivir y ejercer la sexualidad, incluyendo la heterosexualidad (GATE, 2017).

**En resumen, las características sexuales son solo un componente más de la sexualidad,** pero no es exclusivo para determinar la orientación sexual y la identidad de género.

**Significado de la sigla LGBTI. Incluyen tres conceptos claves:**

1. La orientación sexual
2. La identidad de género
3. La diversidad corporal

## 1. Desde la orientación sexual:

Es la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo o de su mismo género o de más de un género (CIDH, 2015a).

**L: Lesbiana**

Mujer que se siente emocional, sexual y románticamente atraída hacia otras mujeres.

**G: Gay**

Hombre que se siente emocional, sexual y románticamente atraído hacia otros hombres.

**B: Bisexual**

Persona que se siente emocional, sexual y románticamente atraída hacia hombres y mujeres.

**Heterosexual**

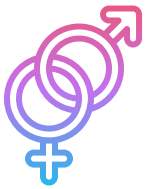
Persona que se siente emocional, sexual y románticamente atraída hacia otra persona del género opuesto al suyo.

## 2. Desde la identidad de género:

Es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (CIDH, 2015a).

**T: Trans**

Es cuando la identidad de género de la persona no corresponde con el sexo asignado al nacer. Las personas trans construyen su identidad independientemente del tratamiento médico o de intervenciones quirúrgicas.



Si se le asignó sexo femenino al nacer, pero se identifica y se relaciona como hombre, **es un hombre trans.**

Si se le asignó sexo masculino al nacer, pero se identifica y se relaciona como mujer, **es una mujer trans.**

**Cisgénero:** Término utilizado cuando la identidad de género de la persona sí corresponde con el sexo asignado al nacer.

## 3. Desde la diversidad corporal:

Se refiere a una amplia gama de representaciones del cuerpo; por ejemplo, variaciones en la anatomía sexual que se expanden más allá del binario hombre/mujer. Lo intersex es un término sombrilla que abarca esta diversidad corporal (CIDH, 2015a).

**I: Intersexual**

Todas aquellas situaciones en las que la anatomía sexual del individuo no se ajusta físicamente a los estándares culturalmente definidos para el cuerpo femenino o masculino.

## II.4. La patologización de la diversidad sexual y de género y su impacto en los derechos humanos

Durante muchos años se trató a la diversidad sexual y de género como una enfermedad de salud mental y, aunque ha habido notables progresos en su desclasificación como enfermedad, todavía persiste la creencia que la diversidad sexual es, al menos, una desviación de una supuesta normalidad y, por ende, estas personas son tratadas como enfermas (patologizadas). Sin embargo, el sufrimiento que estas personas experimentan no está causado por una patología, sino por la discriminación, el rechazo y la estigmatización (GATE, 2017).

En 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría decidió eliminar la homosexualidad del «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales» (DSM) y urgió a **rechazar toda legislación discriminatoria** contra gays y lesbianas. La acción vino motivada tras una completa revisión científica sobre el tema (Lantigua, 2005). Aquel proceso se convirtió en un hito para la posterior despatologización de la homosexualidad que, en 1990, llevó a la Asamblea Mundial de la Salud a suprimirle el concepto de trastorno mental.

La patologización es una manifestación de la violencia basada en género y puede darse en cualquier momento de la vida a través de múltiples expresiones. Las llamadas terapias de conversión, por ejemplo, son otro caso de patologización, en tanto se asume que las personas LGBTI requieren tratamiento psicológico para ser heterosexuales o cisgénero. Este tipo de terapias han sido señaladas ya por los organismos internacionales de derechos humanos como un tipo de tortura (CIDH, 2015b), en tanto desconocen la identidad de las personas y emplean desde estrategias conductuales de condicionamiento hasta exorcismos y abusos sexuales.

Otro grave ejemplo de patologización son las intervenciones quirúrgicas practicadas a las personas intersex a lo largo de la infancia con el objetivo de definir los genitales de acuerdo a los estándares de lo femenino y masculino. De este modo, a través de una serie de cirugías que no consideran el consentimiento de la persona, se pretende transformar los genitales, generando secuelas físicas y emocionales.

Actualmente, si bien los organismos internacionales vinculados a la salud y los derechos humanos de las personas LGBTI se han pronunciado claramente en relación a esta problemática, la patologización persiste en las creencias de las personas, incluidas aquellas que brindan servicios de salud. Debido a ello, es importante conocer los desarrollos en relación a la mirada clínica de

la diversidad sexual y de género para evitar sesgos relacionados a estereotipos y prejuicios en el abordaje de las mujeres trans que se atienden. Desde esta perspectiva, los tratamientos de hormonización, reafirmación de género o intervenciones de salud mental, se orientan a lograr el bienestar integral de las personas, acercando sus características físicas a su identidad y, al mismo tiempo, acompañando el proceso emocional que estos cambios suponen, así como el impacto generado por la violencia y la discriminación.

NOTA: La patologización de las personas trans no se fundamenta en hallazgos clínicos o científicos, sino en los prejuicios y estereotipos asociados a las personas LGBTI, siendo así una forma de violencia institucionalizada y de discriminación.

## II.5. El diagnóstico de la disforia de género

En junio del 2018, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), **el término transexual fue reemplazado por el de incongruencia de género** y definido como «una condición relacionada con la salud sexual de una persona, en lugar de un trastorno mental y de comportamiento» (Redacción Médica, 2019), destacando además que las personas trans tengan el mismo acceso a los servicios de salud que las demás personas, incluida la prevención y atención del VIH.

Asimismo, la última edición del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría incluye también esta categoría, afirmando su carácter descriptivo, cuyo objetivo se vincula al acceso al tratamiento requerido para aliviar el profundo malestar que la persona trans experimenta. En estos casos, dicho tratamiento involucra los procesos de hormonización o cirugías de reafirmación de la identidad.

Por otra parte, la disforia de género es descrita como el profundo malestar que siente una persona que no se identifica con su sexo asignado al nacer. Esta puede presentarse en personas que, debido a sus características sexuales primarias y secundarias, no perciben concordancia entre sus cuerpos y su identidad. Esto genera un elevado malestar emocional, impide el desarrollo saludable de su identidad, impacta en su autoestima y autoconcepto, y puede generar trastornos asociados a la depresión y la ansiedad. Es importante señalar que los síntomas afectivos mencionados se agravan cuando el entorno familiar y social es violento, crítico o adverso a la expresión de género que la persona manifiesta.

Cabe señalar también que la **disforia de género** no necesariamente es experimentada por todas las personas trans. Esto debido a que no todas se sienten incómodas con sus características sexuales primarias o secundarias y, por ello, no se debe presumir que todas las mujeres trans desean intervenir hormonal o quirúrgicamente su cuerpo. Esta distinción contribuye a comprender que la disforia de género no es un trastorno que se oriente a la identidad de la persona, sino al malestar o la incomodidad percibida (Mayo Clinic, 2020).

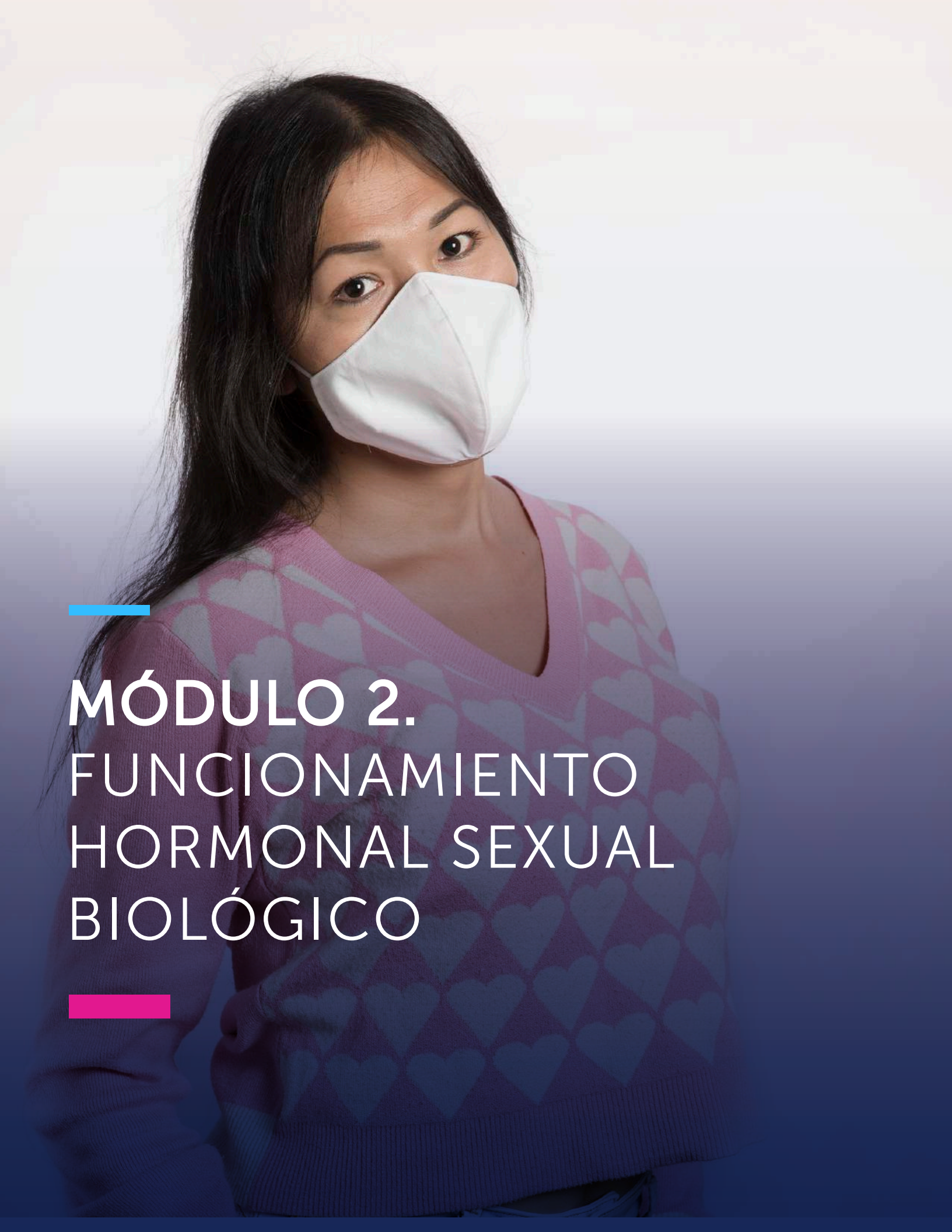
El DSM-5 reconoce que la disforia de género puede afectar múltiples esferas de la vida de una persona, generando aislamiento social o deserción escolar o laboral, agravando los síntomas afectivos vinculados, así como dificultando el funcionamiento regular de la persona y su desarrollo. Dicho aislamiento no solo se relaciona con el malestar propio de la persona, sino a las experiencias de violencia, discriminación y estigma a las que se enfrenta en los espacios sociales.

Así también, indica que la disforia puede iniciar en la infancia, adolescencia o adultez y puede incrementar o disminuir en intensidad e incluso aparecer en diferentes períodos de la vida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2018).

La reforma en el DSM-5 reduce la connotación negativa de la identidad trans como trastorno psiquiátrico, pero mantiene la carga patologizante a través del término «disforia de género», pues se utiliza en algunas legislaciones como requisito de diagnóstico condicionante para el cambio de la identidad registral.

Sin embargo, es un pendiente que las clasificaciones médicas nacionales e internacionales **sean revisadas para eliminar cualquier estigmatización u obstáculo al que se puedan enfrentar las personas trans** en el acceso y en la elección del tratamiento que necesitan.

El diagnóstico de disforia de género ha producido debates en la comunidad médica, en la que atiende la salud mental, en las organizaciones y en las personas LGBTI, pues resulta muy difícil identificar cuándo el conflicto que las personas trans perciben con sus cuerpos se debe a un sentimiento personal y cuándo a las normas sociales tradicionales que establecen las categorías de lo femenino y lo masculino, así como a la violencia experimentada en el entorno.



# MÓDULO 2.
# FUNCIONAMIENTO HORMONAL SEXUAL BIOLÓGICO

III.

# Introducción

Este módulo ayudará a identificar los cambios corporales biológicos durante el desarrollo que se presentan en las personas de acuerdo con el ciclo de vida —principalmente durante la pubertad— y a conocer los cambios fisiológicos de la respuesta sexual, así como el funcionamiento de las hormonas sexuales y su rol en las características sexuales secundarias.

# Temas por desarrollar

1. Cambios corporales biológicos por sexo asignado al nacer y ciclo de vida, principalmente en la pubertad.
2. Dinámica hormonal sexual.
3. Respuesta sexual humana.

## III.1. Cambios corporales biológicos por sexo asignado al nacer y ciclo de vida

De acuerdo con la OMS, la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años. Durante esta etapa se producen cambios importantes en relación con el desarrollo de la persona tanto en lo físico como en el plano psicológico. Por otra parte, la pubertad es identificada como un periodo de tránsito entre la infancia y la juventud. Tanto para niños y niñas, su inicio ocurre entre los 10 y 13 años y puede durar entre 2 y 5 años. A su término, el cuerpo está completamente desarrollado.

Esta es una de las etapas de mayor crecimiento y de definición de la fisiología que cada persona tiene: se definen las características sexuales secundarias, dejando atrás las características de la niñez. Los cambios que se esperan y que van definiendo los cuerpos son: cambios en la voz, piel, vello púbico y axilar, crecimiento de los senos en púberes del sexo femenino y tamaño del pene en púberes del sexo masculino, oscurecimiento de los genitales y el incremento del sudor.

Las personas van generando cambios dentro de un abanico de posibilidades de morfología; por ejemplo, no todas las personas lo hacen a la misma edad. Así mismo, los genitales externos suelen ser de formas y de tamaños diferentes, aunque se haya arraigado que existe uniformidad en ello.

<u>Los cambios físicos en la pubertad de personas asignadas con el sexo femenino al nacer</u>

Los cambios en la estatura de púberes del sexo femenino suelen presentarse hasta dos años (10 años) antes que los púberes masculinos (12 años).

En esta etapa suele producirse también la primera menstruación, reduciendo, después de este evento, el incremento del crecimiento. La menstruación es el anuncio del accionar de las diferentes hormonas femeninas o masculinas, las cuales dan como resultado los cambios sexuales secundarios.

Las primeras menstruaciones suelen ser irregulares, pueden producirse entre 24 y 34 días y con duración entre 3 y 7 días. La dismenorrea o dolor menstrual es poco común con la primera menstruación, pero puede aparecer durante la adolescencia. También hay cambios en la voz.

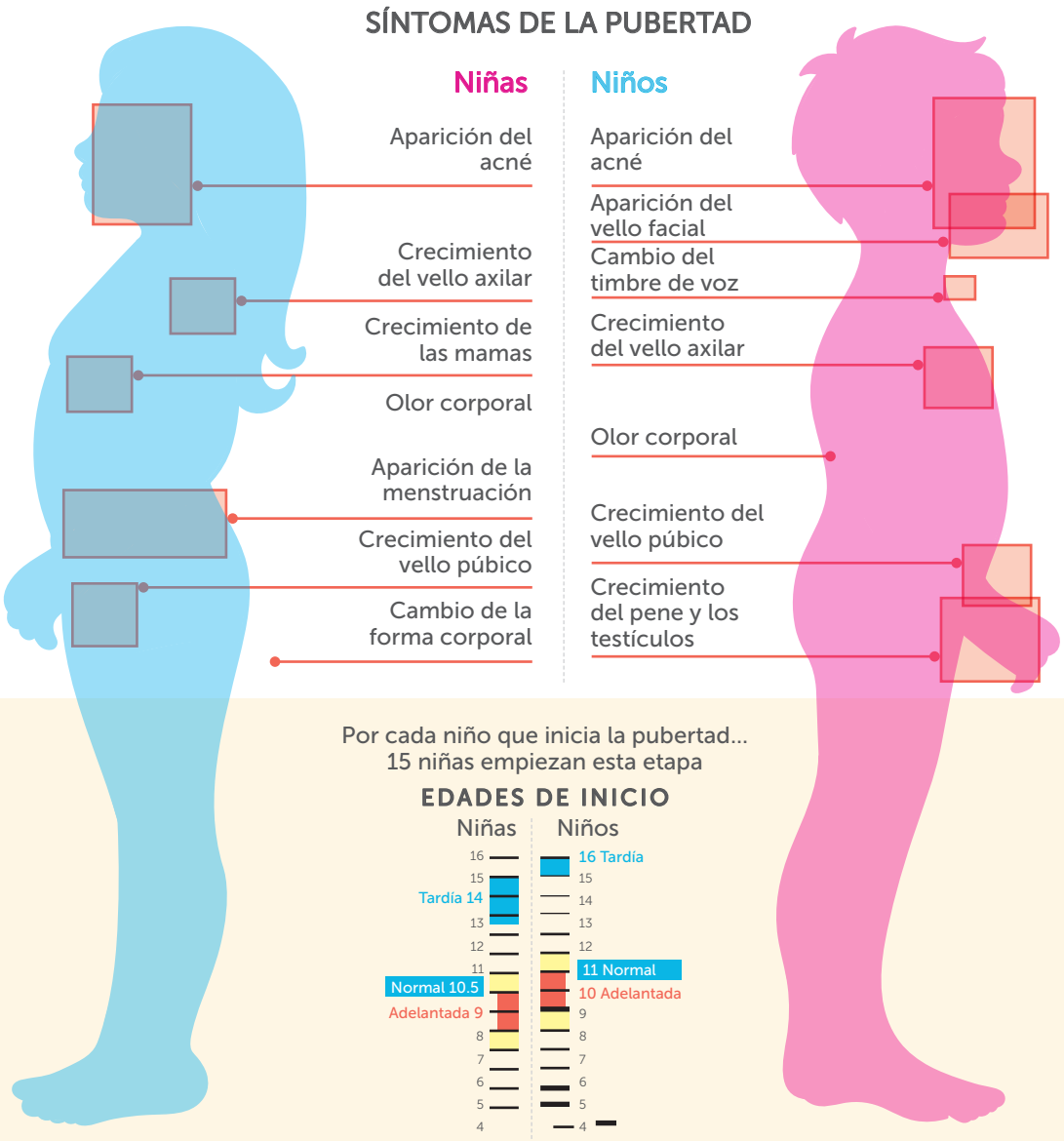
## Los cambios físicos en la pubertad de personas asignadas con el sexo masculino al nacer

Durante esta etapa suele aparecer el vello en las axilas y en el rostro. La laringe crece haciéndose más visible la nuez o «manzana de Adán» y la voz se hará más grave. La estatura se podrá prolongar hasta dentro de 5 años.

En cuanto a los genitales, el pene aumenta de tamaño y se hará más grueso, los testículos se harán más grandes y aparecerá vellosidad en la zona. Habrá un incremento rápido de hormonas masculinas que prepara al cuerpo de los púberes masculinos para la madurez sexual.

Si bien la erección del pene puede producirse desde la infancia, alrededor de los primeros años de la pubertad ocurrirá la primera eyaculación, la cual puede suceder por estimulación (masturbación), de manera espontánea o durante el sueño (polución nocturna).

### Gráfico 1.



## III.2. Dinámica hormonal sexual de los seres humanos

Las hormonas que influyen en las características sexuales, en la respuesta sexual y en la reproducción son:

### A) Para las personas de sexo femenino:

#### Estrógenos

Son hormonas sexuales esteroideas que están principalmente en personas de sexo femenino, aunque también en personas de sexo masculino (en mucha menor proporción). Se produce en los ovarios y en las glándulas suprarrenales. Su función es desarrollar las características sexuales secundarias femeninas. Son responsables del crecimiento de las mamas y su incremento. En los casos en los que existe el útero, origina la menstruación.

#### Progesterona

Es una hormona producida en los ovarios. También es producida por la placenta (solo cuando hay embarazo). Su función es engrosar el endometrio (superficie interna del útero) en caso ocurra la fecundación, dando lugar a la implantación del óvulo fecundado.

### B) Para las personas de sexo masculino:

#### Los andrógenos

Al igual que los estrógenos, los andrógenos son hormonas esteroideas, dentro de las que están incluidas la **testosterona,** la androsterona y la androstenediona. La función principal de los andrógenos es estimular el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos.

La testosterona se produce principalmente en los testículos y en las glándulas suprarrenales. También puede producirse en los ovarios, pero en pequeñas cantidades.

Tanto los estrógenos como los andrógenos, y otras hormonas de su mismo tipo, cumplen diversas funciones: controlan el metabolismo, la inflamación, activan las funciones inmunológicas, equilibran la sal y agua de los cuerpos y desarrollan las características sexuales.

Las hormonas esteroideas son producidas por el cuerpo en determinadas cantidades, pero también hay medicamentos que duplican la acción de los esteroides de origen natural.

## ¿Qué pasa cuando una persona de sexo masculino toma estrógenos?

Previamente, con relación a los estrógenos hay algunos aspectos a recordar y considerar (Neolife, 2017):

1. Las personas de sexo masculino también producen estrógenos, aunque en una menor cantidad.
2. La presencia de estrógenos resulta saludable, pues reduce riesgo de osteoporosis, aumenta el colesterol bueno (c-HDL) y reduce el riesgo cardiológico.
3. Ayuda a controlar el peso corporal.

## Cambios que el estrógeno origina en el cuerpo masculino.

En el tratamiento para la feminización, en el que se incluyen los estrógenos, a las pocas semanas de la terapia, se pueden observar ciertos cambios —principalmente en las características sexuales secundarias—. Estos pueden incluir, entre otros:

## Tabla 1

### Cambios que el estrógeno origina en el cuerpo masculino.

| CAMBIOS | INICIO | EFECTO MÁXIMO |
|---|---|---|
| Disminución de la libido | Entre el 1er y 3er mes después de iniciar el tratamiento | De 1 a 2 años |
| Disminución de las erecciones espontáneas | Entre el 1er y 3er mes después de iniciar el tratamiento | De 3 a 6 meses |
| Disminución de la caída del cabello | Entre el 1er y 3er mes después de iniciar el tratamiento | De 1 a 2 años |
| Piel más suave y menos grasa | Entre el 3er y 6to mes después del tratamiento | - |
| Atrofia testicular (reducción del tamaño de los testículos) | Entre el 3er y 6to mes después del tratamiento | De 2 a 3 años |
| Desarrollo de las mamas | Entre el 3er y 6to mes después del tratamiento | De 2 a 3 años |
| Redistribución de la grasa corporal | Entre el 3er y 6to mes después del tratamiento | De 2 a 5 años |
| Disminución de la masa muscular | Entre el 3er y 6to mes después del tratamiento | De 1 a 2 años |
| Menor crecimiento del vello facial y corporal | Entre el 6to y 12do mes después del tratamiento | 3 años |

Fuente: (Mayo Clinic, 2018a)

Cabe resaltar que, en un estudio realizado en el Perú (Sánchez, Casquero, Chávez y Liendo, 2014) en el que participaron 18 mujeres trans que se habían sometido a la hormonización —muchas de las cuales recurrieron a la automedicación— se encontró también que, entre los cambios más relevantes, estuvieron el aumento de las mamas (88,2%), adelgazamiento de la cintura, (41,2%), incremento de las caderas (76,5%), reducción de los hombros (58,8%) y mayor suavidad de la piel (70,6%).

## ¿Qué pasa cuando una persona de sexo femenino usa hormonas masculinas?

A diferencia de los estrógenos, con relación al uso de la testosterona no hay beneficios secundarios que se pueden identificar; sin embargo, lo que se advierte en su uso son problemas sanguíneos (incremento de glóbulos rojos), incremento de peso, acné, apnea del sueño, problemas hepáticos, agudización de trastorno psicótico o maníaco preexistente, e hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Mayo Clinic, 2014b).

## Tabla 2

### Cambios que los andrógenos producen el cuerpo femenino.

| CAMBIOS | INICIO | EFECTO MÁXIMO |
|---|---|---|
| Incremento de la piel grasa y el acné | Entre el 1er y 6to mes después del tratamiento | De 1 a 2 años |
| Interrupción del período menstrual | Después del 2do y 6to mes de tratamiento | - |
| Voz grave | Entre el 3er mes y el 1er año después del tratamiento | De 1 a 2 años |
| Crecimiento del vello facial y corporal | Entre el 3er y 6to meses después del tratamiento | Después de 3 a 5 años |
| Redistribución de la grasa corporal | Después del 3er y 6to mes | Después de 2 a 5 años |
| Agrandamiento del clítoris y atrofia vaginal | Entre el 3ro y 6to mes después del tratamiento | Entre 1 a 2 años |
| Aumento de la fuerza y la masa muscular | Entre el 6to mes y el 1er año después del tratamiento | Después de 2 a 5 años |
| Caída del cabello | Después del 1er año de tratamiento | - |

Fuente: (Mayo Clinic, 2014b)

## III.3. Respuesta sexual fisiológica

Aunque hay varias teorías de la respuesta sexual, muchas están enfocadas en una perspectiva heterosexual, de allí su enorme limitación para incluir aspectos de la diversidad sexual.

Sin embargo, lo que sí se ha logrado establecer son las fases de la respuesta sexual humana:

### Tabla 3

**Fases fisiológicas de la respuesta sexual humana.**

| Fase | Órganos genitales | | Extragenitales |
|---|---|---|---|
| | Hombre | Mujer | Ambos sexos |
| Excitación | • Erección del pene<br>• Aumento del tamaño y elevación de los testículos<br>• Tumescencia del glande, púrpura<br>• Secreción mucoide<br>• Secreción prostática y seminal | • Tumescencia del clítoris y labios menores<br>• Lubricación vaginal<br>• Alargamiento de la vagina<br>• Estrechamiento del tercio externo de la vagina<br>• Elevación del clítoris<br>• Secreción de las glándulas parauretrales de Skene | • Erección de los pezones<br>• Aumento de la frecuencia cardiaca<br>• Elevación uterina<br>• Aumento de la ventilación<br>Rubor sexual<br>• Aumento de las areolas mamarias<br>• Aumento del tono muscular |
| Orgasmo | • Contracción de vesículas, próstata y conducto defrente<br>• Contracción de músculo bulbo e isquiocavernoso con salida de liquido seminal<br>• Contracción del esfinter anal | • Contracción uterina<br>• Contracción de la plataforma orgásmica vaginal<br>• Contracción del esfinter anal | • Espasmos musculares<br>• Aumento de la taquicardia<br>• Secreción de oxitocina |
| Resolución | • Involución de la erección<br>• Periodo refractario | • Disminución de la congestión pelviana<br>• Pérdida de la tumescencia de clitoris y labios menores<br>• Puede retornar a la fase orgásmica | • Sudoración<br>• Descenso de la presión arterial<br>• Descenso de la frecuencia cardíaca<br>• Secreción de prolactina |

Fuente: (Gutiérrez Teira, 2010)

En este sentido, las hormonas más relevantes en la respuesta sexual son:

a

**Testosterona:** pertenece al grupo de los andrógenos y cumple un rol en el interés y en la función sexual[1]. Sus efectos han sido identificados tanto en hombres como en mujeres.

b

**Estrógenos:** tienen un efecto negativo en la respuesta sexual en las personas de sexo masculino; mientras que, en las personas de sexo femenino, esta vinculación no es muy clara. La falta de estrógenos —común durante la menopausia— produce una disminución del epitelio vaginal, afectando la capacidad de lubricación.

Adicionalmente, el deseo sexual también libera otras hormonas como las feromonas —que favorecen la atracción sexual— y la adrenalina —que aumenta la frecuencia cardiaca y estimula la circulación sanguínea—, las cuales contribuyen tanto en la fase de excitación como en el del orgasmo.

En resumen, las hormonas aparecen de manera activa en el cuerpo humano a partir de la pubertad y nos acompañan a lo largo de nuestras vidas —con mayor intensidad durante la adolescencia, juventud y adultez, y decreciendo en la etapa adulto mayor—.

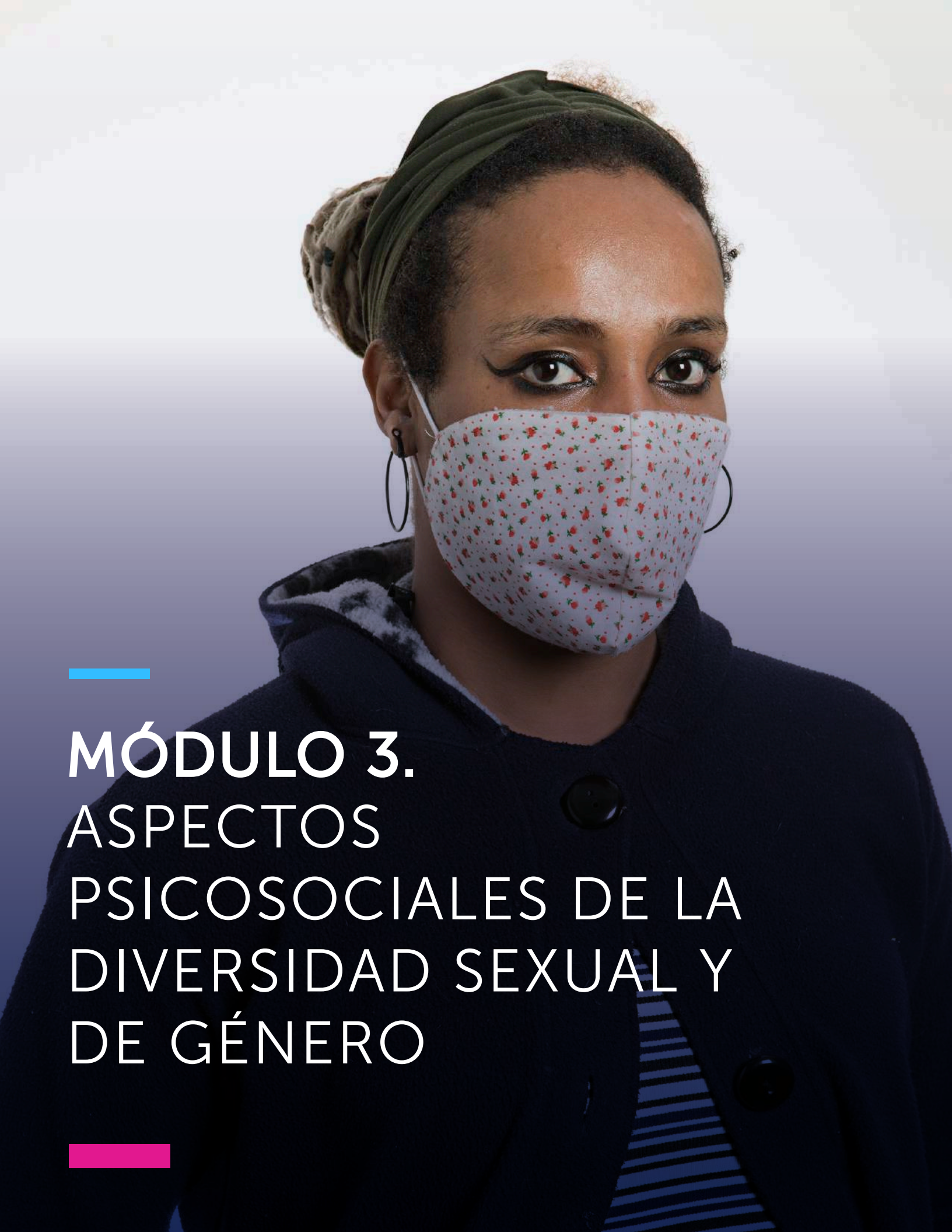
Si bien las hormonas han sido clasificadas como femeninas o masculinas, éstas están presentes en todos los seres humanos y actúan principalmente en la asignación de características sexuales secundarias.

En el caso de los estrógenos y la testosterona, su producción natural puede ser incrementada con el uso de medicamentos.

A diferencia del uso de andrógenos —de quienes no se reportan beneficios específicos—, el uso de estrógenos puede tener efectos secundarios positivos.

Las hormonas tienen un rol importante en la respuesta sexual, aunque no del todo determinante como otros factores: social, ambiental, individual, biológico, cultural, etc.

[1] A diferencia de los antiandrógenos utilizados para el tratamiento de ciertas enfermedades y de quienes se ha demostrado su capacidad para disminuir el interés y la actividad sexual en ambos sexos.



# MÓDULO 3.
# ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

IV.

# Introducción

Este módulo abordará los aspectos psicosociales que influyen y afectan el bienestar de las mujeres trans.

# Temas por desarrollar

1. La construcción de la identidad.

2. Aspectos que interfieren con el desarrollo de identidad y ejercicio de la sexualidad: violencia de género, homofobia y transfobia.

## IV.1. El respeto a la Identidad en los servicios de salud

La identidad es una forma amplia de reconocernos como sujetos de derecho y abarca una totalidad de aspectos, incluyendo los vínculos de afecto, cercanía y también la dimensión de placer y de erotización. En este sentido, hablar de identidad siempre remite a una primera persona y cómo —desde esa posición— nos relacionamos con los demás, cómo queremos que nos reconozcan y que se nos valide como integrantes de un grupo social. Si bien también incluye lo legal —que es un aspecto muy importante, va más allá de esa dimensión, pues es la noción de ser persona, con un nombre, una historia, con proyectos de vida, aspiraciones y relaciones sociales.

Por otra parte, la sexualidad, siendo un eje importante en la vida de las personas, no es la que determina la identidad. Sin embargo, su abordaje resulta fundamental no solo porque ha sido un área de opresión y de control que, en muchos sentidos, ha afectado la propia construcción de identidad con la cual la persona se siente identificada, más allá del sexo asignado al nacer, de la conformación de sus genitales o de la interacción sexual que establezca.

### Identificación como persona trans

Tal como se explicó en el módulo 1.3, las persona trans no se identifican con el sexo que les fue asignado al nacer. Es más, muchas de ellas se dan cuenta desde muy pequeñas que son trans, existiendo casos en los que, desde los 3 años, se sentían distintas a su sexo asignado al nacer e incómodas o rebeldes a los mandatos de género (forma de vestir, juguetes asignados por sexo, colores, etc.).

Es importante anotar la diferencia entre el término trans con otros, como el **travesti.** De acuerdo con Sentiido (2017) «en Latinoamérica el término "travesti" designa una identidad individual y política que reivindica el derecho a autodefinirse más allá del binario de género: hombre y mujer. Teóricas, militantes y artistas travestis de toda la región han denunciado la manera en la que el término ha sido usado para definir a las personas travestis como enfermas, criminales y sin derechos. En contraposición, resaltan el carácter transgresor y político de las identidades travestis particularmente en materia de derechos y equidad social».

## Algunas pautas para mejorar el vínculo con las personas trans en los servicios de salud:

Nunca se debe asumir que las características físicas y la manera de vestir (la expresión de género), describen por sí solas las razones para acudir a los servicios. Siempre es importante preguntar las razones.

Pregunte siempre cómo prefiere ser nombrada una persona. Mantenga siempre su nombre social como la primera opción. Si no está seguro o segura, use el apellido hasta que tenga el nombre social.

Cuando pregunte por prácticas sexuales, siempre consulte si estas relaciones también incluyen a personas del mismo sexo o de sexo distinto. Nunca dé por sentado el tipo de pareja o el número de parejas.

Los problemas de salud no solo son de índole sexual; las personas trans, como cualquier otra persona, tienen otros problemas de salud que también requieren ser atendidos.

## IV.2. Aspectos que interfieren con el fortalecimiento de la identidad y el ejercicio pleno de la sexualidad

1. Violencia de género
2. Homofobia
3. Transfobia

### 1. Violencia de género:

Las Naciones Unidas (OMS, s.f.) definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada». En este sentido, las mujeres trans están incluidas en esta categoría, pues no hay nada que las pueda diferenciar de la condición femenina.

En nuestro país, el Reglamento de la Ley 30364 (MIMP, 2018) señala que la violencia de género debe ser entendida como una manifestación de discriminación que inhibe gravemente la capacidad de las mujeres de gozar de derechos y libertades en pie de igualdad, a través de relaciones de dominio, de sometimiento y subordinación hacia las mujeres.

La violencia de género es entendida también como aquella violencia que ocurre en las sociedades donde las personas creen en la superioridad de lo masculino sobre lo femenino, generando privilegios y servicios a favor de aquellas personas que asumen el rol masculino y exigen, a través de la persuasión y sanción social, una subordinación de las personas que asumen conductas tradicionalmente femeninas (Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, 2019).

Por este motivo, la Defensoría del Pueblo (2016) publicó el Informe Defensorial 175 en donde se brinda una serie de testimonios que dan cuenta de la violencia que se vive en los Servicios de Salud. En ese sentido, una persona identificada como travesti manifiesta lo siguiente:

«Desde el primer momento en que he llegado pensaron que tenía VIH. Tenía cabello rubio, uñas pintadas, fui con mi mamá, llegué pesando 46 kg. No me hicieron la prueba de esputo, de frente me mandaron a VIH, ya ni miraron. "Toma tu orden, señora, de VIH, tienes que hacerte en el laboratorio referencial." De particular todavía, ni siquiera del hospital. Le decían: "Señora, tienes que dejarla hacer lo que quiera ya porque ya no va a vivir". Quince días me han hecho esperar para mi prueba de Elisa, después recién he entrado al tratamiento de TBC. ¿Te das cuenta qué desperdicio total era eso? Se han dejado llevar porque soy travesti, ni siquiera se les ocurre que puedo tener TBC».

## 2. Homofobia:

Es el término que se usa para describir el rechazo, repudio, prejuicio o discriminación hacia las personas con orientación sexual hacia su mismo sexo. La homofobia incluye el odio a las personas que mantienen hábitos o actitudes que suelen ser atribuidos al sexo opuesto (Cambará, 2016).

Los homofóbicos usualmente tienden a esconder su trastorno y suelen hacer público su pensamiento tras buscar asociarse con otros que piensen igual y que buscan naturalizar su odio.

El Informe Defensorial 175 (Defensoría del Pueblo, 2016, p. 146) hace mención que, en el mes de julio de 2015, la ciudadana J.T., fue impedida de donar sangre en la Clínica Anglo Americana (Lima) por ser lesbiana. De igual manera, G.D.Z.M., acudió al Hospital Goyeneche de Arequipa para donar sangre, pero al poner en evidencia su orientación homosexual no pudo hacerlo y fue invitado a retirarse.

## 3. Transfobia:

Es definida como la aversión y rechazo que experimenta un individuo ante las personas trans. Suelen no hacer distinción entre las personas transgéneros —que tienen el aspecto del sexo opuesto— y las personas transexuales —que han cambiado su sexo— (Cambará, 2016).

En el Informe Defensorial 175 (Defensoría del Pueblo, 2016, p. 144) se cuenta el caso de G.M. «una mujer trans que acudió a un centro de salud en Ñaña (Lima) para la atención de una dolencia. Ahí señaló que "el médico era amable, pero apenas se dio cuenta de que [...] era transexual se paró sorprendido y se apartó", dándole únicamente calmantes. Días después su situación se agravó acudiendo nuevamente a otros establecimientos de salud donde tampoco la atendieron, lo que generó que posteriormente se le reventara el apéndice y sea llevada de emergencia a otro nosocomio».

# MÓDULO 4.
# IMPACTOS EN LA SALUD DE LAS MUJERES TRANS

V.

# Introducción

En este módulo se abordan los determinantes sociales que influyen en la salud de las personas trans femeninas, los problemas de salud más frecuentes y las consecuencias de la falta de acceso de este grupo poblacional a los servicios de salud.

# Temas por desarrollar

1. Situaciones de violencia: la transfobia.
2. Los determinantes sociales de la salud en las mujeres trans: reconocimiento legal de la identidad, educación, trabajo y seguridad personal.
3. Afectaciones de salud más frecuentes en mujeres trans.
4. Riesgos de la falta de acceso a la atención de la salud en las mujeres trans: Impacto de prácticas inseguras en la feminización.

## V.1. Situaciones de violencia: la transfobia

La transfobia se puede expresar en una serie de manifestaciones entre las que se incluyen:

- Creencias y actitudes negativas.
- Aversión y prejuicios contra las personas trans.
- Miedo irracional y agresividad injustificada.
- Falta de aceptación o descarte de los pronombres o la identidad de género.
- Insultos y lenguaje despectivo.
- Intimidación, abuso y hasta violencia.

La transfobia puede generar formas tanto sutiles como manifiestas de discriminación. Por ejemplo, es posible que a las personas trans —o incluso aquellas que se cree que lo son— se les niegue trabajo, vivienda o cuidado de la salud solo por el hecho de ser trans (Planned Parenthood Federation of America, s.f.).

Entre los meses de mayo y agosto del año 2017, el INEI (2018) realizó la «Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI» para identificar[2], por primera vez, cuáles son sus principales necesidades en los diferentes ámbitos del quehacer humano. Los resultados mostraron lo siguiente:

- 63% de participantes manifestó haber sido víctima de algún acto de discriminación y/o violencia, teniendo como escenarios principalmente los espacios públicos.
- Para el 57%, los espacios educativos fueron adversos.
- En cuanto a los agresores, el 55,8% fueron compañeras/os de escuela y padres de estos, seguidos por líderes religiosos (43%) y funcionarios públicos (33%).
- Los ámbitos laborales también fueron reconocidos como espacios adversos: el 17% manifestó que fue maltratado por los jefes y compañeros de trabajo y el 15% por personal de los servicios de salud.

Entre los tipos de violencia:

- Ocho de cada 10 personas dijeron que el tipo de agresión y/o acto de violencia fueron gritos, amenazas y/o hostigamiento.
- En el 25% de los casos se les obligó a cambiar su apariencia.
- El 18% fueron expulsados o le negaron la entrada a un espacio público.

[2] Como se señaló anteriormente, una deficiencia de esta encuesta es que no brinda datos disgregados en relación a cada parte de la población LGBTI.

## V.2. Los determinantes sociales de la salud en las mujeres trans

1 Reconocimiento legal de su Identidad

2 Educación

3 Trabajo y seguridad personal

### Reconocimiento legal de la Identidad

En el Perú, el reconocimiento legal de las personas trans es aún un gran pendiente, pues, si bien es cierto que algunas de ellas han acudido al sistema de justicia, los jueces exigen la realización de intervenciones quirúrgicas de reafirmación de género; lo que genera una barrera económica inaceptable, pues, por un lado, estas aún no son asumidas por los sistemas de seguro que existen en el país y, por el otro, imponen decisiones que muchas personas trans no deseen asumir sobre sus cuerpos.

### El sistema educativo como espacio amenazante para las personas trans

De acuerdo con los resultados de la «Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI» (INEI, 2018), en la cual participaron más de 12 000 personas entre 18 y 29 años, el 61% de las personas LGBTI participantes declaró que tiene educación superior universitaria. Es también importante el porcentaje de quienes declararon contar con estudios superiores no universitarios (19.5%) y, en menor medida, el grupo que dijo que cuenta con estudios secundarios. Desgraciadamente, no tenemos estudios específicos referentes a mujeres trans[3].

En general, las escuelas y el sistema educativo son percibidos como espacios de amenaza, eso hace que muchas personas de la diversidad sexual no solo se vean afectadas en el rendimiento académico, sino que también sean expulsadas. En una encuesta sobre clima escolar (PROMSEX, 2016) se identificó lo siguiente:

- 7 de cada 10 estudiantes informaron que se sintieron inseguros/as en su colegio debido a su orientación sexual.
- 1/3 de los y las estudiantes se sintió inseguro/a a causa de su expresión de género.
- Los lugares más peligrosos para las personas LGTBI son los baños (38.3%) y los patios o espacios de recreo (28.3%).

[3] Otra crítica que recibió esta encuesta virtual ha sido en cuanto al modo de aplicación, pues excluye a las personas que no contaban con acceso a internet.

## Discriminación en espacios laborales

La misma encuesta virtual para personas LGBTI (INEI, 2018) señala que, cerca de dos terceras partes declararon que trabajan (61.8%). Al indagarse por la categoría de la ocupación que desempeñan, la mayoría expresó que laboran como empleadas/os (69.5%). Por otra parte, el 17.5% declaró que se encuentra en condición de trabajadores independientes o por cuenta propia, así como un 3.2% se autoidentificó como empleador/a o patrono/a. De igual forma, no tenemos información específica para mujeres trans.

En 2012, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) elaboró un estudio (2015) sobre la discriminación contra los trabajadores y las trabajadoras lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT), encontrando lo siguiente:

- Las personas LGBT enfrentan situaciones de discriminación en el trabajo a causa de su orientación sexual y/o identidad de género.
- La discriminación y el acoso comienzan en la etapa de escolarización, reduciendo de esta manera las perspectivas de empleo.
- La discriminación continúa en el acceso al empleo y en el ciclo de empleo; en casos extremos, los trabajadores y las trabajadoras LGBT pueden llegar a sufrir hostigamiento, acoso, abuso sexual o maltrato físico.

En muchas empresas privadas y públicas, aún se observa que cuando una mujer es percibida como masculina o un hombre es percibido como afeminado, son víctimas de discriminación o acoso. En muchos casos, los trabajadores y las trabajadoras lesbianas, gays y bisexuales declararon haber sido objeto de preguntas invasivas sobre su vida privada y haber tenido que justificar por qué no eran heterosexuales (Organización Internacional del Trabajo, 2015).

### Acceso a la Seguridad Personal

Con respecto al derecho a la seguridad personal, el panorama sigue siendo desalentador. Según algunos reportes de derechos de las personas LGTBI, las personas debido a su identidad de género y orientación sexual no solo sufren violencia en sus círculos familiares o comunitarios, sino también por parte de quienes deberían proteger como los efectivos del serenazgo (policía municipal) y de la Policía Nacional del Perú (PNP).

## V.3. Afectaciones de salud frecuentes en las mujeres trans

Desgraciadamente es aún muy poca la evidencia que se dispone acerca de los problemas de salud que afectan a la mujer trans. Una publicación de OPS/ONUSIDA (2010) confirmó que las personas trans femeninas son una población excluida, discriminada, carente de apoyo y con problemas graves de salud, que se contrapone al limitado acceso del que disponen para usar los servicios de salud de sus países (Sueldo, 2019).

### Los principales problemas identificados en la mujer trans de América Latina son:

- Elevada exposición a la violencia.
- Problemas de salud mental y consumo de alcohol y otras sustancias nocivas.
- Altos índices de infección por VIH y otras ITS.
- Automedicación de hormonas, inyecciones de silicón en los pechos y glúteos, otras formas de modificaciones corporales, incluyendo malas praxis de reasignación de sexo[4], entre otras.

[4] En esta publicación optamos por utilizar el término «reasignación de género» por ser más preciso.

Es muy común que las mujeres trans sean expuestas a situaciones humillantes por parte de los sistemas de salud y el personal médico o administrativo que las atiende, quienes les imponen su sexo asignado al nacer como identidad obligatoria y a prácticas médicas carentes de calidad, además del desamparo legal y exclusión de los sistemas de salud.

En el Perú, no se ha definido políticas claras a favor de las personas LGBTI y, dentro de este grupo, las mujeres trans son las menos visibles. Informes de sociedad civil (Ramírez, 2011) han dado cuenta de cómo, durante muchos años, las mujeres trans fueron invisibilizadas al ser tratadas, de forma estigmatizante, como HSH (hombres que tienen sexo con otros hombres).

### Dentro de los problemas de salud, se encontró lo siguiente:

- El 25% de personas trans femeninas presentan prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), por lo que 1 de 4 mujeres trans es portadora del VIH (Sueldo, 2019).
- La expectativa de vida de las mujeres trans se estima en 35 años (CIDH, 2015c).

## V.4. Riesgos de la falta de acceso a la atención de la salud en las mujeres trans: Impacto de prácticas inseguras en el tratamiento hormonal

Con el objetivo de lograr la reafirmación de género, las mujeres trans, al no encontrar una alternativa en el sistema oficial de salud, pueden recurrir a varios métodos en el mercado informal de salud. El método más frecuente es el empleo de hormonas, particularmente, las llamadas «hormonas sexuales» que tienen efectos feminizantes (estrógenos) o masculinizantes (andrógenos). Si bien es cierto que hay quienes consiguen algunos de los cambios deseados, esto ocurre a base de riesgos muy altos y efectos colaterales que pueden afectar seriamente su salud.

El uso de hormonas sin adecuado control por una persona profesional de la salud, puede producir enfermedades tromboembólicas, disfunción hepática, desarrollo de hipertensión, cálculos biliares, migrañas, retención de líquidos, además de otras condiciones relacionadas con el empleo de dosis elevadas de estrógenos como alteraciones en la producción de prolactina, resistencia a la insulina y desarrollo de tumores dependientes de dicha hormona (OPS, 2012).

En el caso del uso de hormonas masculinizantes (testosterona), sin debido control clínico, pueden presentar efectos colaterales como aumento de grasa corporal, eritrocitosis, disfunción hepática, hipertensión, acné, desarrollo o agravamiento de apnea del sueño, desarrollo de tumores dependientes de andrógenos (testosterona) y enfermedad cardiovascular (OPS, 2012).

Además de la administración de hormonas, muchas mujeres trans recurren a inyecciones de rellenos de tejidos blandos (la más común es la silicona líquida) para modificar partes de sus cuerpos. En un estudio que incluye una muestra de mujeres trans jóvenes entre 16 y 25 años, el 29% indicó que se habían inyectado silicona líquida en algún momento de su vida (OPS, 2012). La información disponible sugiere que las mujeres trans utilizan sustancias para alterar la forma de sus mamas, nalgas, piernas, labios o mejillas, mientras que las personas trans masculinas pueden recurrir a inyecciones para modificar sus brazos y el pecho.

### Los problemas más comunes que enfrentan son los siguientes (OPS, 2012):

- La administración de rellenos y sustancias inadecuadas por personal no calificado.
- Las malas condiciones de higiene en el local de la administración: malas prácticas de asepsia y antisepsia, contaminación química de los materiales de relleno y contaminación bacteriana o por hongos.
- El uso de sustancias no recomendadas: silicona industrial (dimetilpolisiloxano) o aceites de parafina directamente al tejido celular subcutáneo o los pómulos.
- Las graves complicaciones y el tratamiento tardío generando úlceras, celulitis, la migración de productos, cicatrices, abscesos e infecciones. Problemas sistémicos pues, además de la embolia pulmonar, se incluyen la hepatitis granulomatosa y la insuficiencia renal aguda.

# MÓDULO 5.
# ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL PROCESO DE EVALUACIÓN CLÍNICA EN LAS MUJERES TRANS

VI.

# Introducción

En este módulo se aborda el manejo integral de la situación de salud de las mujeres trans, desde su salud mental, su relación con el VIH y con énfasis en el proceso de la hormonización. Para este módulo estamos tomando como base principal los contenidos de la «Norma Técnica de Salud, de Atención Integral de la mujer trans para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA» (Ministerio de Salud, 2016).

# Contenidos

1. Abordaje de la salud mental.

2. Prevención y acceso al tratamiento de ITS y VIH/SIDA.

3. Tratamiento hormonal:
   - Hormonización, conceptos y categorías.
   - Hormonización con estrógenos y antiandrógenos.
   - Los regímenes de hormonización. Responsabilidad compartida: profesionales de salud y personas trans femeninas.
   - Tratamiento diferenciado de hormonización para personas trans femeninas con y sin intervención quirúrgica.

## VI.1. Abordaje de la salud mental

Las ciencias de la salud, así como tantas otras disciplinas, responden al contexto histórico, cultural y social en el que se desarrollan. En ese sentido, la comprensión binaria de lo femenino y lo masculino asociados exclusivamente a los genitales, ha sido parte fundamental de las teorías que explican el desarrollo saludable de la persona. Es por este motivo que, durante muchos años, la identidad trans ha sido patologizada. Razón necesaria para cuestionar las teorías empleadas en búsqueda de una oferta que reconozca la diversidad de experiencias vinculadas a la sexualidad y la identidad de género en los servicios de salud.

De acuerdo con la publicación «Guías para la práctica psicológica con personas transgénero y personas no conformes con el género» (Asociación Psicológica Americana, 2015), elaborada para trabajar de manera efectiva con personas trans, resulta fundamental una comprensión no binaria del género. Ampliar el panorama de lo saludable es indispensable para comprender que la identidad de género es fluida y única para cada persona, ya sea transgénero o no. Desde esta perspectiva, las y los profesionales de la salud mental contarán con más y mejores herramientas para acompañar el proceso de aceptación de la propia identidad de sus pacientes, acercando su expresión de género a su percepción auténtica de sí mismas.

Un aspecto a destacar de la mencionada publicación, es que señala que las personas trans no cuentan con modelos positivos visibles, puesto que, debido al estigma y la discriminación, las personas trans o de género no binario suelen ser presentadas en lo público desde el prejuicio, ridiculizadas o reducidas a características negativas. Esto, sumado a la falta de apoyo en el entorno cercano e inmediato, dificulta la aceptación de la propia identidad, por lo que el abordaje profesional debe alejarse de dichos prejuicios y convertirse en un espacio de aceptación y contención emocional. Asimismo, puede contribuir educar a la familia en una comprensión no binaria del género para facilitar un entorno íntimo más saludable, contrarrestando la violencia que se vive en la sociedad.

Finalmente, cabe destacar que la APA (2015) considera que las y los profesionales de la salud mental que trabajen con personas trans tienen la responsabilidad de investigar y formarse adecuadamente para ello. Se sugiere aclarar los conceptos, diferenciar la identidad de género de la orientación sexual y revisar los propios sesgos culturales que puedan generar prejuicios hacia esta población. De acuerdo con las investigaciones realizadas en Estados Unidos, en concordancia con lo encontrado en Perú, uno de los motivos por los cuales las personas trans abandonan el tratamiento psicológico es porque perciben que sus terapeutas no comprenden su identidad o tienen comentarios y actitudes transfóbicas. Sumado a ello, la APA (2015) recomienda investigar acerca del impacto del estigma y la violencia basada en género en la experiencia de vida de esta población, fomentando un enfoque de interseccionalidad para el trabajo.

De este modo, se recomienda que las personas consulten con un profesional de la salud mental con experiencia en atención a personas trans antes de iniciar el tratamiento con hormonas para ayudarles a conocer y comprender a cabalidad las implicancias de la transición de género, así como las posibles complicaciones. Aun cuando existan indicaciones favorables de que la transición será bien aceptada y apoyada socialmente, siempre es deseable contar con el respaldo de profesionales de salud mental, sin que ello signifique una barrera infranqueable para asegurar el acceso a tratamiento hormonal (OPS, 2012). El proceso de transición, en sí mismo y por lo que supone en una sociedad como la nuestra, es movilizador y la compañía de una persona especializada puede favorecer la experiencia.

La «Norma Técnica de salud para mujeres trans» supone una evaluación inicial, de manera que se conozca el estado de salud mental de la persona, haciendo énfasis en su criterio de realidad. Esto es muy importante, especialmente para iniciar un proceso de hormonización, ya que como

se ha señalado, el tratamiento hormonal puede acarrear consecuencias a nivel afectivo. Sin embargo, es fundamental que esta evaluación reconozca todo lo señalado líneas arriba y evite la patologización. Asimismo, señala también que se debe considerar, para los casos en los que se ha vivido violencia en el entorno familiar y social, la «Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por la violencia basada en género» (Ministerio de Salud, 2009).

## VI.2 Prevención y acceso al tratamiento de ITS y VIH/SIDA

La revisión de los determinantes en salud indica que las mujeres trans, considerando su situación laboral y las desigualdades que enfrentan, poseen mayor riesgo de contraer VIH. Cuando se recopilan datos sobre el VIH relativos a las mujeres transgénero, estos reflejan —una y otra vez— que ellas padecen el VIH y sus consecuencias a un nivel alarmante (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016). Esto se ve reflejado también en un metaanálisis de estudios realizado en 2013 en 15 países en el que se descubrió que una mujer transgénero tenía una probabilidad 49 veces mayor de vivir con el VIH a diferencia de sus homólogos masculinos y femeninos no transgénero (Baral et al., 2013).

A los problemas mencionados debemos agregar que, en el caso de las mujeres trans, el estigma, la transfobia, la discriminación y la violencia existente a nivel social y de los propios servicios de salud, dificultan su acceso a los servicios, exponiéndose a no recibir orientación o tratamiento para la prevención y manejo de las ITS, el VIH y cualquier otra enfermedad. Con el objetivo de evitar el maltrato, puede suceder que muchas mujeres trans oculten su identidad de género y otra información que resulta vital para realizar un buen diagnóstico y tratamiento.

Según declaraciones de la Dra. Fabiola Czubaj, en Argentina, El primer estudio local sobre el estado de salud de la población con una identidad de género distinta del sexo biológico —travestis, transexuales y transgéneros— revela una prevalencia, en la capital, de hasta el 40% de ITS como el VIH/sida y la sífilis. Los análisis revelaron que la prevalencia de la infección por VIH tipo 1, de la sífilis y de otras ITS (hepatitis B, herpes genital, úlceras genitales y verrugas causadas por el virus del papiloma humano) supera enormemente las cifras en el resto de los pacientes, entre los que el 2,3% realizaba trabajo sexual (Czubaj, 2009).

La OMS ha publicado dos documentos técnicos al respecto: «Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero» (OMS, 2011) y «Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations» (OMS, 2014). Ambos incluyen propuestas relacionadas con las mujeres trans para la prevención y tratamiento del VIH.

Finalmente, en el contexto nacional, la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud (DGPSGT), en coordinación con la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, deben desarrollar campañas comunicacionales y acciones educativas con enfoque de género e interculturalidad. Ello debe ir destinado a la prevención de ITS y VIH/SIDA, promover el acceso a los servicios de salud, reducir el estigma y la discriminación, así como erradicar la violencia hacia las mujeres trans en el sistema de salud.

## Diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

El manejo sindrómico de las ITS fue reforzado a partir del año 1997, pero inicialmente fue destinado a población general. En tanto que, para las poblaciones más vulnerables (y con mayor prevalencia en determinadas ITS, como la sífilis, el herpes simple y el propio VIH) como es el caso de las mujeres trans, se optó por un sistema conocido como «Atención Médica Periódica» (AMP) canalizada a través de centros de excelencia que fueron equipados para tal fin, como los llamados Centros de Referencia para la atención de ITS (CERITS) y Unidades de Atención Médica Periódica (AMP). Tales estrategias, cuentan con marcos normativos vigentes y ofertan paquetes de pruebas diagnósticas como: cultivo para la búsqueda de *N. gonorrhoeae*, serología para *C. trachomatis,* sífilis, hepatitis B y VIH.

El MINSA —en la «Norma Técnica de salud para mujeres trans»— plantea que el diagnóstico de las ITS debe ser realizado en base al manejo sindrómico (identificación de signos y síntomas) que puedan orientar hacia un diagnóstico de alguna ITS, así mismo se debe realizar una búsqueda activa de la sífilis, herpes, gonorrea, clamidia, virus del papiloma humano y hepatitis B y C para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. El tratamiento deberá otorgarse de acuerdo con la capacidad resolutiva del establecimiento de salud.

El manejo sindrómico debe incluir:

- El reconocimiento del síndrome.
- La decisión de tratamiento.
- La educación e información a través del concepto de las 4 C (Cumplimiento de tratamiento, Consejería, Tratamiento de los Contactos y provisión de Condones).

El manejo sindrómico debe incluir: Los servicios de salud del Ministerio de Salud deben garantizar el acceso al tratamiento de las ITS en todos los niveles de atención.

### a) Manejo del VIH

En relación con el diagnóstico del VIH, la «Norma Técnica de salud para mujeres trans» del MINSA (2016) señala que el personal de salud debe promover el tamizaje para el diagnóstico temprano en la mujer trans. Además, este tamizaje de VIH se debe realizar en los establecimientos de salud y en los espacios de interacción a través de brigadas itinerantes.

Para el diagnóstico de infección por VIH en mujeres trans, se deben seguir los algoritmos de diagnóstico dispuestos en la «Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)» (Ministerio de Salud, 2018), o la que haga sus veces.

El personal de la salud debe notificar el diagnóstico, de acuerdo con lo establecido en la «Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)» (Ministerio de Salud, 2015), o la que haga sus veces.

En relación con el tratamiento del VIH, la «Norma Técnica de salud para mujeres trans» del MINSA (2016) establece que toda persona trans femenina con diagnóstico de infección por VIH debe iniciar tratamiento antirretroviral lo más pronto posible, de acuerdo con los criterios de inicio de tratamiento y esquema antirretroviral de elección recomendado, según lo dispuesto en la «Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH».

**En resumen, el personal de salud debe tratar las ITS con un enfoque de manejo sindrómico o etiológico, de acuerdo con la capacidad resolutiva del establecimiento de salud.**

Los establecimientos de salud deben de garantizar los medicamentos que están indicados en los protocolos y guías de atención.

En caso se detecte VIH en una mujer trans, esta deberá iniciar tratamiento con antirretrovirales lo más pronto posible.

## VI.3 Tratamiento hormonal

### Hormonización. Concepto y categorías.

La hormonización consiste en la administración de distintos fármacos con la finalidad de modificar algunos caracteres físicos que se asocian convencionalmente con lo masculino y/o lo femenino, denominados desde el campo de la medicina como «caracteres sexuales secundarios» (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2015).

Los distintos esquemas de hormonización deben ser individualizados en base a las metas que explicite cada persona, su estado clínico y la relación riesgo-beneficio de las diferentes drogas. En este contexto, resulta necesaria una adecuada evaluación clínica que posibilite conocer el estado de salud general de la persona y descartar la presencia de contraindicaciones.

Cuando las personas consultan para iniciar o continuar un proceso de hormonización o para asesorarse sobre el tema, resulta indispensable que, desde el equipo de salud, se habilite un espacio de diálogo que permita abordar sus dudas, temores, expectativas y deseos.

Es central que, en la consulta, se recuperen los conocimientos prácticos y la experiencia que las personas usuarias puedan tener en relación con la utilización de hormonas. También es importante brindar información sobre los alcances y los límites de la hormonización, como así también sobre los posibles efectos adversos y los beneficios que esta práctica ha reportado en personas con experiencias similares.

Previo al inicio de la hormonización es fundamental que las mujeres sean informadas acerca de los efectos que dichos procedimientos pueden producir en relación con la fertilidad. No se debe asumir que todas las mujeres trans no quieran tener hijos en algún momento sus vidas.

**En resumen, el personal de salud responsable de la atención y de prescribir la hormonización debe:**

- Conocer que la terapia hormonal de feminización consiste en la administración de hormonas que inducirán a cambios de feminización.
- Conocer los efectos de la terapia hormonal.
- Generar un ambiente cordial y respetuoso para que las mujeres trans puedan continuar vinculadas al servicio para el adecuado acompañamiento.

## Evaluación antes de iniciar la hormonización con Estrógenos y Antiandrógenos (Ministerio de Salud, 2016).

El personal de salud debe indicar el inicio de la terapia hormonal después de realizada una evaluación psicológica por un profesional de la salud capacitado y haber obtenido el consentimiento informado.

Los criterios de elección de acuerdo con la «Norma Técnica de salud para mujeres trans» para recibir terapia hormonal son los siguientes:

- No tener contraindicaciones médicas.
- Evaluación psicológica.
- Ser mayor de dieciocho años[5].
- Capacidad para tomar una decisión plenamente informada y de consentir el tratamiento.

La terapia hormonal de feminización será iniciada por el personal médico cirujano capacitado en tratamiento hormonal en mujeres trans. Antes de iniciar el tratamiento hormonal, el personal médico cirujano capacitado debe realizar una evaluación inicial de la paciente que incluya la discusión de las metas de transición física de la persona usuaria de los servicios (mujeres trans), su historial clínico (que contemple la exposición previa a hormonas), examen físico, evaluación de riesgos y pruebas de laboratorio realizadas durante los noventa días previos al inicio del tratamiento hormonal.

Las contraindicaciones para el uso de hormonas son:

- Enfermedad tromboembólica.
- Obesidad mórbida.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Hepatopatía crónica.
- Hipertrigliceridemia.
- Hipertensión arterial grave.

[5] Tener en consideración que esta es una restricción normativa; sin embargo, no hay ninguna indicación de orden sanitaria que proponga esta distinción. Es más, en muchos países la hormonización suele iniciarse en la pubertad, antes que se consoliden las características sexuales secundarias.

- Diabetes mellitus.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Hiperprolactinemia

El personal médico deberá informar a la mujer trans, usuarias de la terapia hormonal, sobre los riesgos asociados a la terapia hormonal feminizante y los efectos y tiempo esperados de los medicamentos de feminización.

**En resumen, respecto al inicio de la hormonización, se deberá tener en cuenta lo siguiente:**

- La primera consulta debe estar a cargo del personal médico.
- Hay requisitos básicos como no tener contraindicaciones médicas.
- Las mujeres trans deben estar seguras de querer afirmar su expresión de género.

## La combinación hormonal: La prescripción

La terapia hormonal para mujeres trans incluye la administración de un estrógeno con asociación de un agente antiandrógeno. Las dosis y drogas para utilizar con este fin serán:

## Tabla 4

### Tipo, dosis y frecuencia de uso de hormonas para el proceso de feminización de la persona trans femenina.

| | Primer mes | Segundo mes | Tercer mes | Cuarto mes |
|---|---|---|---|---|
| Estradiol | • 2 mg/día | • 4 mg/día | • 4 mg/día | • 4 mg/día |
| Espironolactona | • 50 mg/día | • 100 mg/día (50 mg c/12 horas) | • 150 mg/día (100 mg – 50 mg) | • 200 mg/día 100 mg – 100 mg) |
| Evaluaciones | Al terminar el primer mes de tratamiento, evaluar:<br>• Potasio sérico<br>• Depuración de Creatinina<br>• Nivel de Testosterona | | Al terminar el tercer mes de tratamiento, evaluar:<br>• Potasio sérico<br>• Depuración de Creatinina<br>• Nivel de Testosterona | Al terminar el cuarto mes de tratamiento, evaluar:<br>• Potasio sérico<br>• Depuración de Creatinina<br>• Nivel de Testosterona |

Fuente: (Ministerio de Salud, 2016)

Para el quinto y sexto mes de tratamiento, el médico cirujano capacitado debe realizar un seguimiento continuo, que incluye exámenes físicos y de laboratorio para monitorear la efectividad de las hormonas y los efectos secundarios.

En pacientes con orquiectomía, la dosis de Espironolactona debe ser reajustada de acuerdo con los niveles de testosterona de la paciente. En estos casos el personal médico evaluará si es necesario el uso o indicar dosis bajas del agente antiandrógeno para lograr niveles de testosterona similares a la de una mujer biológica.

## Detalles de algunos cambios

De acuerdo a la «Guía Clínica para la Hormonización de personas trans» (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2016). Se evidencia lo siguiente:

a

**En la cara y piel:** Los cambios son efectivos en la mayor parte del cuerpo, con excepción de la cara, donde hay mayor resistencia, incluso con terapia dual (estrógeno-antiandrógenos), requiriendo, en muchos casos, tratamientos cosméticos (láser, electrólisis). También se ha identificado disminución de las glándulas sebáceas, lo que aumenta la sequedad de la piel y hace a las uñas quebradizas.

b

**Crecimiento mamario:** El crecimiento mamario comienza casi inmediatamente. La primera manifestación es el dolor subareolar. Como los andrógenos tienen un efecto inhibidor sobre la formación de la mama, los estrógenos serán más efectivos en el crecimiento de esta, si se acompañan de acetato de ciproterona o espironolactona. La edad avanzada impide el crecimiento mamario. Solo el 30% de las usuarias están conformes con los cambios que se logran en un máximo de 24 meses y la mayoría recurre a implantes mamarios. En estos casos, se prefiere al menos 1 año de tratamiento estrogénico antes de recomendar la cirugía.

c

**Distribución de la grasa corporal:** Se produce un aumento de la grasa visceral subcutánea y una disminución de la masa corporal magra que se puede controlar con una dieta baja en calorías y con proteínas. Generalmente estos cambios no son suficientes para conferir un hábito femenino.

d

**La voz:** La terapia hormonal no produce alteraciones en las características de la voz de las usuarias, dado que esta no está determinada tanto por el tono de la voz, como por la resonancia del tórax. En estos casos se recomiendan tratamientos foniátricos.

e

**Los genitales:** Al desaparecer el estímulo hipofisario, los testículos se vuelven atróficos, con una reducción de hasta 25% dentro del primer año, llevando al deterioro de la espermatogénesis. Dada la disminución de la fertilidad de estas usuarias, se informará sobre las opciones de preservación de gametos, así como de las técnicas de reproducción asistida.

También la deprivación androgénica lleva a atrofia prostática, con modificaciones vesicales que producen pérdidas urinarias temporales, que desaparecen en el primer año de tratamiento.

f

**Respuesta sexual:** Se observa disminución del deseo sexual y de las erecciones espontáneas que se detecta a los 3 meses de iniciado el tratamiento. La gran mayoría de las usuarias persisten con excitación erótica, evidenciando una relativa independencia de los andrógenos de este tipo de erección; sin embargo, un grupo de usuarias comenzará con una disfunción sexual que muchas veces es deseada.

Por este motivo, en la anamnesis de la primera consulta para asesoramiento sobre terapia hormonal es importante recabar datos sobre las expectativas y prácticas sexuales de cada usuaria, tanto en sus vínculos sexo-afectivos, como laborales. En las consultas de seguimiento deberá indagarse sobre efectos no deseados del tratamiento hormonal.

En la tabla 5, se muestran los principales cambios y los tiempos sugeridos:

## Tabla 5

## Efectos y tiempo esperado de las hormonas feminizantes.

| Efecto | Inicio (a) | Máximo efecto (b) | |
|---|---|---|---|
| Redistribución de la grasa corporal | • 3 – 6 meses | • 2 – 3 años | |
| Disminución de la masa muscular/fuerza | • 3 – 6 meses | • 1 – 2 años | |
| Suaviza la piel/disminución de la oleosidad | • 3 – 6 meses | • Desconocido | |
| Disminución de la líbido | | • 1 – 3 meses | • 3 – 6 meses |
| Disminución de las erecciones espontaneas | | • 1 – 3 meses | • 3 – 6 meses |
| Disfunción sexual masculina | | • variable | • variable |
| Crecimiento mamario | | • 3 – 6 meses | • 2 – 3 años |
| Disminución del volumen testicular | | • 3 – 6 meses | • 2 – 3 años |
| Disminución de producción de esperma | | • Desconocido | • >3 años |
| Disminución del crecimiento del vello terminal | | • 6 – 12 meses | • >3 años |
| Calvicie de patrón masculino | | • Sin rebrote | • (c) |
| Cambio en la voz | | • No | • (d) |

a. Esas estimaciones representan observaciones clínicas.

b. En ocasiones la remoción del vello sexual masculino requiere tratamientos cosméticos (láser o electrólisis).

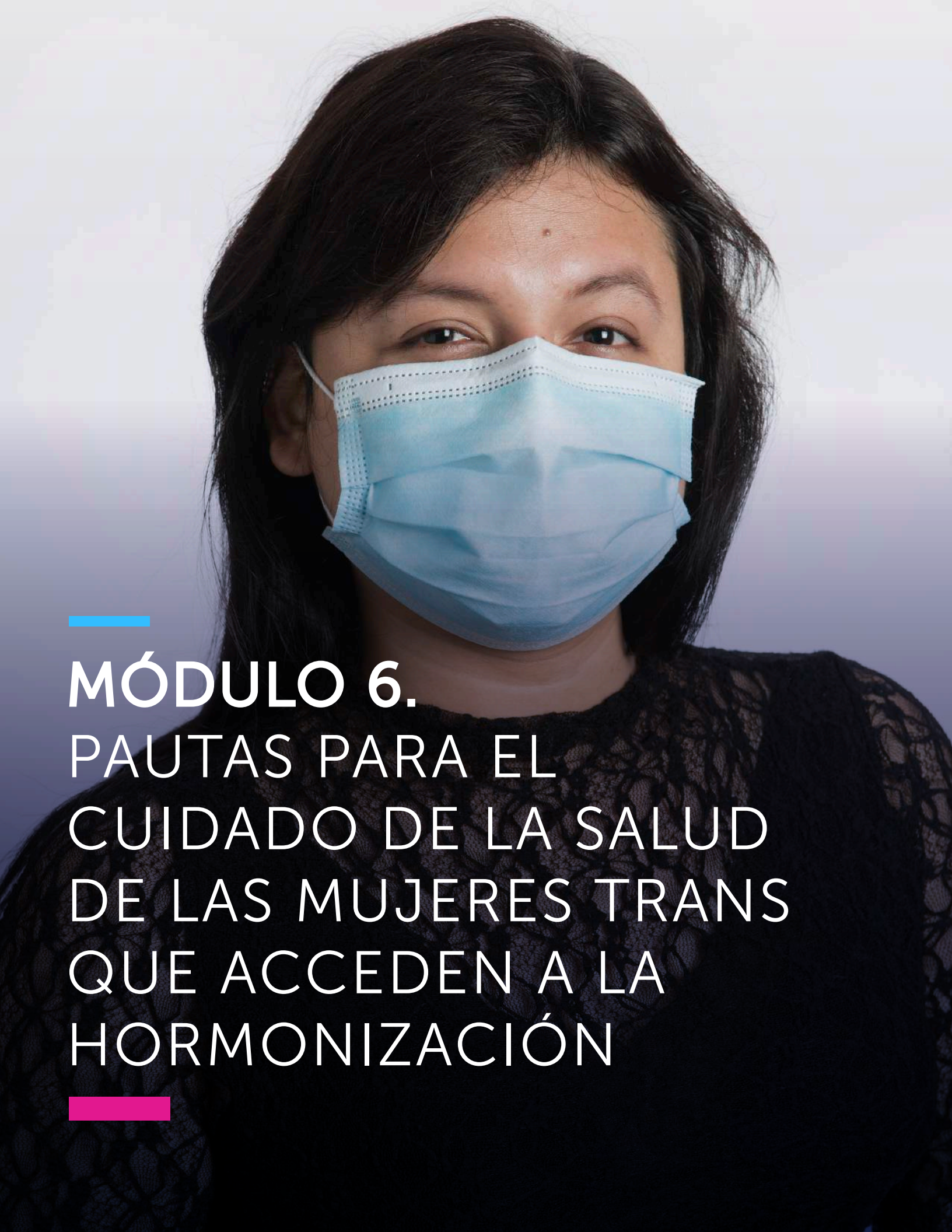
c. El patrón de calvicie masculino familiar puede ocurrir si se detienen los estrógenos.

d. El entrenamiento de la voz puede ser eficaz cuando es tratado por especialistas.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2016; Hembree et al, 2009)

**En resumen, el tratamiento hormonal en mujeres trans tiene dos objetivos:**

- Reducir las características sexuales no deseadas
- Inducir las características de la expresión de genero deseado (Hembree et al., 2009).
- Los cambios son progresivos, pero puede variar entre una persona y otra yendo desde características tenues, hasta grados altos de feminización.
- Hay cambios en la respuesta sexual, pero no necesariamente se relaciona con la erotización y el deseo sexual. La mayoría de los cambios ocurre durante los primeros 3-6 meses con terapia dual (estrógenos y antiandrógenos) y el máximo se logra cercano a los 2 años.



# MÓDULO 6.
# PAUTAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS MUJERES TRANS QUE ACCEDEN A LA HORMONIZACIÓN

# VII. Introducción

En este módulo se aborda la importancia de la educación para la salud, a fin de mejorar el autocuidado y a mantener el adecuado proceso de transición.

## Contenidos

1. Recomendaciones para hacer seguimiento a usuarias trans femeninas en el proceso de hormonización.
2. Los efectos no deseados de la hormonización. ¿Qué hacer? Los grupos de apoyo en los procesos de hormonización.

### VII.1 Recomendaciones para el seguimiento a mujeres trans en su proceso de hormonización

Según la «Norma Técnica de salud para mujeres trans» (Ministerio de Salud, 2016), la primera consulta de control y seguimiento (evaluación médica y consejería) deberá hacerse a los 30 días de iniciado el tratamiento y de forma mensual durante el primer semestre. Pasado este período, las citas serán cada tres meses.

En cada control, se debe realizar el examen general para identificar algún cambio llamativo y los siguientes exámenes:

## Tabla 6

## Exámenes de control y frecuencia

| EXÁMENES PARA EVALUACIÓN MÉDICA | FRECUENCIA |
|---|---|
| Evaluación de gonorrea mediante exámenes de laboratorio:<br>• Muestras de secreción uretral (cuando sea evidente y observable)<br>• Hisopado faríngeo<br>• Hisopado rectal<br>• Muestra de orina | • Cada 3 meses |
| Evaluación serológica para detección de sífilis | • Cada 3 meses |
| Tamizaje para VIH y Hepatitis B | • Cada 6 meses |
| Exámenes hematológicos y bioquímicos | • Cada 3 meses (1er año)<br>• Cada 6 meses (>2do año) |
| Evaluación por psicología | • Cada 6 meses (1er año)<br>Cada año (>2do año)<br>*Intervalo modificable según identificación de necesidades. |
| Dosaje hormonal (para seguimiento de respuesta terapéutica) | • Cada 3 meses (1er semestre)<br>• Al finalizar el primer año<br>• Anualmente (>2 año) |

Fuente: (Ministerio de Salud, 2016)

- En casos en que el laboratorio del establecimiento de salud no tenga la posibilidad de realizar dosaje hormonal, las muestras pueden ser enviadas a establecimientos de salud y laboratorios de mayor nivel de complejidad para su realización.

- Las atenciones realizadas por el profesional químico farmacéutico están directamente relacionadas a la identificación, prevención y resolución de problemas relacionados con el medicamento, siendo una estrategia que permitirá el uso de los medicamentos en forma racional, segura y efectiva, así como contribuir con la optimización de la adherencia al tratamiento.

Es importante señalar que las atenciones de las mujeres trans relacionadas a tamizaje, terapia hormonal y vacunación serán reportadas en la hoja de monitorización de actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.

**Nota importante: En caso de detectarse niveles elevados de prolactina y de acuerdo con los valores obtenidos y los síntomas que refiera la usuaria, deberá reducirse la dosis hormonal o, incluso, considerar la suspensión de la hormonización.**

Si la prolactina persiste elevada luego de interrumpida la administración de hormonas, se aconseja realizar una evaluación neuroendocrinológica, a fin de descartar la presencia de prolactinoma. Si bien se han descrito casos con el uso de altas dosis de estrógenos, no se pudo inferir una relación directa entre la utilización de estrógenos y la inducción de prolactinoma.

### Otras actividades de control recomendadas:

Además de lo mencionado y en base a otras experiencias (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2016), se recomienda:

a. Evaluar el peso corporal y la presión arterial.

b. Realizar una adecuada valoración cardiovascular. La evaluación bioquímica debe incluir análisis de glucemia, perfil lipídico, perfil hepático, urea, creatinina y, en caso de utilizarse espironolactona, ionograma.

c. Medir la presencia de testosterona libre y estradiol (hasta alcanzar los valores compatibles con el rango fisiológico correspondiente a la etapa premenopáusica), TSH y prolactina.

El personal de la salud deberá considerar lo descrito en el Anexo 9 de la «Norma Técnica de salud para mujeres trans» y usar la tarjeta de monitoreo de terapia hormonal y control de personas trans femeninas.

## Tarjeta de Monitoreo de Terapia Hormonal y Control de Personas Trans Femeninas

| | 1ER AÑO | | | | | | | | 2DO AÑO EN ADELANTE | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Basal | 1 m | 2 m | 4 m | 5 m | 6 m | 9 m | 12 m | 15 m | 18 m | 21 m | 24 m |
| Control por equipo | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Evaluación Medica | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Consejeria | X | | | | | X | | X | | | | X |
| Evaluación por psicología* | X | | | | | X | | X | | | | |
| Control laboratorial | | | | | | | | | | | | |
| Hemograma completo | X | | | | | X | | X | | X | | X |
| Glucosa en ayunas | X | | | | | X | | X | | X | | X |
| Transaminasa (TGO y TGP) | X | | | | | X | | X | | X | | X |
| Fosfatasa Alcalina | X | | | | | X | | X | | X | | X |
| Perfil lipidico | X | | | | | X | | X | | X | | X |
| Creatinina sérica | X | X | X | X | | X | | X | | X | | X |
| Potasio sérico** | X | X | X | X | | X | | X | | X | | X |
| Dosaje sérico de testosterona | X | X | X | X | | X | | X | | X | | X |
| Dosaje de Prolactina | X | | | | | | | X | | | | X |
| Mamografía | X | | | | | | | X | | | | X |

*Su frecuencia puede varíar según necesidades identificadas en la paciente
**Solamente en casos de uso de Espironolactona

Fuente: (Ministerio de Salud, 2016)

**En resumen, la primera consulta de control y seguimiento deberá hacerse a los 30 días.**

Una vez iniciada la terapia hormonal, la evaluación médica y la consejería deben realizarse cada mes durante el primer semestre y luego trimestralmente. Las citas siguientes deberán darse cada treinta días y los controles de laboratorio serán cada 3 meses.

Es importante usar la tarjeta de Monitoreo y Control.

## VII.2 Los efectos no deseados de la hormonización. ¿Qué hacer? Los grupos de apoyo en los procesos de hormonización

Es importante asesorar a las mujeres trans sobre los posibles efectos adversos de la hormonización con estrógenos y/o antiandrógenos. Si la persona se encuentra recibiendo terapia hormonal, es necesario prestar atención a la aparición de estos efectos y, en caso de presentarse, consultar de qué manera afectan su calidad de vida. Esto, junto a la realización de una adecuada evaluación clínica, permite valorar la necesidad de modificar el esquema hormonal utilizado o suspender la hormonización.

### Tabla 7

### Efectos adversos de los estrógenos y antiandrógenos.

| Medicamento | Efectos Adversos |
|---|---|
| Estradiol | • Cefalea<br>• Dolor abdominal<br>• Náuseas<br>• Cambios del estado de ánimo<br>• Disminución de la libido<br>• Enfermedad tromboembólica<br>• Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular<br>• Retención hidrosalina<br>• Edema<br>• Hiperprolactinemia<br>• Disfunción hepática<br>• Litiasis biliar<br>• Cáncer de mama<br>• Migraña<br>• Infertilidad |

| | |
|---|---|
| Espironolactona | • Diarrea<br>• Náuseas y vómitos<br>• Cefalea<br>• Somnolencia<br>• Hipotensión arterial<br>• Hiperpotasemia e hiponatremia<br>• Disfunción eréctil |

Fuente: (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2016)

## Tabla 8

## Contraindicaciones y precauciones.

| Medicamento | Contraindicación | Precaución |
|---|---|---|
| Estradiol | • Hipersensibilidad<br>• Presencia activa o antecedentes de tromboembolia venosa confirmada<br>• Enfermedad tromboembólica arterial activa o reciente<br>• Trombofilias<br>• Enfermedad hepática activa o insuficiencia hepática<br>• Insuficiencia renal aguda o avanzada<br>• Hipertrigliceridemia severa | • Obesidad mórbida<br>• HTA<br>• DBT<br>• Dislipidemias no controladas<br>• Várices moderadas a severas<br>• Migraña<br>• Litiasis biliar |
| Espironolactona | • Hipersensibilidad<br>• Insuficiencia renal aguda o deterioro significativo de la función renal<br>• Enfermedad de Addison<br>• Hiperpotasemia | • Hepatopatías<br>• DBT |

# BIBLIOGRAFÍA

Agencia Peruana de Noticias. (27 de noviembre de 2014). Minsa: población transexual es la que tiene más casos de VIH, 30 de cada 100. *RPP Noticias.* Recuperado de https://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/minsa-poblacion-transexual-es-la-que-tiene-mas-casos-de-vih-30-de-cada-100-noticia-745944?ref=rpp

Asociación Americana de Psiquiatría. (2018). DSM-5. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.* Barcelona: Editorial Médica Panamericana.

Asociación Psicológica Americana. (2015). *Guías para la práctica psicológica con personas transgénero y personas no conformes con el género.* Recuperado de https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines-transgender-spanish.pdf

Baral, S., Poteat, T., Ströhmdahl, S., Wirtz, A.L., Guadamuz, T.E. y Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta- analysis. *The Lancet,* 13"(3), pp.214–222.

Cabrera Quezada, J. y Parada Barraza, L. (2009). *Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona metropolitana de San Salvador, noviembre 2008 - febrero 2009.* (Tesis de maestría). Universidad de El Salvador. El Salvador. Recuperado de http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Sanidad_transsansalvador.pdf

Cambará, P. (2016). *Homofobia, Transfobia y Bifobia, ¿Qué son?.* Recuperado de https://social.shorthand.com/diarioeldeber/jgji5LOGxBc/homofobia-transfobia-y-bifobia-que-son

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2017). *Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Trasngénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas.* Recuperado de https://www.gob.mx/censida/documentos/protocolo-para-el-acceso-sin-discriminacion-a-la-prestacion-de-servicios-de-atencion-medica-de-las-personas

CIDH. (2015a). *CIDH LGBTI Violencia. Conceptos básicos.* Recuperado de https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html

CIDH. (2015b). *Violencia contra personas LGBTI.* Recuperado de http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf

CIDH. (2015c). *En el Día Internacional de la Memoria Trans, CIDH urge a los Estados a aumentar la expectativa de vida de las personas trans en América.* Recuperado de https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2015/137.asp

Czubaj, F. (2009). *Enfermedades de transmisión sexual y transgénero. La expectativa de vida es de apenas 40 años.* Recuperado de https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=61528

De Barbieri, M. T. (1995). *Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género.* Recuperado de https://bit.ly/36A6lMi

Defensoría del Pueblo. (2016). *Informe Defensorial N° 175.* Recuperado de https://www.gob.pe/institucion/defensoria-del-pueblo/informes-publicaciones/1050532-informe-defensorial-n-175

GATE-Global Action For Trans Equality. (2017). *Despatologización trans. Preguntas frecuentes... y de las otras también.* Recuperado de https://otdchile.org/wp-content/uploads/2017/03/Despatologizacio%CC%81n-Trans-Preguntas-Frecuentes-2.pdf

Gutiérrez Teira, B. (2010). La respuesta sexual humana. *Actualización en Medicina de Familia, 6(10), 543-546.* Recuperado de https://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=158&id=La_respuesta_sexual_humana.pdf

Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H.A., Gooren, L.J., Meyer, W.J., Spack, N.P., Tangpricha, V., Montori, V.M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons:An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94(9).* Recuperado de https://academic.oup.com/jcem/article/94/9/3132/2596324

INEI. (2018). *Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI, 2017. Principales resultados.* Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/lgbti.pdf

Lafaurie Villamil, M. (2014). *En el camino de la feminización: Estudios de intervención corporal de travestis del área de influencia del Hospital Santa Clara E.S.E. de Bogotá, Colombia.* Bogotá: Universidad del Bosque. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277557451_En_el_camino_de_la_feminizacion_Estudio_de_las_practicas_de_intervencion_corporal_de_travestis_del_area_de_influencia_del_Hospital_Santa_Clara_ESE_de_Bogota_Colombia

Lamas, M. (2002). *El enfoque de género en las políticas públicas.* Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/tablas/r23192.pdf

Lantigua, I.F. (24 de junio de 2005). Cuando la homosexualidad se consideraba una enfermedad. *El Mundo*. Recuperado de https://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/06/24/medicina/1119625636.html

Mayo Clinic. (24 de febrero de 2018a). *Terapia hormonal de feminización.* Recuperado de https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/mtf-hormone-therapy/about/pac-20385096

Mayo Clinic. (24 de febrero de 2018b). *Terapia hormonal masculinizante.* Recuperado de https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/masculinizing-hormone-therapy/about/pac-20385099

Mayo Clinic. (03 de mayo de 2020). *Disforia de Género.* Recuperado de: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/gender-dysphoria/symptoms-causes/syc-20475255

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2018). *Reglamento de la Ley N° 30364.* Recuperado de https://observatorioviolencia.pe/wp-content/uploads/2018/06/REGLAMENTO-version-mimp.pdf

Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH).* Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf

Ministerio de Salud. (2016). *Resolución Ministerial N° 980-2016-MINSA.* Recuperado de https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/191440-980-2016-minsa

Ministerio de Salud. (2015). *Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú.* Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3264.pdf

Ministerio de Salud. (2009). *Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia en género. R.M. N° 141-2007-MINSA.* Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3172.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2015). *Atención de la Salud Integral de las Personas trans. Guía para equipos de salud.* Recuperado de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2016). *Guía Clínica para la Hormonización de personas trans.* Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-clinica-para-personas-trans-hormonizacion

Neolife. (19 de diciembre de 2017). *La importancia de los estrógenos para los hombres.* Recuperado de http://neolifeclinic.com/blog/la-importancia-de-los-estrogenos-para-los-hombres/

Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. (2019). *Violencia de género.* Recuperado de https://observatorioviolencia.pe/mimp-rpu-dc-violencia-de-genero/

OMS. (s.f.). *Temas de salud. Violencia contra la mujer.* Recuperado de https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

OMS. (2011). *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública.* Recuperado de https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/es/

OMS. (2014). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.* Recuperado de https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/

OPS. (2012). *Por la salud de las personas trans. elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.* Recuperado de https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf?ua=1

Organización Internacional del Trabajo. (2015). *La discriminación en el trabajo por motivos de orientación sexual e identidad de género: Resultados del proyecto PRIDE de la OIT.* Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/briefingnote/wcms_380831.pdf

Planned Parenthood Federation of America. (s.f.). *¿Qué es la transfobia?.* Recuperado de https://www.plannedparenthood.org/es/learn/gender-identity/trans-e-identidades-de-genero-no-conforme/que-es-la-transfobia

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). *Implementación integral de programas de VIH e ITS con personas transgénero: Guía práctica para las intervenciones de colaboración.* Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transit-Spanish-final-lowres.pdf

PROMSEX. (2016). *Estudio Nacional sobre Clima Escolar en el Perú 2016.* Recuperado de https://promsex.org/wp-content/uploads/2016/08/IAEPeruWebGlesen.pdf

Ramírez, B. (Ed.). (2011). I*nforme alternativo de organizaciones de la sociedad civil al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en el Perú. Lima: Promsex.* Recuperado de https://promsex.org/publicaciones/informe-alternativo-de-organizaciones-de-la-sociedad-civil-al-comite-de-derechos-economicos-sociales-y-culturales-sobre-la-situacion-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-en-el-peru/

Redacción Médica. (17 de mayo de 2019). *La OMS suprime el término 'transexual' para desligarlo del trastorno mental.* Recuperado de https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/la-oms-suprime-el-termino-transexual-para-desligarlo-del-trastorno-mental-2804

Salazar, X., Villayzán, J., Silva Santisteban, A., Cáceres, C.F. (2010). *Las personas trans y la epidemia del VIH/SIDA en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos.* Recuperado de https://core.ac.uk/download/pdf/77275689.pdf

Sánchez, S., Casquero, J., Chávez, S. y Liendo, G. (2014). Características y efectos del uso de hormonas femeninas en transexuales masculinos en Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina, 75(4), 313-318.* Recuperado de https://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i4.10844

Scott, J.W. (1996). *El género: una categoría útil para el análisis histórico.* Recuperado de http://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Genero-Mujer-Desarrollo/El_Genero_Una_Categoria_Util_para_el_Analisis_Historico.pdf

Sentiido. (2017). *Diversidad sexual y de género para dummies.* Recuperado de https://sentiido.com/diversidad-sexual-y-de-genero-para-dummies/

Sueldo, A. (2019). *Aliadas trans por una atención médica oportuna* (Tesis de pregrado). Universidad San Ignacio de Loyola, Perú. Recuperado de http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/8913/1/2019_Sueldo-Querevalu.pdf

Velarde Ramírez, Ch. (2011). *La igualdad en lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay.* Recuperado de https://promsex.org/wp-content/uploads/2011/10/LaigualdadenlistadeesperaNecesidades.pdf

MANUAL DE CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS MUJERES TRANS —BASADO EN LA RM 980-2016/MINSA—

**Editado por:**
© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX).
Av. José Pardo 601, oficina 603-604, Miraflores, Lima, Perú.
Teléfono: (51) (1) 447 8668 / Fax: (51) (1) 243 0460.
www.promsex.org

f/promsex
t/promsex
ig/promsexcomunica

**Autor:** Jhony Juárez Montalván.

**Supervisión de contenidos metodológicos:** Pilar Arce Hernández, Macarena González Espinosa, Isabella Fernández Orellana y David Arguedas.

**Coordinación de la publicación:** David Arguedas Olave.

**Corrección de estilo y cuidado de edición:** Renzo Zegarra Torres.

**Diseño y diagramación:** Lorena Arias Montoya.

**Coordinación comunicacional:** Yazmin Trujillo Raa.

Av. José Pardo 601 oficina 604, Miraflores
Lima – Perú

1a. edición – Diciembre 2020

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de: