Salud y Diversidad Sexual

Guía para profesionales de la salud

Edición 2025 Revisada y actualizada

Ministerio de Salud Pública

asse

Universidad de la República Uruguay

Facultad de Psicología
Universidad de la República

Colectivo Ovejas Negras

UNFPA

Salud y Diversidad Sexual

Guía para profesionales de la salud

Ministerio de Salud Pública
asse
Universidad de la República Uruguay
Facultad de Psicología Universidad de la República
Colectivo Ovejas Negras
UNFPA

2da Edición – Actualización de contenidos – Uruguay 2025.

Salud y Diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud fue publicada en 2016 como producto de la estrategia de formación en la temática desarrollada a partir de 2010 por las Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de la República (Udelar), el Colectivo Ovejas Negras, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

En 2025, a 10 años de su elaboración, se realiza la revisión de la segunda edición con contenidos actualizados, un nuevo capítulo e incorporación de nuevas autorías.

Sistematización de los contenidos primera edición 2016:

Prof. Adj. Mag. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.

Lic. Florencia Forrisi. Colectivo Ovejas Negras y Ministerio de Salud Pública.

Edición y coordinación primera edición 2016:

Prof. Agdo. Dr. Pablo López Gómez. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.

Lic. Florencia Forrisi. Colectivo Ovejas Negras y Ministerio de Salud Pública.

Prof. Adj. Mag. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.

Edición y coordinación de la segunda edición 2025:

Lic. Florencia Forrisi. Colectivo Ovejas Negras y Ministerio de Salud Pública*.

Dra. Valeria Ramos. UNFPA.

Lic. TS Romina Mauros. Colectivo Ovejas Negras.

Autorías:

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

- Dra. Valeria Ramos. Oficial de Programa Salud Sexual y Reproductiva. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.
- Lic. Florencia Forrisi. Colectivo Ovejas Negras y MSP.
- Prof. Adj. Mag. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.
- Lic. Romina Mauros. Colectivo Ovejas Negras. *Revisión y aportes en la edición 2025.*
- Mag. Néstor Rodríguez. Colectivo Ovejas Negras y Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar. *Revisión y aportes en la edición 2025.*

Capítulo 2: Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual

- Lic. Florencia Forrisi. Colectivo Ovejas Negras y Ministerio de Salud Pública.
- Prof. Adj. Mag. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.
- Lic. Romina Mauros. Colectivo Ovejas Negras. *Revisión y aportes en la edición 2025.*

Se agradecen las contribuciones de la Dra. Michelle Suarez (Colectivo Ovejas Negras) y el Dr. Santiago Pérez (Administración de Servicios de Salud del Estado) en la primera edición, y la revisión y aportes de la Dra. Carolina Grogal (DIGESA - MSP) en la segunda edición.

---

* Durante el proceso de revisión, en junio de 2025 la Lic. Forrisi, hasta entonces integrante del Colectivo Ovejas Negras, pasa a cumplir funciones como Coordinadora del Programa de Género y Diversidad Sexual en el MSP.

Capítulo 3: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos desde un enfoque de Diversidad Sexual

Primera parte: Promoción de salud

- Ex. Prof. Agda. Dra. Alicia Sosa. Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar.
- Dra. Karina Roselli. Colectivo Ovejas Negras.
- Lic. Florencia Forrisi. Colectivo Ovejas Negras y MSP.
- Mag. Néstor Rodríguez. Colectivo Ovejas Negras y Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar. *Revisión y aportes en la edición 2025.*

Segunda Parte: Salud y derechos sexuales y reproductivos

- Dra. Valeria Ramos. Oficial de Programa Salud Sexual y Reproductiva. UNFPA.
- Prof. Adj. Mag. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.

Capítulo 4: Infecciones de transmisión sexual, con perspectiva de derechos en el contexto de la diversidad sexual

- Prof. Adj. Dra. Zaida Arteta. Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina Udelar. y Directora General de Coordinación del MSP.
- Prof. Adj. Dra. Victoria Frantchez. Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina Udelar.

Capítulo 5: Salud mental y diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos

- Prof. Adj. Mag. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.
- Prof Tit. Dra. Alejandra López Gómez. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Udelar.
- Asist. Lic. Natalia Silvera. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar. Coautora en la segunda edición.

Se agradecen las contribuciones del Mag. Néstor Rodríguez, el Lic. Mathías Freitas y la Lic. Camila Carro en la primera edición.

Capítulo 6: Atención de la salud sexual y salud reproductiva de mujeres cis lesbianas y bisexuales

- Dra. Mónica Gorgoroso. Administración de Servicios de Salud del Estado.
- Lic. Florencia Forrisi. Colectivo Ovejas Negras y MSP.
- O.P. Carina Da Costa. Colectivo Ovejas Negras. *Coautora en la edición 2025.*

Capítulo 7: Atención integral a la salud de las personas trans y no binarias

Primera parte: Abordaje en el primer nivel de atención

- Prof. Adj. Dr. Daniel Márquez. Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar.
- Prof. Agda. Dra. Clara Niz. Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar.
- Prof. Adj. Dra. Mónica Olinsky. Facultad de Medicina Udelar. Red de Atención Primaria Metropolitana, Administración de los Servicios de salud del Estado.
- Prof. Adj. Dr. Facundo Taboada. Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar. *Coautor en la edición 2025.*

Segunda parte: La voz como identidad

- Lic. en Fonoaudiología Esteban Moreira.

- Prof. Adj. Dr. Daniel Márquez. Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar.

Tercera parte: Cirugías en personas trans y no binarias

Abordaje gineco-quirúrgico

- Prof. Agdo. Dr. Sebastian Ben. Unidad Académica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. Udelar.
- Prof. Dr. Leonel Briozzo. Unidad Académica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. Udelar.
- Dra. Rosina Silva Ledesma. Ex. Resid. Unidad Académica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. Udelar.
- Dra. Gabriela Ramos. Ex. Resid. Unidad Académica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. Udelar.
- Dra. Soledad Pérez. Ex. Asist. Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. Udelar.
- Dra. Luciana Miranda. Ex. Asist. Unidad Académica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. UdelaR.
- Prof. Agda. Verónica Fiol. Unidad Académica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. Udelar. *Revisión y aportes de la edición 2025.*

Cirugía plástica mamaria.

- Dr. Carlos Arrué. Especialista en Cirugía plástica. Responsable del Área de Cirugía Plástica, Servicio de Diversidad Sexual, del Hospital de la Mujer, CHPR. Coautor de la primera edición de esta Guía.
- Dr. Gabriel Otormin. Docente Cirugía Plástica UCU. Ex asistente Cátedra Cirugía Plástica Udelar. *Coautor en la edición 2025.*

Capítulo 8:

Primera parte: Infancias, adolescencias y diversidad sexual: aportes para un acompañamiento asertivo en el campo de la salud

- Prof. Adj. Mag. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.
- Asist. Lic. Natalia Silvera. Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.
- Prof. Adj. Dr. Daniel Márquez. Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar.
- Lic. Magdalena Álvarez. Ministerio de Salud Pública.
- Dra. Valeria Ramos. UNFPA.
- Dra. Karina Roselli. Colectivo Ovejas Negras. *Revisión y aportes.*

Segunda Parte: Uso de medicación para el freno de la pubertad en infancias y adolescencias

- Dra. Nancy González. Pediatra especializada en adolescentes. Diplomada en infancias y adolescentes LGBTIQ+. Docente de la Facultad de Medicina UCU.
- Dra. Natalia Fusco. Especialista en endocrinología. Diplomada en medicina sexual.

Diseño: Cebra Comunicación

Impresión:

ISBN.: 978-92-95114-84-5

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

Índice

Prólogo 7

Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual 9

Presentación 13

Capítulo 1:
Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje en común 17

Capítulo 2:
Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual 55

Capítulo 3: 81
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos desde un enfoque de Diversidad Sexual
Primera parte: Promoción de salud 81
Segunda Parte: Salud y derechos sexuales y reproductivos 107

Capítulo 4:
Abordaje de ITS y VIH desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual 119

Capítulo 5:
Salud mental y diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos 141

Capítulo 6:
Atención de la salud sexual y salud reproductiva de mujeres cis lesbianas y bisexuales 175

Capítulo 7:
Atención integral a la salud de las personas trans y no binarias 195
Primera parte: Abordaje en el primer nivel de atención 195
Segunda parte: La voz como identidad 217
Tercera parte: Cirugías en personas trans y no binarias 227
Abordaje gineco quirúrgico 228
Cirugía plástica mamaria 232

Capítulo 8: 241
Infancias, adolescencias y diversidad sexual: aportes para un acompañamiento asertivo en el campo de la salud
Primera Parte: Aportes para un acompañamiento asertivo en el campo de la salud 241
Segunda Parte: Uso de medicación para el freno de la pubertad en infancias y adolescencias 265

Prólogo de la edición 2025

La revisión y actualización de la Guía “Salud y Diversidad Sexual” surge, tal como se preveía en el prólogo de la edición anterior, del avance nacional en los conocimientos que se ha generado en los últimos 15 años de trabajo intersectorial en el tema.

Desde la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), nuestro país ha buscado identificar y actuar sobre las desigualdades que aún persisten en el acceso a la salud de toda la población. En particular, respecto a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI), se ha generado un marco normativo robusto, y buenas prácticas de atención como las que aquí se presentan, que reúnen amplios consensos incluyendo a la academia, sociedades científicas, sociedad civil organizada y actores estatales, y cuentan con apoyo de la cooperación internacional.

El aporte en la elaboración y la divulgación de esta guía se enmarca en las prioridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) respecto de asegurar el acceso y la equidad en la atención a la salud de las personas. Nuestro desafío actual es avanzar en la implementación de estas normativas y directrices de atención, fortaleciendo el rol de rectoría del MSP para garantizar su cumplimiento en todo el territorio nacional.

Este documento, que consolida los contenidos y la evidencia más reciente sobre salud con perspectiva de diversidad sexual desde un enfoque de derechos, ha sido y continuará siendo en su edición actual un material de formación y consulta que es aprovechado por todo el equipo de salud. A su vez, por la forma en que los diversos temas se han planteado, es un excelente instrumento para que la población usuaria conozca sus derechos y pueda involucrarse de forma más informada en su proceso de atención. Esto es de particular importancia en la población LGBTI, que ha sido históricamente vulnerada en los espacios de atención a su salud.

Retomo y reafirmo las palabras de quienes antes presentaron esta guía en 2015. Es momento de hacer un llamado a todas las personas que componen el SNIS, tanto desde su rol de integrantes de equipos de salud como a la población usuaria, de renovar el compromiso con un bienestar social sin exclusiones y la eliminación de las barreras

que impiden el acceso a los servicios de salud a las personas LGBTI. Debemos garantizar que ese inventario de prestaciones del que hablaban sea una realidad en cada servicio donde se requiera, y que se multipliquen los espacios que brindan atención con perspectiva de diversidad sexual, porque ese es el camino para mejorar la calidad de atención para todas las personas.

Dra. Cristina Lustemberg
Ministra de Salud Pública

Prólogo de la edición anterior

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

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

En ese proceso de cambio hacia una sociedad libre de homo-lesbo-transfobia,la Universidad de la República tiene varios roles que asumir desde la integralidad de sus funciones: tiene la responsabilidad de formar a la mayor parte de los profesionales del

país, incorporando el enfoque de diversidad sexual; tiene el mandato de generar conocimiento científico que permita generar políticas adecuadas para el colectivo LGBT; y debe emprender tareas en el territorio, junto con organizaciones de todo tipo, para hacer efectivo el ejercicio de derechos por parte de este colectivo. Lo que se ha hecho a lo largo de estos 5 años es asumir esos roles, lo que representa un gran avance que acompaña el desarrollo de esta temática en el país.

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

Confiamos en que este material se convierta rápidamente en un texto de referencia para la formación de los estudiantes de grado y para la actualización permanente de los profesionales.

A la vez, esperamos que sea apenas una primera edición, que seguramente pronto será ampliada con conocimientos nuevos producidos en Uruguay, y con un inventario mayor de prestaciones que se instalen en nuestro sistema de salud u otros espacios que brinden atención con perspectiva de diversidad sexual.

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

Dr. Fernando Tomasina
Decano
Facultad de Medicina
Udelar

Dra. María José Bagnato
Decana
Facultad de Psicología
Udelar

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

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

Preámbulo

Hace ya un rato que no es mediodía en Barros Blancos. En medio del bullicio del recreo alguien se me acerca y me dice que quiere hablar conmigo. No identifico muy bien quien es, pero por la posición de la capucha intuyo que está mirando el piso. Le respondo que por supuesto y le pido que me siga al saloncito donde hacemos las entrevistas. Tan solo 20 minutos después, y tras haberle dado medio rollo de papel higiénico para secar sus lágrimas, lo acompaño al salón para que no lo rezonguen por llegar tarde a clase.

Ahora sé que tiene 14 años, que se siente solo y avergonzado. Sé que dos compañeras de clase saben que su nombre es en realidad Mauricio, y no ese de la cédula que lo llena de angustia cada vez que lo escucha. Sé que hace ya tres años que usa vendas deportivas en el pecho y que está ahorrando plata para poder comprarse unas hormonas sobre las que investigó en internet. No tiene novia ni novio, su cabeza y su corazón están en otro lado. En clase sólo piensa en todo esto, en lo que pasaría si se entera su mamá, en la posibilidad de que su papá lo defienda, en la ilusión de que sus compañeros y los profes lo llamen por su nombre verdadero…

Si sé todo esto, es porque sé qué cosas preguntar y, al menos hasta cierto punto, sé qué se podría sugerir tras las respuestas. Voy a mandarle un mensaje al médico de familia de la poli. Quedamos con Mauricio en pedirle que venga al liceo para que puedan charlar un rato. Sobre las vendas, sobre las hormonas, sobre la angustia.

Mientras tanto Mauricio y yo también acordamos vernos cada dos días. Tenemos un plan: ir tomando coraje para hablar con mamá y papá, elegir el momento y la forma en la que quiere que sus profes y el liceo todo comiencen a llamarlo por su nombre. Vamos a estudiar juntes la ley, vamos a ensayar escenarios. Nos pareció linda la idea de que sus dos amigas, las que lo conocen y lo cuidan, nos ayuden como actrices en los ensayos.

Si fue posible en tan sólo 20 minutos acordar todo esto, es porque mucha gente me compartió sus experiencias profesionales, en persona o a través de los libros y las revistas. Si existe un médico de familia al que pueda llamar para que venga, es porque él también ha leído e intercambiado sobre el tema. Ambos, él como médico y yo como trabajadora social, sabemos que ser buenos profesionales implica incorporar informa-

ción y reflexiones sobre nuevos temas, escenarios, problemas… a lo largo de toda la vida.

Quizá por eso hace ya casi 15 años empezamos con una hermosa barra de gente la aventura de pensar, reflexionar y sistematizar en torno al abordaje de situaciones vinculadas a la diversidad sexual y de género en la atención en salud. Anduvimos muchos caminos, bien variados y desafiantes. Pero siempre volvemos a juntarnos para discutir juntes los resultados, las victorias, los fracasos y por supuesto… lo que nos pasa con todo eso.

La guía que hoy se presenta nos viene acompañando casi desde el incio, y al igual que nosotres, ha cambiado tanto con el tiempo! Se ha pensado, repensado, corregido y renovado infinitas veces, y con cada vez más gente. Pero siempre ha conservado la característica virtuosa de ser el resultado de un intercambio permanente entre la sociedad civil organizada y el saber profesional. Muchas veces ambas cosas habitando los mismos cuerpos. Aún en esos casos lo que está escrito es el producto no sólo de los acuerdos, sino también de sendos conflictos. El resultado trae implícitas las miles de veces que se han caído las recetas mágicas, los millones de oportunidades en que volvimos a confirmar que lo que aquí y ahora funciona para esta persona, a los cinco minutos será un absurdo para esta otra.

Hecha siempre de esa forma, esta guía que tienes en las manos no sólo contiene piques útiles. Su mayor virtud no está en las respuestas y las sugerencias, que las tiene y muchas, sino en que seguramente te ayude a saber qué preguntar. Y te permita, si la compartes y la problematizas con otres con quienes trabajas, ensayar estrategias situadas y originales para acompañar vidas concretas. Porque sólo hay un Mauricio de 14 años una tarde de invierno en Barros Blancos. Y depende de él, pero también de cada persona adulta que le rodea, quién será el Mauricio que entre a clase cuando llegue la primavera.

Lic. TS Valeria Rubino
Magister en Historia Política
Integrante del Colectivo Ovejas Negras
Octubre de 2025

Presentación

En el año 2009 el Ministerio de Salud Pública (MSP) elaboró el capítulo Diversidad Sexual de sus Guías en Salud Sexual y Reproductiva, producto del trabajo conjunto entre organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales del nivel departamental y nacional, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Entre los años 2010 y 2012 se implementa el Proyecto "Centros de Salud Libres de Homofobia" entre el MSP, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Colectivo Ovejas Negras, los entonces llamados Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar) y el UNFPA.

Producto de este proyecto, en el marco del llamado 2013 de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la UdelaR, para la financiación de propuestas de cursos para graduados, se integró al grupo interinstitucional el Programa de Género, Sexualidad y Salud Reproductiva del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología. Junto con la Facultad de Medicina se presentó el curso "Salud y Diversidad Sexual", que contó con el apoyo y participación de Ovejas Negras, MSP, ASSE y UNFPA. Este curso inaugural interfacultades es fruto de los impactos del Proyecto "Centros de Salud libres de Homofobia".

En 2014 se sumó a los cursos la participación de la experiencia de atención a personas trans de la Unidad Docente Asistencial del Primer Nivel de Atención/ASSE del Hospital del Norte "Gustavo Saint Bois" y en 2015 se suman el Centro de Referencia Amigable para la Diversidad Sexual (Crâm), de la Facultad de Psicología y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Unidad Académica Ginecotocológica A de la Facultad de Medicina.

Desde 2013 se han continuado los cursos en dos modalidades: una materia optativa inter-servicio para estudiantes de carreras del área de la salud, y un curso de formación permanente para profesionales de carreras de esta área e integrantes de equipos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con énfasis en el primer nivel de atención. Dichos cursos han buscado ampliar los conocimientos de estudiantes, profesio-

nales y equipos técnicos sobre las necesidades de salud y dificultades en el acceso a los servicios de personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex, queer entre otras (LGBTIQ+). Durante este período han habido instancias presenciales, virtuales y mixtas, atendiendo a los cambios en las necesidades de cada momento histórico del curso.

Asimismo, se ha promovido que sus participantes adquieran un rol multiplicador de estrategias de sensibilización y abordaje inclusivo a la interna de los centros de salud, en sus roles docentes, y con la población destinataria de su atención. El objetivo general del curso es promover el desarrollo de capacidades de estudiantes y personas egresadas de los servicios del Área Salud de la UdelaR, en el campo de la salud y la diversidad sexual, desde un enfoque de integralidad, género y derechos. Específicamente se busca potenciar el desarrollo de competencias para la promoción y atención de la salud de todas las personas con relación a su orientación sexual e identidad de género. Así como aportar al fortalecimiento de la incorporación de los temas referidos a la diversidad sexual y salud en la formación continua del personal de salud, y en particular de la impartida la Udelar. Esta estrategia ha permeado tanto en la transversalización de la temática en las carreras de grado de medicina, enfermería, escuela de parteras y psicología (Udelar), como en la planificación de la formación a recursos humanos en prestadores de salud, especialmente la desarrollada por ASSE desde el año 2015.

En todos los cursos ha sido una demanda constante de quienes asisten, y una necesidad del equipo docente, contar con material de apoyo que amplíe y profundice los principales contenidos abordados. Es así que en 2015 surge la idea de la elaboración, diseño e impresión de la primera edición de esta guía. Sus contenidos fueron realizados en base a la sistematización de los diferentes módulos del curso, a lo que se sumaron los aportes del equipo docente, y de profesionales con quienes el equipo se vincula en su trabajo en Salud LGBTIQ+.

Consecuentemente, en 2016 se publica la Guía Clínica para la Hormonización en Personas Trans elaborada desde el MSP, que recoge contenidos del capítulo sobre atención a personas trans de esta guía.

Durante los años siguientes, el equipo docente del curso ha seguido manteniendo trabajo coordinado desde diversos roles, logrando poner en agenda la necesidad de incorporar la perspectiva de diversidad sexual a la atención en la salud. En este sentido, sumando esta vez a CASMU y la División Salud de la Intendencia de Montevideo, institución con la que también existe una historia de trabajo conjunto, surge la postulación al concurso de “Buenas Prácticas en Atención Primaria de Salud 2023”, iniciativa llevada adelante por el Nodo de Inteligencia Sanitaria del Uruguay (NISU), integrado por el MSP, la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) con apoyo de Naciones Unidas en Uruguay. En esta oportunidad, la “Implementación del abordaje a la diversidad sexual como política pública” fue premiada como la Práctica de Excelencia mejor puntuada del concurso.

Posteriormente, en 2024, surge una adaptación online y autoadministrada del Curso que queda alojada en el Campus Virtual de OPS, y está accesible en español. Desde su publicación en septiembre de 2024 han accedido al curso cientos de personas provenientes de diversos países de las Américas y Europa.

Esta segunda edición es una actualización basada en evidencias y al desarrollo de nuevos instrumentos clínicos. Incorpora nuevos capítulos, manteniendo el objetivo de acercar los conocimientos y experiencias en esta área temática tanto a estudiantes de grado de la Udelar como a profesionales y equipos de salud en todo el territorio nacional que se encuentran insertos dentro del SNIS, en todos sus servicios.

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

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

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

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

Valeria Ramos[1], Florencia Forrisi[2], Gonzalo Gelpi [3], Romina Mauros[4] y Néstor Rodríguez[5]

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

Este marco teórico busca construir un lenguaje común para los equipos y profesionales de la salud, ya que, de forma consciente o no, siempre se trabaja con una población usuaria que es diversa por definición. Manejar este marco teórico y hacer uso de este en el ejercicio profesional habilita una práctica de mayor calidad y más respetuosa con los derechos humanos del colectivo LGBTIQ+ y reduce las barreras de acceso al sistema sanitario.

Sexualidad

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

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

1 Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

2 Colectivo Ovejas Negras y Ministerio de Salud Pública.

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

4 Colectivo Ovejas Negras.

5 Colectivo Ovejas Negras y Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.

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

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

En su momento, Freud (1905) con sus teorizaciones psicoanalíticas, produjo un cambio de enfoque en las producciones sobre sexualidad humana. Fue el primero en afirmar la existencia de una sexualidad infantil, cuando hasta ese momento se pensaba que la sexualidad era exclusiva del mundo adulto, principalmente de aquellos en edad reproductiva. Ese sesgo inicial se arrastra aún hoy en las sociedades contemporáneas. Sigue siendo mucho menor, por ejemplo, la producción de conocimientos y políticas en relación con la sexualidad en la vejez, configurando importantes barreras para el acceso a servicios de salud sexual de las personas mayores (Ezhoba et al., 2020).

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

El campo de la sexualidad es compartido por distintas disciplinas que producen discursos acerca de ella como la Medicina, la Psicología, la Antropología, la Sociología, la

Historia, la Filosofía, entre otras. También se han generado discursos desde la sociedad civil, la religión, el Estado, los partidos políticos, etc., que han tenido incidencia en la esfera pública.

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

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

Enfoques de sexualidad

Existen dos grandes enfoques a la hora de entender y analizar la sexualidad: esencialista y construccionista. Los actuales debates (científicos, sociales, políticos, éticos) en este campo, están atravesados por las tensiones y conflictivas entre estos, que también se traducen en prácticas institucionales y profesionales. Se ha planteado ir hacia un enfoque integracionista con abordajes biosociales o bioculturales en los que confluyan los aportes del esencialismo y del construccionismo. Una de las controversias en las investigaciones sobre la sexualidad gira en torno a colocar el foco en lo biológico o en lo sociocultural (*nature* contra *nurture*). Si bien algunos investigadores acuerdan que el mejor abordaje es la combinación de estos dos tipos de perspectivas, otros plantean que es mejor hacer énfasis en una u otra.

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

Construccionista: Este enfoque, explica las actitudes, prácticas sociales en relación al cuerpo y la sexualidad como un hecho político, que depende de lo histórico y es influenciado por lo socio-cultural. Ubica las relaciones de poder (complejamente entramadas) en el eje de la producción de lo que será considerado normal o anormal, permitido o prohibido, aceptable o rechazable. También conforman este enfoque de la sexualidad lo simbólico y no racional. Foucault (1991) aportó al concebir la sexualidad como una construcción socio-histórico-cultural.

Modelo hegemónico de sexualidad

Se trata de un modelo construido como el más válido, que opera en el imaginario social, aunque no necesariamente coincide con la realidad. El modelo es aprendido y aprehendido por las personas, produce y reproduce desigualdades y también subjetividades. Se trata de un modelo heterocentrado, ciscentrado, reproductivo, falocéntrico, coitocéntrico, productivista, genitalizado y adultocéntrico. Este modelo regula y categoriza los vínculos afectivo–sexuales. Incluso las personas LGBTIQ+, aún transgrediendo el modelo, muchas veces son permeadas por sus lógicas de funcionamiento, y terminan reproduciendo las pautas, estereotipos y roles del modelo hegemónico. En la construcción de esa hegemonía, el proceso de socialización tiene su peso de la mano con las distintas instituciones. Las personas LGBTIQ+ muchas veces son víctimas de discriminación, estigmatización y exclusión, por la rigidez que proponen estos modelos. Estos modelos también pueden ser parte de las creencias y perspectivas de los equipos y profesionales de la salud, ya que cada persona *"tiene una trayectoria social, cultural y familiar específica con relación a la sexualidad, sus significados y sus prácticas. El análisis de la implicación se ofrece –una vez más como una práctica que posibilita analizar las relaciones que el sujeto profesional establece con esta dimensión de su ser sujeto. La implicación (R. Lourau) refiere al conjunto de relaciones conscientes y no conscientes que el actor tiene con su "objeto" de estudio y/o de intervención. Por ello, requiere de un análisis permanente, ya que siempre hablamos, actuamos, pensamos, sentimos desde un lugar implicado. Por lo tanto es necesario saber desde qué lugar decimos lo que decimos, y hacemos lo que hacemos. Se trata de poder identificar, reconocer, de-construir el propio sistema de creencias, valores, aprendizajes realizados con relación a la sexualidad" (López Gómez, 2001).*

Orden sexual: En 1984 Gayle Rubin presenta la idea del círculo encantado de la sexualidad, en alusión a que la sexualidad privilegiada por una sociedad estaba dentro de ella, mientras que todo lo no hegemónico quedaba por fuera de, y en oposición a ella. El círculo encantado refiere a la idea de que existe una valoración jerárquica de los actos sexuales, estableciéndose un orden piramidal que ubica en la cima a las parejas heterosexuales monogámicas y reproductivas. En un escalón inferior se encuentran las personas heterosexuales con prácticas sexuales estigmatizadas como la masturbación. Las parejas gays y lesbianas se encontraría al borde de la respetabilidad y siguiendo este orden sexual jerárquico, en el escalafón mas bajo quedarían ubicadas las personas transgénero, transexuales, travestís, fetichistas, sadomasoquistas y quienes se dedican al comercio sexual (Rubin, 1989). No obstante, las fronteras de lo respetado y aceptado se mueven según los distintos momentos sociohistóricos y de acuerdo a relaciones de poder contextuales, constituyendo ventanas de oportunidad para el mayor reconocimiento de derechos e igualdad de grupos sociales vulnerabilizados e invisibilizados.

En la siguiente tabla se presentan un conjunto de conceptos básicos fundamentales para comprender y orientar las intervenciones con los colectivos LGBTIQ+

Heterocentrismo	Cisnormatividad	Heterosexualidad obligatoria	Heteronormatividad
Desde esta concepción, la heterosexualidad es la norma. Desde allí se piensa al mundo, y se determina que es lo esperable y deseable socialmente. La violencia heteronormativa incluye comportamientos tanto verbales, físicos y/o psicológicos, que atacan todo lo que escapa a las normas que regulan el comportamiento tradicional heterosexual (Schenck, 2014).	Es la expectativa de que todas las personas son *cis*. La cisnormatividad es un sistema jerárquico de castigos y recompensas individuales e institucionales en el que las experiencias *cis* son vistas como las naturales, saludables, deseables y socialmente esperadas (Bauer y col, 2009). La cisnormatividad es también una categoría analítica que cuestiona los presupuestos sobre el sexo y el género (Radi, 2020). En concordancia, el cisexismo es "el sistema de exclusiones y privilegios simbólicos y materiales vertebrado por el prejuicio de que las personas cis son mejores, más importantes, más auténticas que las personas trans" (Radi, 2020, p.12).	Adrienne Rich (1980) introdujo este concepto en tanto régimen social que plantea a la heterosexualidad como el modelo hegemónico de relacionamiento sexual y de parentesco, impuesto por el patriarcado mediante diversos mecanismos e instituciones. El concepto fue desarrollado por Rich como una critica a lo que entendía como *"cancelación de la experiencia lesbiana"* por parte de la literatura feminista los 80s. Entendía que el sesgo de la heterosexualidad obligatoria *"lleva a percibir la experiencia lesbiana en una escala que va desde la desviación a la aberración o a volverla sencillamente invisible"* (Rich, 1996).	Concepto introducido por Michael Warner en 1991, refiere a una institución social, que no debe ser confundida con la heterosexualidad en tanto orientación erótico sexual. Según Butler (2001) es el poder normalizador de la heterosexualidad y las normativas que garantizan y fortalecen su legitimidad social. Este poder atraviesa tanto las representaciones sociales, como la subjetividad, el ámbito de lo jurídico y los reglamentos en las instituciones públicas y privadas. Según Sempol (2014b) *"el efecto devastador que ha tenido en instituciones y en los individuos (...) ambienta todo tipo de violencias casi siempre naturalizadas"* e impacta no solo a nivel social sino como **heteronormatividad institucional** en espacios como la educación o la salud (Gelpi y Montes de Oca, 2020).

Para Butler (2001) la heteronormatividad opera como un poder normalizador:

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

Desde hace unos años, la heteronormatividad es discutida públicamente, hecho que se ha traducido en avances legislativos en varios países sobre los derechos de las per-

sonas LGBTIQ+. Esto es fruto de la lucha de los colectivos de la sociedad civil, favorecida por los contextos políticos particulares.

Sexo

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

Thomas Laqueur (1994), a través de un minucioso estudio de fuentes históricas, explica cómo durante aproximadamente dieciocho siglos se mantuvo vigente la concepción de un cuerpo y sexo únicos, que no distinguía fisiológicamente entre varón y mujer. Lógicamente que existían especificidades que establecían una diferencia jerárquica, pero se basaban en el puesto que cada uno ocupaba en el orden de la Creación. Es decir, su diferencia obedecía a una distinción de grado en el contexto de un orden cósmico y social; en vez de estar divididos por su anatomía reproductiva, estaban vinculados por una anatomía común: un sexo/una carne. Esta visión era sesgada, toda la humanidad era pensada desde una lógica androcéntrica, las representaciones que se tenía de las mujeres las ubicaban en un lugar de subordinación. "*El uterum en la mujer era representado como el escroto en el varón. Constituía un órgano asexuado de retención y era usado como depósito de desecho de flujos excedentes como también para el desarrollo del embrión. La vagina aparecía como un pene interior, y los labios como un prepucio gigante" (Laqueur, 1994, p.22).* El clítoris, denominado así por primera vez por Realdo Colombo, en 1559, era aún definido como una especie de miembro masculino. La palabra vagina y ovarios no aparecería en el discurso médico sino hasta el siglo XVIII. De esa fecha a esta parte, paulatinamente se empezó a concientizar de la existencia de dos sexos y organismos cada uno con sus variables, funcionamiento y diferencias, pero no por ello jerarquizables.

Esta lógica falocéntrica también permeó importantes campos de saber en la primera mitad del siglo XX, siendo un claro ejemplo la construcción teórica del psicoanálisis

impulsada por Freud, quien postuló la existencia de una masculinidad primaria en el desarrollo de la sexualidad humana tanto para niños como para niñas. Este postulado constituyó un punto de importantes confrontaciones entre psicoanalistas de la época que sostenían la existencia de una feminidad primaria como consecuencia de la identificación con la figura materna, en contraposición al planteo freudiano (Martínez y Bolla, 2020).

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

Intersexualidad

El término intersexualidad es utilizado para englobar diferentes corporalidades en referencia a las características sexuales (Brujula Intersexual, 2024). La denominación intersex hace referencia a personas cuyos cuerpos no coinciden con lo esperado para una de las categorías clásicamente descriptas (macho o hembra), sino que tienen una o más características corporales de uno u otro sexo biológico. Esto puede hacerse visible en el momento del nacimiento, o más adelante en la vida, por la apariencia de los genitales, patrones cromosómicos o las hormonas que se generan, tratándose de un cuerpo sano.

Marta Lamas (2022) siguiendo a Fausto Sterling (2000) plantea que las cinco áreas fisiológicas de las que depende el denominado "sexo biológico" (genes, hormonas, gónadas, órganos reproductivos internos y genitales) producen combinaciones que desafían la lógica binaria y atributiva de clasificación de las personas, haciendo de los procesos biológicos un continuum más que un estado fijo.

Dentro de las expresiones de la intersexualidad, el cuerpo de una persona puede parecerse externamente al identificado con la categoría hembra, pero tener mayoritariamente anatomía sexual o reproductiva asimilable con la categoría macho. O una persona puede nacer con genitales que parecen ser ambiguos por no coincidir con el sexo asignado. Por ejemplo, una mujer con un clítoris notablemente grande, o sin orificio vaginal, o tener un conducto común en donde desemboca la uretra y la vagina; un varón con un pene notablemente pequeño, o con un escroto dividido de tal modo que asemeje labios vaginales. También puede ser que la persona haya nacido con genes en mosaico, de forma tal que algunas de sus células tienen cromosomas es decir unas células tienen cromosomas XX y otras tienen XY, o sus cromosomas son XXY o X0. (Adaptado de ISNA, 2015 y Brujula Intersexual, 2024).

La intersexualidad se refiere a variaciones naturales del cuerpo sexuado en el ser humano y puede estar presente en al menos 1 de cada 100 nacimientos (OHCHR, 2025).

Esta diversidad corporal en las características sexuales no representa un problema de salud. *"Sin embargo, algunas de estas variaciones corporales se pueden asociar a condiciones que requieren atención médica específica debido, por ejemplo, a desequilibrios metabólicos, los cuales no tienen relación con las características sexuales diversas"*. (Brujula Intersexual, 2024). Términos como "hermafroditismo" o "hermafrodita incompleto" actualmente son considerados incorrectos, imprecisos e incluso insultantes para la comunidad intersexual (OII, 2010).

No existe una única anatomía intersexual. Dentro de las causas conocidas de la intersexualidad se encuentran condiciones de salud como: Hiperplasia suprarrenal congénita, Síndrome de Klinefelter (XXY), Agenesia vaginal (Síndrome MRKH detectado en general en la adolescencia por ausencia de menstruación), Síndrome de Swyer (XY con características sexuales femeninas) y de Turner (cromosoma X incompleto).

Cabe mencionar que la intersexualidad en ocasiones es invisibilizada por distintos actores de la sociedad, existe un subregistro en el momento del nacimiento y suele ocultarse luego por las familias y equipos de salud. Esto se traduce en una permanente invisibilidad, no reconocimiento de derechos y vulneraciones a las que las personas intersexuales se han visto sometidas, lo que ha llevado a la necesaria promulgación de leyes que ofrezcan un marco de referencia para la acción y el ejercicio de derechos. Una revisión de alcance (scoping review) realizada recientemente que explora los derechos humanos de las personas intersexuales en América Latina y Europa, concluye que mientras Europa ha transitado un proceso de regionalización que se traduce en acciones parlamentarias, comisiones y tribunales, América Latina ha mostrado avances en materia de inclusión de personas intersex a través de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y los tribunales nacionales. Dicha investigación identifica fuentes jurídicas existentes sobre derechos humanos de las personas intersex que mencionan el ejercicio de sus derechos a la autodeterminación e identidad, a ser protegidas de tratos crueles y a su efectiva inclusión social para un ejercicio pleno de sus derechos. Asimismo, releva la existencia de disposiciones en Europa y América Latina que prohíben las cirugías a niños intersexuales y la violencia contra ellos (Mestre, 2022).

En Uruguay, la Ley Nº 19580 de Violencia hacia las Mujeres basada en Género dispone que el Ministerio de Salud Pública debe protocolizar las intervenciones de personas intersexuales, prohibiendo los procedimientos médicos innecesarios en niñas, niños y adolescentes. Esta reglamentación está aún pendiente.

Dentro de las recomendaciones para profesionales de la salud y familiares de personas intersexuales, se desaconseja intervenir quirúrgicamente los cuerpos de las personas con el fin de hacerlos "más normales", hasta que estas no tengan la edad suficiente para tomar las decisiones. Países de las Américas como Chile (2023) o México (2020) cuentan con normativa sobre esta temática. En el caso de México se plantea, por ejemplo, que *"En los casos de intersexualidad y/o variación en la diferenciación sexual en recién nacidos, independientemente de la ruta de atención se deberá asignar un sexo de*

nacimiento que garantice al menor el derecho a la personalidad jurídica; sin embargo, se debe enfatizar que en ningún caso esta asignación podrá usarse como justificación para forzar el consentimiento a realizar procedimientos médicos que alteren las características sexuales del/la niño/a" (Secretaría de Salud de México, 2020). La invitación es a entender a la asignación de sexo al momento del nacimiento, en estos casos y en todos, no como un destino estanco sino como una vía para garantizar el reconocimiento de derechos de las infancias, que deberán ser luego acompañadas en su desarrollo y la conformación de su identidad de género.

Género

Los primeros estudios vinculados a la masculinidad y feminidad en las culturas, provienen de la Antropología del siglo pasado. Posteriormente, en la década de 1950, los estudios de Stoller y Money con infancias intersex llevaron a la introducción de los conceptos de género y de identidad de género dado el peso atribuido a la crianza. No existe un único significado sobre "género", por el contrario, se asiste a múltiples y variadas perspectivas y reflexiones teóricas, epistemológicas y políticas englobadas en este concepto.

En los 60 los Estudios de la Mujer avanzaron en las reflexiones sobre la construcción de la feminidad y dieron paso a los Estudios de Género en los 70. En la década de los 80 se desarrollaron los Estudios de las Masculinidades, en tanto construcción social de un conjunto de atributos asociados al papel tradicional de la categoría *hombre* como por ejemplo de fuerza, valentía, virilidad, seguridad, etc. Posteriormente, la Teoría Queer, ya en los años 90, buscó desafiar los binarismos fuertemente arraigados de heterosexualidad/homosexualidad, masculino/femenino, natural/antinatural, normal/anormal, y planteó dilucidar cómo estos pares ganan legitimidad y poder para producir y mantener sistemas de privilegios corporales, sociales y políticos, así como formas de exclusión. Evidencia el posicionamiento de la heterosexualidad y cisgeneridad como normal y central, y lo abyecto de la homosexualidad y la cuestión trans, y cómo múltiples instituciones sirven al propósito más amplio de organizar el estatus y el sustento de la heterosexualidad y cisgeneridad. Si bien fue a partir de las luchas del feminismo que se desarrolló el campo de los estudios de género, eso no significa que sea un asunto de mujeres o que sólo afecte a las mujeres. Los mandatos de género traen consecuencias negativas para todas las personas y el concepto sólo puede ser entendido de manera relacional.

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

Joan Scott (1996) plantea que existen cuatro elementos interrelacionados que componen el género y que funcionan como una matriz de análisis de la realidad socio histórica:

- Los símbolos que se encuentran disponibles en una cultura y que son evocadores de representaciones múltiples y contradictorias.
- Los conceptos normativos, vinculados a doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales, políticas.
- Las instituciones y organizaciones sociales. Relacionado directamente con el elemento anterior, la Familia, los mercados laborales y sus organizaciones, el Estado, vehiculizan los conceptos normativos generizados.
- Las identidades subjetivas. Los procesos de construcción identitarios que definen a través de la reproducción cotidiana lo que debe de ser un hombre y una mujer, se relacionan directamente con los elementos previos, produciéndose a través de efectos múltiples.

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

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

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

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

La socialización de género es el proceso mediante el cual desde que nacemos, aprendemos en un continuo intercambio con el exterior a desempeñar el rol de género que nuestra cultura y nuestra sociedad nos asigna en función de nuestro sexo biológico y género asignado al nacer. El intercambio supone un rol activo de quien se está socializando. Por más fuertes que sean los mensajes y las prescripciones, el sujeto construirá su propia masculinidad, feminidad o no binariedad que podrá estar más cerca o más lejos del modelo hegemónico en función de su historia de vida.

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

Los roles de género suelen determinar e incidir en los modos de ser, sentir y actuar de todas las personas generizadas. Históricamente las mujeres han ocupado roles reproductivos asociados al mundo de lo privado y los varones roles productivos asociados al mundo de lo público. Este concepto es deseable pensarlo en diálogo con las normas de género que define cada cultura. Las normas de género impactan de forma notoria en todas las personas e instauran regímenes de control y vigilancia que se relacionan con los procesos de construcción, clasificación y jerarquización de cuerpos, sujetos e identidades, en articulación con varios marcadores sociales (Junqueira, 2013).

Los modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad son construidos socioculturalmente. Ninguna persona cumple tácitamente con todas las características de cada modelo; son teóricos, aproximaciones, que pueden ser más hacia un modelo hegemónico o alternativo dependiendo de cada persona. Estos modelos generan presión social a través de distintos mecanismos, algunos más sutiles, otros más evidentes, que procuran evitar que las personas se desvíen de lo esperado socialmente.

Los modelos hegemónicos de género abarcan formas y posiciones en las relaciones sexo afectivas, que privilegia los vínculos heterosexuales en detrimento de otras modalidades relacionales. En tal sentido, las personas LGBTIQ+ muchas veces son víctimas de discriminación, estigmatización y exclusión, por la rigidez que proponen estos modelos. No siempre son las orientaciones sexuales diversas de los sujetos lo que produce esas actitudes, sino la percepción externa de transgresión a las normas socialmente pautadas de comportamiento para hombres y mujeres (Ruiz, 2009).

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

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

Aclarando malentendidos

Existen algunos malos entendidos con respecto al uso del término género, que en la medida en que el concepto ha permeado los usos cotidianos del lenguaje a nivel social, es importante aclarar.

El género no es sinónimo de mujer. Como vimos, el concepto de género ha estado relacionado en sus orígenes, al campo de los estudios de la medicina y las ciencias sociales. Posteriormente, es incorporado por parte de los movimientos feministas como una categoría funcional a sus reivindicaciones y proyectos políticos de cambio. El devenir histórico del término llevó a que académicas feministas en la década de los 80 buscarán su legitimidad a través de la sustitución del término "mujeres" por el de "género" (Scott, 1996; Lamas, 1999). Sin embargo, no son términos intercambiables y los estudios sobre hombres y los procesos de socialización masculina configuran estudios de género.

El género no es sinónimo de feminismo. El movimiento feminista se caracteriza por su heterogenidad de posiciones políticas. Existen corrientes en el pensamiento del feminismo que se encuentran reñidas con la incorporación de la categoría de género a sus planteos, adhiriendo a una reivindicación de la diferencia sexual y de posturas de tipo esencialistas. Un ejemplo de ello, lo configuran las posiciones de movimientos internacionales y referentes académicos que entienden que las mujeres trans no pueden ser consideradas como sujetos políticos del feminismo y promueven su exclusión de este.

El género no es sinónimo de sexo. Esta es una confusión recurrente en la medida en que se ha popularizado el término género en las sociedades, llevando a usar ambos términos de manera intercambiable. Un ejemplo de ello es en formularios institucionales a ser completados, donde aparece la categoría "sexo" y las opciones son "masculino - femenino". Como vimos anteriormente, ambas nociones refieren a cuestiones diferentes si bien se encuentran interrelacionadas.

El género no es una ideología. Recientemente como consecuencia de sectores conservadores se ha impulsado una campaña a nivel internacional que busca hacer pasar

cualquier tipo de reivindicación en materia de igualdad de género y diversidad sexual como un tema de "ideología de género". Este es un término confuso, con una base eminentemente política y que hace parecer que los sectores sociales y académicos que promueven la agenda de temas de género y diversidad sexual son los únicos que tienen una determinada "ideología". Esto además de ser una falacia, implica negar un análisis primario y muy básico que se debe de hacer ante el estudio de cualquier fenómeno social, que implica comprender cómo afecta cierto problema de manera diferente a hombres y mujeres. De ahí que se afirme que el género es una categoría de análisis explicativa y en su expresión más simple, descriptiva.

Asimismo, el género nunca aparece en forma aislada, por lo cual resulta necesario comprender dicha categoría en interacción con otras, como ser edad, etnia, clase social, nacionalidad, orientación sexual, religión, lugar de residencia y otras variables generadoras de desigualdad. Es así como el concepto de interseccionalidad se vuelve fundamental para el entendimiento de las opresiones y violencias que sufren ciertos colectivos sociales.

Interseccionalidad

El término *interseccionalidad* fue propuesto por la abogada afroamericana Kimberlé Crenshaw en 1989 con el fin de visibilizar y explicar las violencias y discriminaciones que las mujeres negras sufrían en Estados Unidos por razones de raza y género. No obstante, sus orígenes pueden ser rastreados desde más de dos siglos atrás. Mara Viveros (2016) recoge la evidencia del pensamiento interseccional desde el siglo XVII a través de Olympia De Gouges en Francia, Sojourner Truth, una ex esclava, quien pronunció un discurso memorable denominado "Acaso no soy una mujer?" en la convención por los derechos de las mujeres en Ohio, en 1851, la emblemática Colectiva del Río Combahee en el siglo XX y más recientemente a través de activistas y académicas feministas como Patricia Hill Collins, Angela Davis, Gloria Anzaldúa, Bell Hooks, entre otras.

La categoría de interseccionalidad interpela la noción de discriminación doble o múltiple, en tanto esta no es una suma de desigualdades y vulnerabilidades como si hubiese elementos independientes definidos por categorías específicas, sino que cada una de estas interseccionan de forma diferente en cada situación personal y grupo social para evidenciar estructuras de poder que coexisten en el seno de la sociedad (Crenshaw, 1989).

Si bien en un principio Crenshaw (1991) acuñó la noción para dar cuenta de la intersección entre el racismo y el sexismo y comprender los efectos en la vida de las mujeres negras que la misma produce en términos de discriminación y violencia, la categoría se fue nutriendo de aportes teóricos que la volvieron útil para evidenciar otras formas de opresión sufridas por grupos sociales discriminados históricamente.

De esta forma, la interseccionalidad es un abordaje analítico que plantea, desde la psicología feminista y la teoría crítica de la raza, que no se puede entender el significado de género y sexualidad aislado de otras dimensiones estructurales de los individuos o los contextos sociales (Sabrá et al., 2014).

La perspectiva interseccional en tanto categoría de análisis permite interrogar acerca de la conexión entre los ejes de las diferentes variables presentes en las relaciones sociales, evidenciando el mapa de las opresiones estructurales.

De esta forma, la experiencia de eventos vitales de un hombre, heterosexual, blanco y de clase alta, será sustantivamente diferente a la de un hombre homosexual, afrodescendiente y de clase baja.

Diversidad

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

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

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

La perspectiva de reconocimiento a la diversidad como inherente a la experiencia humana “significa que todos somos aceptados como personas humanas, con igual poder

para participar en la vida social desde nuestras identidades y modos de vida diferentes" (D´Elia y Aingon, 2004, p.36).

Diversidad sexual

Sobre todo a partir de la década de los 70, la producción académica en torno a la diversidad sexual se intensificó. Los estudios de esa época definieron nuevos modos de pareja, familia y de relación y a hacer visibles las múltiples experiencias humanas no heterosexuales. Estos estudios surgen a partir del reconocimiento de las diferentes expresiones de la sexualidad, lejos de la concepción tradicional.

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

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

Existen al menos dos posturas acerca de quienes integran la diversidad sexual:

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

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

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

Diversidad de género

Desde una perspectiva de derechos y diversidad, el concepto diversidad de género es un intento de abarcar todas las formas de identidad y expresión de género (GATE, 2013). Un sistema de clasificación social que abarca nuevas formas de experienciar el género, entendidas ya como un espectro (Meadow, 2018). Pero todavía *"la normatividad es cómoda para quienes pueden habitarla"* (Ahmed, 2017, p. 226). Hay un grupo de personas disidentes que aún se mueven por territorios periféricos, que se encuentran al margen de la normatividad de género construida socioculturalmente en un contexto determinado. *"La cuestión es, entonces, saber, muy prácticamente, cómo llegar, no ya a expresarse o a soportar el mundo, sino a soportarse (a ser llevado) en el mundo"* (Martuccelli, 2007, p. 63).

Otros conceptos importantes para tener en cuenta:

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

Si bien podría presuponer que para este caso las prácticas con personas del mismo género fueran minoritarias, las investigaciones de Kinsey et. al. (1998; 2003) en su momento mostraron que en los márgenes de la campana se representan las personas que únicamente han llevado a cabo prácticas estrictamente hetero u homosexuales.

Minoría: Es un término utilizado para definir un grupo que está en situación de menor poder y es oprimido por otro "mayoritario". Si bien en su origen se utilizaba para denominar grupos poblacionales que eran numéricamente más pequeños que el mayoritario, luego su uso se extendió a poblaciones que, siendo parejas o incluso mayoría en una población, estaban en una situación de menor poder. Ese es el caso por ejemplo de la población indígena de Bolivia respecto a la población blanca de origen europeo que colonizó sus tierras. En la actualidad es una categoría en desuso, pero puede aparecer en algunas referencias. En el campo de las ciencias sociales, las personas cada vez más se inclinan por el término minorizado (por ejemplo, grupo minorizado).

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

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

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

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

La sigla LGBTIQ+ se ha ido modificando y se van incluyendo nuevos colectivos como forma de visibilizar la histórica opresión del orden sexual hegemónico.

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

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

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

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

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

Q: Queer - Proviene del inglés "extraño", refiere a una identidad sexual y de género que no se corresponde con las nociones tradicionales de sexualidad y género. Hay quienes lo entienden como un anglicismo y no lo utilizan ya que no se adapta a contextos locales.

+: Este signo busca recordar que la experiencia humana es inabarcable y la sexualidad es un continuo, por lo que siempre habrá lugar a nuevas formas de comprender y codificar el mundo. Entre ellas encontramos las personas pansexuales, asexuales, demisexuales y no binarias.

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

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

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

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

Orientaciones sexuales

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

Posicionarse desde esta clasificación implica basarse en el binomio de dos sexos: mujeres y varones. En las últimas décadas se ha ido profundizando cada vez más la conceptualización y aparecen nuevas categorías y clasificaciones para intentar dar cuenta de la complejidad humana, como por ejemplo la asexualidad, pansexualidad, demisexualidad, entre otras.

La **pansexualidad** etimológicamente deriva del griego, "pan" se traduce como "todos". Entonces, el termino pansexual se usa para describir el sentir atracción sexual y/o romántica por las personas sin importar su sexo o género. A alguien pansexual le atraen las cualidades de una persona (su manera de pensar, personalidad, valores, humor, belleza, entre otros atributos posibles.), más allá de su género o sexo (UNAM, 2022).

La **asexualidad** es definida como un modo de ser cuyo rasgo más significativo es la falta o el nulo deseo sexual (Alvarez, 2010). Conley-Fonda y Leisher (2018) de acuerdo a una revisión bibliográfica sobre el tema, plantean que la asexualidad, se puede definir como la falta o carencia de deseo o atracción sexual, es decir las personas asexuales nunca experimentaron este sentimiento. También van a sostener que hay diferentes rangos o modos de vivenciar la asexualidad, lo cual no implica necesariamente abstenerse completamente de tener prácticas sexuales (muchas personas asexuales mantienen prácticas con sus parejas u otros sujetos), sino que el centro está en cómo cada sujeto experimenta y significa sus propias prácticas afectivo-sexuales. Sin embargo, cada vez existen más discusiones teóricas al respecto. Se puede profundizar en la temática a partir de la lectura del trabajo de Gelpi y Suñol (2021), que de momento es uno de los pocos materiales producidos en nuestro país.

La **demisexualidad** hace referencia a las personas que de manera primordial o exclusiva sienten atracción sexual hacia alguien con quien se ha establecido previamente un vínculo afectivo o de interés no fundado *per se* en la condición sexogenérica de la persona. Esta forma de vinculación erótico-afectiva hace énfasis en la intimidad y conexión emocional previa como condición para la erotización y el contacto sexual propio de prácticas vinculares (UNAM, 2022).

La orientación sexual no es fija e inmutable, por el contrario, como concepto dinámico puede variar y modificarse en el tiempo. Es pertinente aclarar que las prácticas sexua-

les no definen la orientación sexual, dado que la orientación sexual da cuenta de procesos mucho más profundos. Así, por ejemplo, una persona puede autodefinirse como gay o lesbiana y nunca haber mantenido relaciones sexuales con varones o mujeres respectivamente. O una persona que siempre ha mantenido relaciones sexuales de tipo heterosexual puede tener prácticas homosexuales y no definirse como tal.

La orientación sexual no es una opción ni una elección, pues cuando se habla de opción implica un poder de decisión consciente y racional por parte de la persona. En cambio, estos procesos psico-sexuales y afectivos se configuran en un nivel inconsciente e irracional, ya que uno no puede decidir hacia quién se siente atraído o reorientar el deseo (López y Ferrari, 2008). Lo que sí opta la persona es por "salir del closet" o mantener su orientación sexual en secreto. Esa decisión estará condicionada por cómo percibe el ambiente cada sujeto, si es un ambiente favorable, amigable que no conlleva riesgos, o si por el contrario se muestra violentamente homofóbico o transfóbico no reconociendo los derechos de ese grupo. Un ejemplo práctico se da cuando una persona no manifiesta su orientación sexual por miedo a ser expulsada de su casa o perder el cariño de su familia. En los centros educativos por miedo a ser discriminada, y en el trabajo por miedo a ser despedida o no gozar de un ascenso. En algunas ocasiones, la expresión de la orientación sexual puede configurar riesgos importantes para la persona, inclusive haciendo peligrar su propia vida. De ahí que es fundamental respetar el proceso que cada persona lleva adelante para aceptar y negociar consigo misma y con su entorno su orientación sexual sin juzgar ni presionar para que "salga del closet" o para que se mantenga en él. Todo sería diferente si la diversidad sexual estuviese socialmente más aceptada y no nos rigiéramos por la norma heterosexual.

Historia de la homosexualidad

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

El término homosexual fue empleado por primera vez en 1869 por Kertbeny y Krafft-Ebing. Se popularizó con la difusión de su libro sobre patologías sexuales en 1886, desde allí, la homosexualidad se comenzó a tomar como un objeto de estudio, debate y análisis desde distintas disciplinas y enfoques. Según Giraldo (2001) el término gay proviene del catalán provenzal "gai" siendo usado desde el siglo XIII o XIV como sinónimo de homosexual. En cambio, otros autores afirman que la palabra gay es de origen inglés y significa "divertido", "alegre", surgiendo en los '70 en América del Norte, impul-

sada por un grupo de personas homosexuales que reivindicaban sus derechos. Escogieron esa palabra para opacar todos los adjetivos negativos que recaían sobre ellos y virar la mirada hacia un tinte más positivo, ya que en un comienzo la homosexualidad se asociaba a enfermedad, patología y perversión.

La psiquiatría como disciplina incidió fuertemente en el SXIX para que la homosexualidad femenina y masculina pasase de ser condenada socialmente a ser tratada médicamente, produciéndose lo que se conoce como medicalización de la homosexualidad. Esto llevó a la implementación de terapias y tratamientos que intentaban revertir los síntomas de esa "enfermedad", mostrándose ineficaces y totalmente violatorios de los derechos humanos (aunque esto no fue visualizado en su momento por quienes han realizado estas intervenciones en los diferentes momentos históricos). Algunos de esos métodos fueron el ingreso a "manicomios", aplicación de "electroshock", lobotomía, extirpación del clítoris, violaciones "correctivas" a lesbianas perpetradas por varones, y otras aberraciones conocidas bajo el nombre de "terapias de conversión". En algunos países y bajo diferentes regímenes políticos estas prácticas continúan vigentes, también por parte de profesionales al amparo de diferentes grupos religiosos que las promueven, incluso en las Américas. Contra las mismas se ha pronunciado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un documento de 2012 disponible en internet titulado *"'Curas' para una enfermedad que no existe"*. Más recientemente, la Organización de las Naciones Unidas, a través de uno de sus expertos independientes, se ha pronunciado al respecto en la publicación de una guía titulada *"Nada que curar"* (Madrigal-Borloz, 2020).

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

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

Historia de la lesbiandad

El término proviene de la Antigua Grecia, de la mano de la obra de Safo, poetisa de la isla de Lesbos. A pesar de que históricamente la homosexualidad femenina ha sido invisibilizada, hay antecedentes y registro de ella en las civilizaciones antiguas (Montiel, 2001). Se puede observar en la literatura norteamericana y de Europa occidental desde mitad del S XVIII la aceptación de la amistad romántica entre mujeres, lo que puede observarse específicamente en obras como "Las Bostonianas". Hacia finales del siglo XIX y principios del XX comienza a considerarse el "lesbianismo" como una enfermedad (básicamente de mujeres prostitutas) y como reprimenda se procedía a internarlas en "manicomios" o encarcelarlas junto a criminales, o bien se les aplicaban métodos como la extirpación del clítoris o la lobotomía.

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

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

Identidad y expresión de género

Identidad de género:

Se puede entender como el sentimiento psicológico de pertenecer e identificarse con un género. El hecho de sentirse varón, mujer o no binario y adherir a ciertas normas culturales relacionadas con un comportamiento más "femenino", "masculino" o "neutro/andrógino". Se trata de un proceso en permanente construcción y negociación. Desde una mirada psicoanalítica, por casuística, se diría que, la misma suele quedar configurada entre los 2 y 3 años de vida. Por lo cual el hecho de identificarse como varón, mujer o ninguno, preexiste al proceso de diferenciación sexual (COGAM, 2012). Más recientemente, diversos autores y autoras, han comenzado a referirse también a identidades de género cis, como antónimo de trans. Este término puede, entonces, usarse para nombrar a personas que se iden-

tifican como mujeres cis (aquellas que habiendo nacido "hembras" se autoidentifican como mujeres) y varones cis (aquellos que habiendo nacido "machos" se autoidentifican como varones). El hecho de que se nombre la existencia de personas cis y trans puede verse como una intención de que la identidad trans no se perciba como diferente a la "norma", como algo "patológico", sino como una identidad más dentro de las posibles. La experiencia de género cis y trans está atravesada por la tensión entre la normativización y la transgresión (Stryker, 2017).

Expresión de género:

Son los modos de expresar "masculinidad", "feminidad" o "no binariedad" en concordancia con las normas preestablecidas culturalmente en un determinado contexto sociohistórico. Esas formas de expresar la identificación personal con los géneros (manera de hablar, gesticular, caminar, moverse, sentarse, vestirse, uso de determinados accesorios, etc.) son reconocidas y aceptadas cuando coinciden con el patrón hombre-masculino y mujer-femenina. Por el contrario, cuando la concordancia esperable no es tal, o existe ambigüedad, es probable que se produzca rechazo y discriminación. De hecho, para sufrir discriminación, esta suele ser una categoría más potente que la orientación sexual.

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

Las personas pueden sentirse varones o mujeres en mayor o menor medida. Cuando la identificación personal con un género no coincide con el sexo biológico puede tratarse de una persona **trans** (que podrá o no autodefinirse de tal modo). Hasta hace unos años era frecuente diferenciar personas travestis, transexuales y transgénero. Actualmente se ha popularizado el uso del concepto "trans" como término paraguas.

Puede usarse para nombrar **mujeres trans** (o trans femeninas), cuando habiendo nacido con genitales correspondientes a la categoría de sexo biológico macho la persona se identifica como mujer, **varones trans** (también conocidos como trans masculinos), cuando habiendo nacido con genitales correspondientes a la categoría de sexo biológico hembra la persona se identifica como varón, o personas trans no binarias o género fluido.

En algunos artículos o documentos, también podrá encontrarse el término trans seguido de un asterisco. Para Radi (2019), Trans*, trans, transgénero, transexual y tra-

vesti no son términos equivalentes ni intercambiables. El asterisco funciona como una marca escritural de una diversidad irreductible. El autor señala que "las vivencias trans* son heterogéneas e interseccionales". El asterisco nace fruto de los intercambios en redes sociales *online*. No todas las personas tienen las mismas experiencias, no adquieren una conciencia de su identidad a la misma edad, no toman las mismas decisiones sobre sus vidas, no todas las fisuras o rupturas con las normas dominantes de género en la infancia o adolescencia implican una vida adulta trans*; ni tampoco conciben su cuerpo de la misma forma (Platero, 2014). Como señala Tompkins (2014), el uso de este también tiene limitaciones, ya que se refiere al lenguaje escrito pero no al oral; por otra parte, el debate sobre su uso ha tenido lugar especialmente en contextos anglosajones y europeos, sin la representación de personas trans de otras realidades. "Al mismo tiempo, puede ser interesante tener en cuenta que un asterisco puede ser un elemento en una lista, un pie de página y abre una serie de posibilidades complejas que manifiestan, una vez más, la necesidad continua de nombrarse más allá de las convenciones médicas y los marcos más conservadores" (Platero, 2014, p. 23).

Hoy en día, el concepto identidad de género, es centro de debate y discusión. Trans viene de tránsito, de transitar, marca un punto de partida y un punto de llegada, aunque el punto de llegada será distinto para cada sujeto. A su vez, la identidad de género, surge al mismo tiempo que las personas están en su infancia, aprendiendo a hablar y empezando a entender y nombrar el mundo que les rodea, por lo que es frecuente que algunos traten de expresar lo que les pasa prontamente. *"La identidad de una persona es más un proceso que un hecho aislado que aparece a cierta edad, como si fuera un hito del desarrollo"* (Ghosh, 2009, p. 3). *"Se debe aceptar que la identidad de una persona no sólo se refiere a sus genitales o lo que dice un documento, que es algo más complejo que asignar un sexo en el nacimiento fijándonos en esos genitales, sino que tiene que ver con cómo esa persona está y se presenta ante el mundo"* (Platero, 2014, p.49).

Persona **no binaria o no binarie** puede ser una identidad de género en sí misma (Vincent, 2020) o usarse como un término paraguas que refiere a personas que experimentan su género por fuera de la lógica binaria de mujer/varón (Coleman y col, 2022). En este caso, incluye a personas cuyo género está comprendido por más de una identidad de forma simultánea o en un determinado momento (ej.: bigénero), que no tienen una identidad de género (agénero), o que tienen identidades que combinan o mezclan elementos de otros géneros (ej: poligénero, demigénero) o bien tienen un género que cambia en el tiempo (género fluido) (Kuper y col., 2014; Richards y col., 2016; Richards y col., 2017; Vincent, 2019). Las personas no binarias pueden usar pronombres masculinos, femeninos o neutros (elle).

Existe un término específico para describir la acción de referirnos a una persona con pronombres, nombres o expresiones que no se ajustan a su identidad de género: es lo que se conoce como "malgenerización" o *misgendering* (en inglés), y una de sus formas más habituales se cristaliza cuando asumimos cuál es el género de una persona sim-

plemente por su apariencia. La malgenerización en distintos ámbitos en gran medida existe porque la sociedad da por sentado que todas las personas son cis, o saca conclusiones en base a la expresión de género de las personas. Ya sea por un comentario accidental o una acción intencionada, la malgenerización es algo a lo que se enfrentan casi cotidianamente las personas trans y no binarias y configura una vulneración al derecho a la identidad (Gelpi, 2024).

En tal sentido, también existe el término en inglés *passing*, que por lo general se usa en ese idioma (por ejemplo, decir que alguien "logra el *passing*") y puede traducirse al español como "pasar por". Se refiere a cuando una persona trans es percibida como cisgénero. Este término se desarrollará más en el capítulo de infancias y adolescencias.

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

Historia de la transexualidad

A principios del SXX emergen nuevas categorías para diferenciar la orientación sexual de la identidad de género. El encargado de realizar este aporte fue Magnus Hirschfeld. Este médico y sexólogo judío alemán desarrolló la teoría de los estadíos intermedios. En 1910, publicó un ensayo llamado *"Die Transvestiten"*. En 1919 abrió el Institut für Sexualwissenschaft (Instituto para el estudio de la sexualidad) en Berlín. Magnus Hirschfeld fue el primero en utilizar la palabra "transexualismo", identificando las categorías clínicas que su colega Harry Benjamin desarrollaría más tarde en EEUU (Bullough, 1975). En la clínica, que funcionó hasta ser destruida por el régimen nazi en 1933, se ofrecían diversos servicios endocrinológicos y quirúrgicos a personas trans, incluyendo las primeras cirugías de reconstrucción genital. Posteriormente, en 1954, Harry Benjamin acaba popularizando el concepto transexual y más adelante, en 1966, definió los primerios criterios diagnósticos de la transexualidad en su obra *"The Transsexual Phenomenon"*. En los años 50, 60 y 70 comienzan a funcionar las primeras unidades médicas para la realización de cirugías en Estados Unidos. En 1979 se edita el primer protocolo oficial para el tratamiento de la "reasignación de género": los *Standards of Care Gender Identity Disorders* (SOC). Allí se especificaba que quien debía diagnosticar la condición transexual era un psiquiatra ya que se trataba de un trastorno mental (Diamond et al., 2024) En esta línea, la transexualidad es clasificada por primera vez en el DSM de la APA en el año 1980 bajo la etiqueta de trastorno de transexualidad. Una década más tarde, ingresa en la ICD de la OMS. En 1994, en el DSM IV, aparecen los llamados trastornos de la identidad de género. En el año 2013, la publicación del DSM-V, presenta un nuevo concepto, el de *Disforia de Género*, indicando que para que una trasgresión de género pueda considerarse una entidad diagnóstica, esta se debe cursar de forma obligatoria con disforia. Finalmente, en el año 2018, se publica el CIE-

11, que deja de considerar las diversas identidades de género como un trastorno en sí mismo, pasando a denominar este suceso como *Incongruencia de Género* (Missé, 2019; Stryker, 2017).

Principales estereotipos sobre la diversidad sexual y de género

Suelen circular en la sociedad distintos estereotipos, prejuicios y mitos que atentan contra el colectivo LGBTIQ+ y refuerzan las discriminaciones en los distintos ámbitos en los que estas personas circulan en su vida cotidiana. Es necesario problematizarlos, porque esas imágenes y representaciones de "personas diversas" solo generan más violencia y vulnerabilidad social. También impactan de forma negativa en la práctica clínica, ya que muchas veces se realizan abordajes desde el prejuicio y estereotipos que nada tienen que ver con la persona que consulta por su salud. Eso genera diagnósticos, orientaciones e indicaciones erróneas. A continuación se presentan una serie de estereotipos que suelen emplearse con las personas LGBTIQ+, esta lista fue adaptada de la que aparece en la guía didáctica sobre educación y diversidad sexual (2014).

Estereotipos

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

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

Bisexuales: "Son gays o lesbianas reprimidas", "Están confundidos", "Son viciosos, les gusta todo", "No se definen", "Son perversos y manipuladores", "Jamás van a poder formar una familia, son infieles".

Personas trans: "No saben quiénes son ni lo que quieren", "Nacieron en un cuerpo equivocado", "Son personas agresivas y maleducadas", "Todas las personas trans son homosexuales", "Son personas histéricas", "Les gusta prostituirse", "Seguro las violaron en la infancia", "Están disfrazadas", "Les gusta llamar la atención", "Están enfermas".

Personas con identidades no binarias: "están confundidas o indecisas", "buscan llamar la atención o tener protagonismo", "siempre su expresión es ambigua o andrógina", "es una fase que se les va a pasar, es una etapa, un intento de rebeldía", "son identidades falsas inexistentes, no válidas".

La salida del Closet

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

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

Los estudios de la diversidad sexo-genérica y posteriormente la sociedad, adoptaron el concepto anglosajón de *"in the closet"* y *"coming out"* para su uso corriente. Traducido al castellano, sería "estar en el armario/ropero" y "salir" de él. El primero de ellos, hace referencia a la oculta, secreta y silenciada homosexualidad/bisexualidad/transgeneridad/no binariedad/intersexualidad de una persona, la cual aún para su entorno no es visible. El segundo concepto, hace referencia a hacer pública esa disidencia y asumirla. Se eligió intencionalmente la palabra armario, a modo de criticar a la sociedad, que intenta desde sus dispositivos mantener bajo control, encerrados y aislados en el closet a las personas LGBTIQ+.

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

> La comunicación no tiene por qué implicar todos los espacios sociales en los que la persona está inserta: se lo puede haber dicho a amigos, pero no a su familia, puede haberlo compartido con un docente, pero no aún con sus amigos (Sempol, 2014a, p. 23).

En cuanto a lo singular de cada persona, hay que señalar que cada uno tiene sus tiempos personales y que depende de las situaciones a las que se haya enfrentado, se esté

enfrentando y se tenga que enfrentar. Se puede acompañar ese transitar pero sin ejercer presiones de ningún tipo. Hay similitudes compartidas por casi la totalidad de personas LGBTIQ+ en relación al closet y su salida, por ejemplo, los sentimientos de incomprensión, vergüenza, autorechazo, desconocimiento, incertidumbre, entre otros sentimientos/emociones.

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

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

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

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

Desde el siglo XIX hasta la segunda década del siglo XX hubo varios intentos de organización de grupos de personas homosexuales en Europa y Estados Unidos. En occidente, desde fines de los 60 y comienzos de la década de los 70, varias organizaciones fueron surgiendo en distintos países para defender los derechos de las personas LGBTIQ+, con la excepción de América Latina (que en gran parte estaba atravesando procesos dictatoriales). Estas asociaciones, organizaciones y grupos tienen como meta luchar en el ámbito político, legal y social, contra toda forma de discriminación por causa de la orientación sexual, identidad y/o expresión de género. Quienes tuvieron la iniciativa fueron activistas de los Estados Unidos, incluso, la primera marcha del orgullo lésbico-gay se realizó en New York, el 28 de junio de 1970. A partir de allí, comenzaron paulatinamente a realizarse marchas en las grandes ciudades del mundo en esa fecha.

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

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

En los últimos años el movimiento de la diversidad sexual y de género de Uruguay ha cooperado en conjunto con otras organizaciones sociales como feministas, afrodescendientes, de personas trabajadoras y estudiantes, para luchar contra las injusticias, discriminaciones y situaciones de desigualdad. Para un mejor acercamiento a la historia del movimiento de la diversidad sexual en Uruguay sugerimos la lectura del libro "De los baños a la calle" de Diego Sempol (2013).

Violencia homo/lesbo/bi/transfóbica o violencia de género basada en la orientación sexual, identidad de género y/o expresión de género

La violencia y/o acoso por orientación sexual, identidad y/o expresión de género puede ser ejercido por personas, grupos o instituciones. Va desde sutiles expresiones y mensajes - que responden a formas de violencia simbólica - hasta graves actos discriminatorios con altos niveles de violencia física, que ponen en riesgo la integridad e incluso la vida de personas LGBTIQ+.

Esas acciones pueden incluir:

- Violencia física
- Violencia psicológica (burlas, insultos, amenazas, ridiculizaciones, apodos ofensivos, amenaza con sacar del closet a la persona ("outing"), etc)
- Violencia social (aislamiento y exclusión)
- Violencia sexual (acoso callejero, tocamientos sin consentimiento, intentos de abuso sexual, abusos consumados, etc.)
- Violencia patrimonial (en relaciones afectivas es el controlar lo que la otra persona puede gastar o no darle dinero suficiente para las necesidades básicas del mantenimiento del hogar; en caso que sea en los centros educativos puede ser: rotura de materiales, robo de merienda, robo de objetos, extorsiones monetarias, etc.)
- Violencia institucional (ejercida por el funcionariado perteneciente a una determinada institución - pública o privada - que tenga por fin impedir u obstaculizar el acceso a derechos o políticas públicas de la población LGBTIQ+).
- Violencia simbólica (a través de representaciones, imágenes, símbolos estereotipados y basados en prejuicios que incrementan la inferiorización y discriminación de los colectivos de la diversidad sexual).

La LGBTIQfobia está en el origen de estos actos violentos. Se pueden definir estas manifestaciones de la siguiente manera:

Homofobia: Pichardo et al (2007) la definen como una actitud hostil que concibe y señala la orientación homosexual como contraria, inferior o anormal y a las personas que la practican como pecadoras, enfermas, malas, delincuentes, criminales o desequilibradas, llegando incluso a despojarlas de su condición de seres humanos (p.41). A su vez, según Junqueira (2013) "es un fenómeno social relacionado a los preconceptos, la discriminación y la violencia contra cualquier sujeto, expresiones y estilos de vida que indiquen transgresión o discordancia con relación a las normas de género, la matriz heterosexual y la heteronormatividad" (p. 484). Actualmente, hay discusiones teóricas sobre los límites de esta categoría y un sector de la academia que se posiciona a favor del concepto **homoodio** y lo distingue de lo que tiene que ver con discursos y/o prácticas sustentadas en la **homoignorancia**.

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

Bifobia: Lleva implícita la idea de que todas las personas deben situarse en uno de los dos extremos tradicionales del continuo heterosexual-homosexual y las que no lo hacen van a ser consideradas viciosas, en transición o, quizás, personas homosexuales que no se reconocen como tales, sin permitir la posibilidad de que una persona exprese atracción sexual tanto por hombres como por mujeres (Generelo, 2012).

Transfobia: Aversión, rechazo o temor a personas trans o a sus manifestaciones., quizá porque roza lo que parece ser el tabú más grande de todos: la transgresión de los roles de género y de lo socialmente establecido en cuanto a la identidad de género (Generelo, 2012). Al igual que en el caso de homoignorancia, se utiliza los términos **transodio** y **transignorancia**.

Plumofobia: Se trata de un tipo específico de homofobia que permite a las personas homosexuales tener relaciones con personas de su mismo sexo pero no realizar roles que no se corresponden con su género asignado al nacer. Este tipo de homofobia se materializa en aquellas actitudes que aceptan que una persona sea homosexual "pero que no se le note". Es decir, esa persona será respetada en la medida que sea un hombre gay con características masculinas o una mujer lesbiana con características femeninas (Pichardo et al, 2007).

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

Estos hechos y procesos incluyen no solo a la(s) persona(s) agresora(s) y a la persona agredida, sino también a los espectadores, que desde el silencio y la no intervención cooperan con la reproducción de la situación de violencia y/o acoso. Para los espectadores ser testigos de esos actos les sirve como conducta ejemplificante, ya que les muestra lo que les podría suceder en caso de que sean como "ellos". Estas situaciones suelen acontecer en el comienzo de la adolescencia, aunque depende de muchos factores, hay quienes se enfrentan a ese tipo de violencia desde su niñez, otras en la vida adulta y algunas durante toda la vida. La violencia genera efectos en la esfera de lo bio-psico-social en todas las personas que intervienen en su círculo (Ruiz, 2009).

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

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

Meyer (2003) describe bajo el término "estrés de las minorías" a la experiencia vital estresante que supone ser LGBTIQ+, que incluye discriminación, expectativas de rechazo, ocultamiento y/o vergüenza, homofobia internalizada y un proceso de enfrentamiento de estos. Según la autora, la vivencia de estigma, prejuicio y discriminación crearían un ambiente hostil y estresante, que facilitaría la aparición de problemas psicológicos. El sentimiento de soledad es particularmente importante para las personas LGBTIQ+.

Por ejemplo, si se discrimina a alguien por causa de su etnia, religión, desde su familia encontrarán un apoyo y sostén, en cambio, por lo general, las personas LGBTIQ+ son muchas veces las únicas en sus familias, que en varias ocasiones desconocen u otras veces rechazan su orientación sexual/identidad de género. Es por eso que, sobre todo en edades tempranas, la discriminación es sufrida en silencio y sin un respaldo familiar, lo que refuerza ese estrés que puede tender a hacerse crónicos.

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

A nivel familiar:

- No aceptar la orientación sexual/identidad/expresión de género de un integrante
- Humillación constante por este motivo
- Ser expulsado/a/e del hogar
- Rechazar amigos LGBTIQ+ de algún integrante del núcleo (especialmente personas hijas)
- Someter a una persona a un tratamiento psicológico por causa de su orientación sexual o identidad de género

A nivel comunitario:

- Insultos en la vía pública
- Brutales golpizas
- Negación de admisión en distintos lugares de esparcimiento
- Violaciones a personas LGBTIQ+
- Crímenes de odio/prejuicio a personas por causa de la orientación sexual y/o identidad de género

A nivel educativo:

- No respetar el nombre social y los pronombres elegidos por la persona
- No permitir que estudiantes que se identifican como trans, hagan uso de baños y otras instalaciones de acuerdo a su identidad de género o que vistan ropas que no correspondan a su sexo asignado al nacer
- Someter a una persona a dinámicas de bullying o acoso escolar LGBTIQfóbico
- Tener un trato diferencial dependiendo la orientación sexual o identidad de género de la persona estudiante
- Otros casos comprendidos dentro del apartado de tipos de violencia

A nivel sanitario:

- Emitir juicios de valor con una mirada patologizante hacia las personas LGBTIQ+
- No nombrar a las personas ni asignar habitación, sector o camas de acuerdo a la identidad de género sentida
- Brindar una atención heterociscentrada

Referencias bibliográficas

Ahmed, Sara (2017). La política cultural de las emociones. CIEG.

Alvarez, L. (2010). La identidad "asexual". *Gazeta de Antropología*, 26 (2), 1-18.

Alventosa Del Río, J. (2008). *Discriminación por orientación sexual e identidad de género en el derecho español*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Basilio Muñoz, C. (1996). *Uruguay homosexual: Culturas, minorías y discriminación desde una sociología de la homosexualidad*. Montevideo: Trilce.

Bonder, G. (1998). Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente. En: Género y Epistemologías: *Mujeres y Disciplinas*. Programa Interdisciplinario de Género PIEG. Santiago: Universidad de Chile.

Bullough, V. L. (1975). Transsexualism in history. Archives of Sexual Behavior, 4(5), 561–571. doi:10.1007/bf01542134

Castillo Robles, C. (Coord.) (2003). El proceso de diferenciación sexual. *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Careaga, G. (2001). *La diversidad sexual. Un reto pendiente*. D.F.: PUEG_UNAM.

Cobo, R. (2005). Globalización y nuevas servidumbres de las mujeres. Mujeres en Red. *El periódico Feminista*, 1-17.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., y col (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. International Journal of Transgender Health, 23(sup1), S1-S259.

Conley-Fonda, B. y Leisher, T. (2018). Asexuality: Sexual Health Does Not Require Sex. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 25 (1), 6-11.

Cornejo, J. (2010). Jóvenes en la encrucijada. *Última década*, 18(32), 173-189.

Crenshaw, Kimberlé W. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. Stanford Law Review, 43 (6), pp. 1.241-1.299. Traducido por: Raquel (Lucas) Platero y Javier SáezCrenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, *1989*(1), 139-167. Recuperado de https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf

Diamond, D., Hines, L., Osinski, T., & Rabinowitz, R. (2024). HF01-20 Elmer Belt, Harry Benjamin and the urologic origins of american transgender surgery. Journal of Urology, 211(5S), e286.

De Barbieri, T. (1995). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. *Estudios de Derechos Humanos IV*. San José: Ed. IIDH.

D Elia, Y. y Aingon, T. (2004). *La equidad en el Desarrollo Humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad*. Documento para la discusión, Informe sobre desarrollo humano en Venezuela. Caracas: Ed. Torino.

Ezhova, I, Savidge, L, Bonnett, C., Cassidy, J. Okwuokei, A, Dickinson, T. (2020). Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review,International Journal of Nursing Studies, Volume 107, https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103566.

Fernández, A.M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Figari, C. (2012). Discursos sobre sexualidad. *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Facultad de Derecho y Ciencias sociales de la Universidad Nacional de Córdoba.

Fonseca, C. y Quintero, M.L. (2009). La teoría queer. La de-construcción de las sexualidades periféricas. *Revista Sociológica*, *69*(3), 43-60.

Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad. Tomo I. La voluntad del saber*. D.F.: Siglo XXI.

Gelpi, G. (2024). Gestos de hospitalidad hacia la diversidad de género. Relato de una experiencia en Enseñanza Media en Montevideo (Uruguay). *Revista de la Escuela de Ciencias de la Educación*, *2*(19), 87–106.

Gelpi, Gonzalo Iván & Montes de Oca, Diego (2020). Heteronormatividad institucional en Enseñanza Media: La percepción de los adolescentes de Montevideo. Athenea Digital, 20(3), e2593. https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2593

Gelpi, G. y Suñol, N. (2021). Reflexiones acerca de la asexualidad a partir de dos experiencias clínicas en el CRAm. *RELIES: Revista Del Laboratorio Iberoamericano Para El Estudio Sociohistórico De Las Sexualidades*, (5), 99–119.

Generelo, J. (Coord.) (2012). *Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB*. Madrid: FELGTB – COGAM.

Giraldo, C. (2001). *Esclavos Sodomitas en Cartagena colonial. Hablando del pecado nefando*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Gómez, A. (Coord.) (2007). El "bullying" y otras formas de violencia adolescente. *Cuadernos de medicina forense*, 13 (49), 165-177.

Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre la manipulación de la identidad deteriorada*. Río de Janeiro: LTC.

Güida, C., Ramos, V. y Vitale, A. (2006). Conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. *Proyecto: Género y Generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I*. Montevideo: Trilce.

Inter, L. (2024) Folleto: Intersexualidad. Guía para madres y padres. 2da edición. Recuperado de: https://brujulaintersexual.org/2024/04/03/intersexualidad-guia-madres-padres/

Intersex Society of North America. http://www.isna.org. Último acceso: 7 de octubre de 2015.

Junqueira, R. D. (2013). Pedagogia do armário. A normatividade em ação. *Revista Retratos da Escola*, *7*(13), 481-498.Kinsey, A. C., Pomeroy, W. R., & Martin, C. E. (2003). Sexual behavior in the human male. American journal of public health, 93(6), 894-898.Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1998). Sexual behavior in the human female. Indiana University Press.

Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. Journal of Homosexuality, 61(5), 714–731. https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443.

Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Valencia*: Ediciones Cátedra.

Lamas, M. (2022). Marta Lamas: dimensiones de la diferencia. Género y política : antología esencial. CLACSO. https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2022/05/Marta-Lamas.pdf

Lamas, M. (2002). *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. D.F.: Taurus.

Lamas, M., (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población* , *5* (21), 147-178.

López Gómez, A. (2001): López Gómez, A. "Sexualidad: Acción Educativo – Social, Género y Derechos". En: 4to. Encuentro Nacional de Educadores. Las Prácticas Educativo – Sociales con niños, niñas y adolescentes en la vida cotidiana. Edita Centro de Formación y Estudios del INAME – UNICEF. Montevideo.

López Amurrio, E. (Coord.) (2013). *Homofobia en las aulas 2013. ¿Educamos en la diversidad afectivo sexual?*. Madrid: COGAM.

López, P. y Ferrari, F. (2008). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad*. Montevideo: Gurises Unidos.

López, A. (Coord.) (2005). *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995 - 2004*. Montevideo: Facultad de Psicología – UNFPA.

Madrigal-Borloz, V. (2020). *Nada Que Curar. Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG*. Ciudad de México: UNODC.

Malinowski, B. (1971). *La vida sexual de los salvajes del Noroeste de la Melanesia: descripción etnográfica de las relaciones eróticas y conyugales y de la vida de la familia entre los indígenas de las Trobiand (Nueva Guinea Británica*). Madrid: Ediciones Morata.

Martínez, A. y Bolla, L. (2020). Psicoanálisis y feminismos: hitos polémico-productivos de un vínculo ambivalente. *Descentrada*, *4*(1), e098. https://doi.org/10.24215/25457284e098

Martuccelli, Danilo (2007). Gramáticas del individuo. Losada.Meadow, Tey (2018). Transkids. Being Gendered in the Twenty-First Century. University or California Press.

Mestre, Y. (2022). The Human Rights Situation of Intersex People: An Analysis of Europe and Latin America. *Social Sciences*, *11*(7), 317. https://doi.org/10.3390/socsci11070317

Mérida, R. (2002). *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria.

Meyer, I. (2003).Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), pp. 674-697.

MIDES (2014). *Educación y diversidad sexual. Guía didáctica*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay.

Ministerio de Salud de Chile (2023) Circular Nº 15 Instruye a equipos de salud a adpotar todas las medidas necesarias para asegurar el interés superior de niños, niñas y adolescentes con variaciones de las características sexuales. Recuperado de: https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2023/11/Circular-No-15-Intersex.pdf

Missé, M. (2019). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Barcelona: Editorial Egales.

Montiel, M. (2001). *Desde Lesbos con amor: Homosexualidad femenina en la antigüedad*. Madrid: Ediciones clásicas.

OHCHCR (2025) Intersex people. OHCHR and the human rights of LGBTI people. United Nations Human Righiths Office of the High Commissioner. Recuperado de: https://www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people

OII (2010) The Terminology of Intersex. Organisation Internationale des Intersexués. Recuperado de: https://oiiinternational.com/2602/terminology-intersex/

OPS/OMS (17 de mayo de 2017) "Curas" para una enfermedad que no existe. Recuperado de: "Curas" para una enfermedad que no existe - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Comunicado de prensa]

Parelló, V. (2006). *Historia natural de la transexualidad*. Valencia: Periférics edicions.

Pichardo, J.I.; Molinuelo, B.; Rodríguez, P.O.; Martín, N. y Romero, M. (2007). *Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria). Ayuntamientos de Coslada y San Bartolomé de Tirajana*, Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales. Madrid: FELGTB.

Radi, B. (2019). Políticas del conocimiento: hacia una epistemologíatrans*. En López, Mariano Los mil pequeños sexos. Intervencionescríticas sobre políticas de género y sexualidades. Sáenz Peña(Argentina): EDUNTREF.

Radi, B. (2020). Reproductive injustice, trans rights, and eugenics. Sexual and Reproductive Health Matters, 28(1). https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1824318

Rich, A. (1996): "Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana". DUODA Revista d'Estudis Feministes N° 10. Recuperado de:www.raco.cat/index.php/DUODA/article/download/62008/90505

Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). Genderqueer and non-binary genders. Palgrave MacMillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2.

Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. International Review of Psychiatry, 28(1), 95–102. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446.

Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad. En: C. S. Vance (Comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Ed. Revolución. Recuperado de https://museo-etnografico.com/pdf/puntodefuga/150121gaylerubin.pdf

Ruiz, S. (2009). *Diversidad sexual en las aulas. Evitar el bullying o acoso homofóbico*. Badajoz: Cuadernos Plural.

Sabrá, L., Katz-Wise, S., y Hyde, J. S. (2014). Sexuality and Gender: The interplay. En: D. L. Tolman y L. M. Diamond (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology* (Vol. 1: Person-based approaches, pp. 29-62). Washington D. C.: APA.

Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, 265-302, D.F: PUEG_UNAM.

Scuro, L. (2008). *Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay*. Montevideo: PNUD.

Secretaría de Salud de México (2020) Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicio sde atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y Guias de Atención Específicas. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558167/Versi_n_15_DE_JUNIO_2020_Protocolo_Comunidad_LGBTTI_DT_Versi_n_V_20.pdf

Sempol, D. (Coord.) (2014a). *De silencios y otras violencias. Políticas públicas, regulaciones discriminatorias y diversidad sexual*. Montevideo: MIDES.

Sempol, D. (Coord.) (2014b). *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones*. Montevideo: MIDES.

Sempol, D. (2012). *Políticas Públicas y diversidad sexual. Hablando de Derechos/DESC+A*. Charlas de formación en Derechos Humanos. Montevideo: MIDES.

Stryker, S. (2017). *Historia de lo trans.* Madrid: Continta Me Tienes.

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (2022). *Glosario de las diversidades sexo-genéricas. LBGTIQ+*. Ciudad de México: UNAM.

Uruguay (2017). Ley n.º 19580 de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género. Modificación a Disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la Ley 17514. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017/12

Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: The validation of non-binary people. International Journal of Transgenderism, 20(2-3), 132–137. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075. International Journal of Transgender Health S241

Vincent, B. (2020). Non-binary genders: Navigating communities, identities, and healthcare. Policy Press.

Viveros Vigoya, M. (2016). *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación . Debate feminista*, 52, 1-17.https://doi.org/10/j.d.2016.09.005

Wacke, A. (1990). Del hermafroditismo a la transexualidad. *Anuario de Derecho Civil*, 43(3), 711-776.

Weeks, J. (1998). *La invención de la sexualidad*. D.F.: PUEG-UNAM.

Capítulo 2
Normativas y políticas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual

Florencia Forrisi[6], Gonzalo Gelpi[7] y Romina Mauros[8]

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

Estas normativas reconocieron a las personas LGBTIQ+, equiparándolas en derechos con el resto de la población en algunos aspectos, y buscaron combatir la histórica desigualdad, discriminación y desprotección hacia ese colectivo. Hasta entonces, las personas LGBTIQ+ tenían un ejercicio de la ciudadanía restringido por las leyes que estaban vigentes, por lo que las medidas y reformas sucesivas procuraron acercarse a un ejercicio pleno. Para el desarrollo de la llamada "agenda de derechos"[9], fue definitorio el papel que desempeñaron distintas personas, organizaciones, colectivos, grupos e instituciones que lucharon en las diferentes arenas políticas para concretar los avances.

6 Colectivo Ovejas Negras / Ministerio de Salud Pública.

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

8 Colectivo Ovejas Negras. *Revisión y aportes en la edición 2025.*
Se agradecen las contribuciones de la Dra. Michelle Suarez (Colectivo Ovejas Negras) y el Dr. Santiago Pérez (Administración de Servicios de Salud del Estado) en la primera edición, y la revisión y aportes de la Dra. Carolina Grogal (DIGESA - MSP) en la segunda edición.

9 Referencia a la agenda común impulsada desde el movimiento social que abarca tres Leyes históricas para nuestro país: Interrupción Voluntaria del Embarazo, Matrimonio Igualitario y Regulación y control de Cannabis, aprobadas por el Parlamento uruguayo en el período de gobierno comprendido entre 2010 - 2015.

Las normativas específicas de diversidad sexual contienen los siguientes objetivos:

1a. Garantizar a través de un cuerpo de normas y políticas públicas la protección y efectivo cumplimiento de los derechos humanos de estos sectores vulnerados.

1b. Establecer un mecanismo de protección y reparación para esta población en caso de que sus derechos sean vulnerados.

2a. Favorecer y generar condiciones que permitan el ejercicio de sus derechos a través de programas que informen a toda la ciudadanía, articulando los mismos con acciones gubernamentales relativas a la temática.

2b. Sensibilizar y capacitar a los y las profesionales y operadores desde una perspectiva de género y derechos, fomentando la incorporación de una comunicación libre de estigmas y prejuicios, evitando así sesgos que limiten el acceso a una atención respetuosa, confidencial y de calidad (Suárez, 2012, p.12).

Perspectiva de derechos

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

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

Características de los Derechos Humanos

Innatos	Se nace con estos derechos, a diferencia de otros que pueden o no adquirirse.
Universales	Por definición, existen para todas las personas sin exclusiones de ningún tipo. Si no están garantizados, es porque no se cumplen, porque existe una omisión.
Irreversibles y progresivos	Los Derechos Humanos no son revocables, cualquier suspensión formal de los mismos implica una vulneración del marco normativo nacional e internacional. Se consideran en constante expansión, por esto son progresivos, significa que siempre deben aplicarse las normas que más garanticen los derechos de las personas, no importando su origen o jerarquía.
Obligatorios	Imponen a las personas y al Estado deberes concretos, y la obligación de respetarlos, aunque no haya una ley que los establezca.
Indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables	Los derechos humanos no se pueden separar, todos son esenciales y necesarios para la dignidad de las personas. Están conectados y se refuerzan entre sí, teniendo el mismo valor, por lo que deben defenderse por igual. Esta interrelación es particularmente relevante en el ámbito de la salud, ya que la falta de acceso de un derecho básico compromete no sólo la salud de una persona o comunidad, sino la forma en la que se relaciona con el sistema de salud.
Inalienables	No se pueden ceder ni transferir, no pueden ser objeto de transacción.
Imprescriptibles	No caducan con el tiempo, no se pierden jamás.

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

Normativas nacionales

En este apartado se presentan todas las normativas nacionales que refieren a la diversidad sexual, aprobadas por el Estado uruguayo en los últimos años. El punteo hace foco en los aspectos que se consideran relevantes para el área de la salud y de ninguna manera busca ser exhaustivo.

> **Ley Nº 17817 (2004) Lucha contra el racismo, la xenofobia y toda forma de discriminación**

- Primera norma en reconocer la diversidad sexual.
- Aborda la discriminación solo desde el ámbito penal -» aplicación limitada.
- Creación de la Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda forma de Discriminación (2007).

Es la primera que incluye una referencia a la diversidad sexual en Uruguay. A pesar de sus buenas intenciones, cuenta con limitaciones ya que sólo propone una respuesta en el ámbito penal, e incluso hasta hoy en día no ha habido procesamientos haciendo uso de esta herramienta. Por eso, desde los movimientos sociales se piensa que es un escrito que amerita reformulación.

Esta norma define la discriminación como:

Toda distinción, exclusión, restricción, preferencia o ejercicio de violencia física o moral, basada en motivos de raza, color de piel, religión, origen nacional o étnico, discapacidad, aspecto estético, género, orientación e identidad sexual, que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra de la vida pública (Ley Nº 17817, 2004).

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

Vinculada a esta norma, en Uruguay se creó a través de la **Ley Nº 18446 (2008), la Institución Nacional de DDHH Y Defensoría del Pueblo** (INDDHH), que comenzó a funcionar en junio del 2012. En una sistematización realizada en el año 2013, los datos arrojan que el segundo motivo de denuncia es por orientación sexual e identidad de género con un 19,2 %. Dentro de las dependencias estatales más denunciadas en el período 2007 - 2013 se encuentra, en primer lugar, con un 44%, los espacios educativos. Las dependencias de la salud ocupan el tercer lugar con un 8% (INDDH, 2013). Más recientemente, en sus informes anuales han dado cuenta de haber tramitado diversas denuncias por discriminación, en particular en relación con las dificultades en la implementación de la Ley Integral Trans, vinculadas al derecho a la educación, int egridad física, no discriminación y acceso al derecho a la identidad (INDDHH, 2022).

Ley Nº 18246 (2007) Unión concubinaria

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

Esta ley en ningún aspecto sustituye a la de matrimonio igualitario. El principal aporte es que otorga garantías a personas que establecieron un vínculo por más de cinco años. Pasado este tiempo, si hay una ruptura del vínculo o muerte de una de las partes, las partes o el superviviente pueden exigir los derechos sobre bienes, seguridad social, herencia, etc. La unión puede legitimarse antes o de forma retroactiva. Para declararse en unión concubinaria tendrá que comprobarse el vínculo ante la justicia, con las correspondientes pruebas solicitadas, que incluyen entre otros requisitos la exclusividad o sea afirmar (y en caso que así se solicite, probar) que fue un vínculo monogámico durante ese tiempo.

> Ley Nº 18590 (2009) de Modificaciones al Código de la Niñez y la Adolescencia

Pueden adoptar:

- Personas mayores de 25 años, independientemente de su estado civil.
- Parejas en unión matrimonial o concubinaria formalizada.
- En casos de unión concubinaria, la persona integrante de la pareja que no tenga vínculo legal con la o las personas NNA hija/s de su pareja.

Como señala Suárez (2014), podrán ser adoptadas las personas menores de 18 años que no pueden convivir con su familia de origen, aunque mantengan contacto en algún caso. *"La adopción deberá ser promovida ante el Juzgado Letrado de Familia del domicilio del adoptante. Se seguirá el procedimiento voluntario (implica que no existe una contraparte que litigue), notificándose al INAU"* (Suárez, 2014. p.76). En 2020, la Ley de urgente consideración N° 19889, modificó esto último, contemplando la adopción por vía judicial en aquellas personas niños, niñas y adolescentes que están ya integradas a una familia de acogida, sin necesidad de informe favorable del Instituto de la Niñez y Adolescencia del Uruguay (INAU).

En Uruguay ya existía desde hace años la adopción por parte de una sola persona adulta, no así la adopción por parte de una pareja del mismo sexo como tal, que existe desde la promulgación de esta ley gracias al antecedente de la aprobación un año antes de la unión concubinaria.

> **Ley N° 18620 (2009) Derecho a la Identidad de Género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios**

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

Este derecho incluye el de ser identificado de forma que se reconozca plenamente la identidad de género propia y la consonancia entre esta identidad y el nombre y sexo señalado en los documentos identificatorios de la persona, sean las actas del Registro de Estado Civil, los documentos de identidad, electorales, de viaje u otros (Ley N° 18620, 2009).

Se destaca de esta ley que fue pionera al no requerir que la persona haya pasado por un proceso de hormonización o intervención quirúrgica para iniciar el proceso, algo que la diferencia de la de otros países como España. Como desventaja, este trámite recién se podía gestionar personalmente a partir de los 18 años (mayoría de edad), lo que constituyó una limitante ya que en la adolescencia es donde se comienzan a producir las mayores exclusiones sociales. Si bien se mantuvo en la lista de leyes nacionales para respetar la cronología del avance en derechos, **es de destacar que esta ley fue derogada al entrar en vigencia la Ley Integral para Personas Trans.**

> Ley Nº 18426 (2008) Derecho a la Salud Sexual y Salud Reproductiva y Decreto 293 (2010) que la reglamenta

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

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

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

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

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

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

> Ley Nº 19075 (2013) Matrimonio Igualitario

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

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

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

Este escrito prevé que solo las parejas del mismo sexo que hayan contraído matrimonio pueden decidir que apellido será el primero que llevarán sus hijos, no así las pa-

rejas heterosexuales que, salvo que expresen previamente que desean que el primer apellido sea el de la mujer, seguirán portando el apellido del padre.

> Ley Nº 19167 (2013) Reproducción humana asistida

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

Cabe destacar que la ley no contempla posibilidades para parejas de varones, como podría ser la gestación subrogada. La negación de la inclusión de los varones fue por la polémica vinculada a la subrogación de vientre y la posibilidad de que mediara la entrega de dinero proceso. En esta acción se podrían vulnerar los derechos de la mujer gestante y de hecho está explícitamente prohibida.

La información sobre cómo acceder a esta nueva prestación se incluye en el capítulo referido a la atención de mujeres lesbianas y bisexuales. También se discute en ese apartado con respecto al aspecto de la filiación en casos de hijos e hijas de parejas de mujeres producto de estas técnicas, o de adopción en parejas LGBTIQ+. En este sentido, se recomienda planificar una instancia de asesoramiento sobre los aspectos legales cuando personas LGBTIQ+ plantean este tema en consulta.

> Ley Nº 19580 (2017) Violencia basada en género

El Artículo 22º / Inciso J prohíbe los procedimientos médicos innecesarios en niñas, niños y adolescentes intersex. El decreto reglamentario de la ley encomienda al Ministerio de Salud Pública a protocolizar las intervenciones que se lleven adelante. De esta forma Uruguay recoge los reclamos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización de Estados Americanos (OEA) en documentos de 2012, 2013 y 2015 que se citan en la bibliografía. La reglamentación a 2025 sigue pendiente.

> Ley Nº 19529 (2017) Salud Mental

En su Artículo 4 plantea el principio de no discriminación y establece que en ningún caso podrá establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la orientación sexual (OS) e identidad de género (IG). Esto tiene que ver con la noción de que la OS y la IG no son “factores” sobre los que ni la persona ni el

personal de salud puedan intervenir. Hacerlo, legitima una visión patológica y podría estar habilitando prácticas nocivas (Forrisi, 2022). En este sentido se alinea con el paradigma de la despatologización de las identidades y en contra de los Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad y Expresión de Género ya mencionadas en el capítulo de Lenguaje Común y que se amplía en el capítulo de Salud Mental.

> Ley Nº 19684 (2018) Integral para personas trans

Plantea estrategias de promoción educativa, laboral y cultural en formato de acción afirmativa para esta población, modifica la forma de acceder al cambio de nombre y sexo registral (pasa de ser un fallo judicial a un trámite administrativo) e incluye el reconocimiento y la reparación ante la violencia institucional hacia mujeres trans en la última dictadura y años posteriores.

En lo que refiere al ámbito de la salud, es importante conocer que sigue vigente, al igual que con la ley de 2009, la identidad de género como derecho de la persona que incluye ser llamada por su nombre elegido. El sistema de salud puede brindar asesoramiento en lo relativo al cambio de nombre, orientando a su población usuaria respecto a la realización del trámite, que se inicia en el Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay (gub.uy) bajo el título *"Identidad y género: cambio de nombre y sexo registral"*. Aquí se encuentra también la descripción paso a paso del trámite.

A continuación, se destacan aspectos de la ley que repercuten directamente en el sector salud:

- Prohíbe la discriminación en el ámbito de la salud y la segregación de la población LGBTIQ+ en los servicios.
- Plantea que la atención y acompañamiento en procesos de transición debe darse en cada prestador público y privado del sistema y debe instrumentarse *"desde el primer nivel de atención, integrada al resto del sistema, garantizando seguimiento longitudinal y estableciendo adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia"*.
- Incluye las intervenciones de afirmación de género dentro de las prestaciones obligatorias que deben ser brindadas por la institución (pública o privada) a la que la persona esté afiliada.
- Mandata al Ministerio de Salud a ejercer el contralor general respecto a la prestación de servicios y en específico a la Junta Nacional de Salud a controlar que las instituciones brinden las prestaciones establecidas en la ley.

Mediante su decreto reglamentario de 2019 incluye procedimientos e intervenciones dentro del plan integral de prestaciones y divide los mismos según dónde se prestará el servicio. A saber:

En el prestador de la persona:

- Tratamientos hormonales a personas trans según normativa vigente.
- Mastectomía plástica.
- Mastoplastia de aumento (incluye colocación y prótesis).
- Orquiectectomia.
- Histerectomía más anexectomía.
- Terapéutica de voz.

En un servicio especializado (con la adecuada referencia y contrarreferencia con el prestador de la persona):

- Penectomía y orquiectomía, acortamiento uretral, vaginoplastia, vulvoplastia y clitoroplastia.
- Vaginectomía, vulvectomía, alargamiento uretral, faloplastia, escrotoplastia, inclusión de implantes testiculares y peneanos (faloplastia)

> Decreto del Poder Ejecutivo - Ministerio de Salud Pública N° 337/2020 (2020).

Hasta el año 2020 se encontraba vigente por medio del decreto N° 81/999 (1999) el Reglamento Técnico de Medicina Transfusional, un documento regional que definía entre otros temas las personas habilitadas a donar sangre. El reglamento, que en su momento rigió para todo el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), inhabilitaba permanentemente para donar a las *"Personas con conductas de alto riesgo para el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. A saber: Los hombres que hayan tenido relaciones sexuales con otro hombre"* (B.1.2.7.3 Literal A). Esta prohibición se basaba en la noción de "grupo de riesgo", una asociación estigmatizante entre orientación sexual y prácticas sexuales sin preservativo que afecta en particular a varones gays y bisexuales entre otros.

Desde la sociedad civil, el Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Facultad de Medicina (UdelaR) e inclusive el Parlamento Nacional se alzaron voces durante años reclamando que la distinción suponía una discriminación y solicitando la modificación de este reglamento. Finalmente, el mismo quedó sin efecto por Decreto del Poder Ejecutivo - Ministerio de Salud Pública N° 337/2020. Es de destacar que desde la sociedad civil aún se siguen recibiendo denuncias de discriminación a donantes por su orientación sexual en hemocentros de distintos puntos del país.

Decretos reglamentarios / complementarios y trámites oficiales

A continuación, se mencionan otras normativas y trámites que se consideran de interés:

- Decreto 293/010 (2010) – Reglamenta la Ley Nº 18426 (SSyR): prestaciones y acceso en el SNIS.
- Decreto 311/014 (2014) – Reglamenta aspectos de la Ley Nº 19167 (TRHA, baja complejidad).
- Decreto 84/015 (2015) – Reglamenta la Ley Nº 19167 (TRHA, alta complejidad).
- Decreto 46/017 (2017) – Modifica el 84/015 (límites y criterios de cobertura FNR, entre otros).
- Decreto 104/019 (2019) – Reglamenta la Ley Nº 19684 (Ley Trans).
- Trámite oficial de cambio de nombre y sexo registral (portal GUB.UY) – Implementa Ley 19684
- Sistema único de denuncias a instituciones de salud (portal GUB.UY) – Implementa Decreto N° 001-3-2908-2019. Trámite que permite que un usuario mantenga con su prestador de salud una instancia de denuncia, agradecimiento, o sugerencia de mejoras, mediante un procedimiento completamente digital bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública.

Políticas nacionales

A continuación, se presentan, según la dependencia de origen, algunas políticas nacionales y acciones afirmativas que refieren a la diversidad sexual, aprobadas por el Estado uruguayo en las últimas décadas.

> Ministerio de Salud Pública (MSP)

El derecho a la salud es un derecho humano (DDHH) fundamental. En Uruguay, la **Ley Nº 18211 del "Sistema Nacional Integrado de Salud" (2007)** establece que de su protección y pleno ejercicio debe responsabilizarse el Estado. En tanto, la **Ley Nº 18335 (2008) de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud** establece el derecho a recibir tratamiento igualitario y libre de cualquier tipo de discriminación *"ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica."*

En el marco de la aprobación de la Ley N° 18426 (2008) de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva (SSySR), en el año 2009 el MSP publicó una serie de guías en SSySR que contiene un capítulo específico de diversidad sexual (MSP, 2009). Fue un producto del trabajo conjunto entre organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales del nivel departamental y nacional. Surgió como una propuesta desde la Mesa de Trabajo de Diversidad Sexual de la Intendencia de Montevideo (IM).

La guía fue un primer intento para transformar el modelo heterocentrado de atención en salud sexual y reproductiva, el cual dificulta el acceso de la población LGBTIQ+ al sistema de salud. Se encuentra disponible en el sitio web del Ministerio de Salud Pública y sus principales recomendaciones son descritas en el Capítulo Promoción de salud de este manual. Este capítulo Posterior a esto, en los años siguientes se generaron desde el MSP otras normativas e instancias de capacitación de los profesionales, funcionarios y personal para mejorar la atención específica y eliminar las distintas barreras asociadas al estigma y discriminación. Desde su conformación en 2010, participó, del proyecto Centros de Salud Libres de Homofobia (CSLH) llevado a cabo como una iniciativa del Colectivo Ovejas Negras en conjunto con el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina, Universidad de la República (UdelaR) con apoyo de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) Metropolitana de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La sistematización se encuentra disponible en la bibliografía (UNFPA, 2015)

En 2014 el MSP incluyó a las mujeres lesbianas y bisexuales en los lineamientos de acceso del Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Reproducción Asistida, de acuerdo con la Ley de Reproducción Asistida aprobada en 2013 (MSP, 2014). Entre 2015 y 2019 incorporó al Área de Reproducción Asistida a una asesoría en salud y diversidad sexual. En este contexto, se publicó con aportes del MSP la primera edición de la presente guía en 2015 y la Guía Clínica para hormonización en personas trans en 2016 (López y col. 2015 y MSP, 2016a, ver citas en la bibliografía). Asimismo, se incorporaron lineamientos específicos acerca de población LGBTIQ+ en otros materiales como la Guía para la atención integral de la salud de Adolescentes (MSP, 2017), la Guía Nacional de Vacunación en situaciones especiales (2018a), las Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual (MSP, 2016b, 2018b, 2019, 2022 y 2023), las Pautas para la atención integral de personas que ejercen el trabajo sexual (2019) y el Plan Nacional de Salud Mental 2020 - 2027 (2020).

> Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

Tal como se menciona en el apartado anterior, participó desde el origen del proyecto CSLH, inaugurando en 2012 el primer “Centro de Salud Libre de Homofobia” en el Centro de Salud de la Ciudad Vieja. El trabajo llevado a cabo en este servicio dio

el puntapié inicial para la elaboración nacional de pautas de atención, formación de recursos humanos y gestión de servicios con perspectiva de diversidad sexual. En el marco de este Proyecto y en los años siguientes se trabajó también en la Unidad Docente Asistencial (UDA, convenio con UdelaR) Salvador Allende en Barros Blancos (Canelones), con Iniciativas Sanitarias en el Centro Hospitalario Pereira Rosell (CHPR) y llevando adelante instancias de formación por parte del Colectivo Ovejas Negras en diversos servicios de ASSE, incluyendo al Centro Nacional de Afiliaciones. En este marco, desde 2012 hasta principios de 2020 ASSE fue el primer prestador de salud en ofrecer a su población usuaria el cambio de nombre en sus registros internos aunque no tuvieran aún el cambio de nombre registral (que era posible sólo por resolución judicial según la ley de 2009).

En 2014 se llevó a cabo la inclusión de la atención a personas trans en la UDA Saint Bois ASSE - UdelaR en Montevideo, en 2015 se incluyó la hormonización a personas trans dentro de las prestaciones en ASSE y se inició la coordinación con el segundo nivel de atención para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas de afirmación de género en su población usuaria. De la experiencia en la UDA se obtuvieron insumos para el abordaje quirúrgico y el tratamiento hormonal en personas trans que aportaron a las guías de 2015 y 2016 del MSP ya mencionadas.

Desde 2017 el seguimiento de población usuaria inicialmente captada por Saint Bois continuó en otros efectores de RAP a nivel nacional, entre ellos el Centro de Salud Sayago, la Policlínica Barrio 33 en Rocha, la Policlínica Chaplín en Paysandú y desde 2020 la Policlínica Entre Todos Barros Blancos, en coordinación con UDA Canelones al Este. Entre 2019 y 2020 ASSE realizó formaciones internas a su funcionariado y en 2021 inició desde la Dirección de niñez y adolescencia una estrategia de abordaje para apoyo a los equipos de salud del norte y oeste del país.

> Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

El MIDES diseñó y puso en funcionamiento a partir de Octubre del 2012 una política inclusiva para población trans, extendiendo los beneficios de la Tarjeta Uruguay Social (TUS) a esta población. Fue una medida reparadora ante tantas vulneraciones que ha padecido la población trans, que por años fue totalmente omitida por parte del Estado, incluyendo al propio Ministerio que en los primeros años de funcionamiento excluía a las mujeres trans de la posibilidad de acceder a las prestaciones sociales por considerarlas “hombres solteros”.

La TUS es una prestación económica básica, pero mediante esta se logra vincular a la población trans al sistema de protección social. *“La solicitud de la tarjeta abre la posibilidad de derivar a las personas interesadas en el cambio de nombre al Programa Identidad del MIDES y al Programa Uruguay Trabaja, entre otros”* (Consejo Nacional de Políticas So-

ciales, 2014, p.159). Más allá de brindar esta prestación universal a las personas trans, el registro de las solicitudes permitió al MIDES generar una base de datos sobre población trans en todo el país que habilita luego el trabajo en territorio. Es importante recalcar que esta prestación es una acción afirmativa que al momento le corresponde al 100% de las personas trans del Uruguay, más allá de su situación socio-económica, pretendiendo combatir así las históricas desigualdades de las que han sido víctimas.

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

> Banco de Previsión Social (BPS)

Desde el año 2013 las personas que expresan estar en pareja con otra de su mismo género desde hace dos años o más pueden declararse en unión de hecho y serán destinatarias de los beneficios sociales que otorga el Banco de Previsión Social sin requerir ningún trámite externo. Por ejemplo, si un miembro de la pareja está desempleado el otro puede extender su cobertura de salud mediante el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

> Intendencia de Montevideo:

Desde principios de los años 2000, mucho antes que se sancionara la Ley de unión concubinaria la Intendencia de Montevideo otorga a sus empleado/as LGBTIQ+ partidas por estar en pareja (hogar constituido) con otra persona aunque sea una pareja de hecho. No es requisito excluyente el haber contraído matrimonio o haberse declarado en unión concubinaria. Desde 2005 apoya la realización de la marcha por la diversidad en Montevideo, y la promoción de septiembre como mes de la diversidad sexual, sistematizando una agenda de actividades en ese marco realizadas por diversas organizaciones e instituciones de la capital. Habilitó desde 2014 un cupo para personas trans en el Programa de Barrido Otoñal como una política de inclusión socio- laboral, incluso antes de aprobada la Ley Integral Trans.
En lo referente al sector salud, dio lugar a la conformación del equipo de trabajo que elaboró la primera guía en diversidad sexual publicada por el Ministerio de Salud (MSP, 2009, op. cit.) e inició el proceso de sensibilización en la temática de diversidad sexual participando desde las etapas iniciales del Proyecto CSLH. En 2017 realizó una formación interna a policlínicas del Servicio de Atención a la Salud (SAS) y ese mismo año las Policlínicas Municipales se integraron a la red de Montevideo Arcoíris (IM, UNFPA, 2017). En 2022 inauguró un servicio en convenio con el Cram (UdelaR) para el acompañamiento integral a infancias y adolescencias trans y no binarias usuarias de ASSE en dos de sus Policlínicas (La Teja y Parque Bellán), y ese mismo año inició la compra de

hormonas para poder dispensar tratamiento en personas trans, incluyendo dentro de su vademecum al undecanoato de testosterona de aplicación trimestral, poniéndose a la vanguardia de prestadores de salud tanto públicos como privados en nuestro país.

> **Universidad de la República:**

En los últimos 15 años las disciplinas del área salud de la UdelaR han ido teniendo diferente grado de avance en lo que hace a la incorporación de la temática de diversidad sexual en la currícula de cada carrera. Desde 2013 en conjunto con el Colectivo Ovejas Negras, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, ASSE y el MSP se impulsó el Curso Salud y Diversidad Sexual desde el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina y el Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología. Recientemente se ha incorporado también la Escuela de Parteras. El curso funciona como una materia optativa interservicio dirigida a pregrados de carreras del área de la salud y como un curso de formación permanente destinado a una diversidad de integrantes de equipos de salud. Desde su primera edición lleva cerca de 1.200 personas egresadas, abarcando a una gran diversidad de roles y disciplinas en servicios de salud públicos y privados de todo el país. Los contenidos de la presente guía surgen de ese curso que en 2025 llegó a las 13 ediciones y participó junto al Colectivo Ovejas Negras, el UNFPA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la elaboración del Curso Virtual en el Campus de Salud Pública de la OPS.

Nota sobre las familias diversas y prácticas de discriminación institucional

Si bien fueron mencionadas una amplia variedad de leyes que regulan el derecho a la identidad y los vínculos familiares de las personas LGBTIQ+, es de destacar algunas salvedades que se dan en el ejercicio concreto de esos derechos.

El derecho a la filiación jurídica de niños, niñas y adolescentes con dos madres o dos padres está limitado ya que se enmarca en la Ley de Matrimonio Igualitario, y en la práctica existen barreras para su reconocimiento en el Registro Civil. Por una práctica propia de la institución, sólo se habilita a registrar a ambas madres o padres si existe una unión matrimonial y esta se dio con anterioridad al momento del nacimiento o adopción. En caso de que la pareja no esté casada, contrario a lo que sucede en casos de parejas cis heterosexuales con independencia de su capacidad reproductiva (que en ningún momento se exige que certifiquen ante esta dependencia del Ministerio de Educación y Cultura), no habilita a registrar a ambas madres o padres en las partidas de nacimiento. Tampoco permite hacer un registro tardío en la libreta matrimonial en el momento del casamiento. Cabe mencionar que en al menos un caso que tomó estado público una pareja de mujeres que no estaba casada accedió a que el Registro Civil emitiera la partida en la que figuran ambas madres por disposición judicial ante la interposición por parte de ellas de un recurso de amparo.

Si bien la Ley Integral Trans avanza en mejorar la accesibilidad al reconocimiento del derecho a la identidad de género de las personas trans en Uruguay, existen aún barreras para el proceso. Para obtener el cambio es necesario tener una entrevista previa con la Comisión Asesora Honoraria de Cambio de Identidad y Género, que tiene competencia para verificar el cumplimiento de los requisitos reglamentarios exigidos. Desde mediados de 2024 existen demoras en la ejecución de estas entrevistas por problemas propios de la comisión, que han significado el enlentecimiento del acceso a cambio de nombre para muchas personas. Adicionalmente, para menores de 18 años la reglamentación establece que:

> "Cuando se tratare de persona menor de edad, la solicitud deberá ser firmada por los representantes legales, bastando para ello la anuencia de uno de los mismos. En caso de no contar con la anuencia de los mismos, deberá cumplirse con lo dispuesto en el artículo 6° inciso último. En el caso de las personas menores de 13 años, que cuenten con la anuencia de sus representantes legales, se deberá acreditar la existencia de un proceso acompañado por profesionales idóneos".

No obstante, en los últimos años se ha rechazado solicitudes de menores de 13 años con firma de ambos padres y constancia de acompañamiento profesional por decisión únicamente de la Comisión, algo que excede sus competencias establecidas por ley.

Marco normativo internacional vigente

Es conveniente contar con información actualizada sobre las normativas internacionales vigentes que respaldan el accionar de los actores en el ámbito nacional, saber a dónde se puede acudir, en qué problemáticas se centran los debates internacionales, cuáles se omiten, quienes han respaldado históricamente estas luchas, quienes han sido detractores, si siguen o no la misma línea o lógica del marco nacional. Sirve para contextualizar, para valorar lo que se ha hecho y pensar en lo que resta por hacer.

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

El primer antecedente a mencionar es la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** de 1948, la cual en su Art. 1 sentencia: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros". Además, en los artículos 2 y 7 se

establece el principio de no discriminación, aunque las menciones a la discriminación específica por orientación sexual e identidad de género son muy posteriores y no figuran en este documento.

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

La ONU (2009) expresa que:

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

(...)

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

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

La **Declaración Universal de los Derechos del Niño** (1959) y la **Convención sobre los Derechos del Niño** (1989), plantean una nueva definición de la infancia basada en los derechos humanos. Estos instrumentos legales representan importantes hitos históricos en la garantía y promoción de los derechos. La Convención sobre los Derechos del Niño fue el primer instrumento internacional que modificó una perspectiva tutelar. Su entrada en vigor implicó profundas transformaciones jurídicas y sociales en la forma en la cual las personas adultas y las instituciones se relacionan con las personas menores de edad (Pavan, 2019). Cabe destacar que a nivel nacional la Convención fue ratificada en 1990 y sienta las bases para la sanción del Código de la Niñez y la Adolescencia en el año 2004 (Ley Nº 17823). Algunos aspectos relevantes son:

- Que todas las medidas respecto de la persona niña deben estar basadas en la consideración de su interés superior.
- Corresponde al Estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando las y los progenitores o personas responsables no están en condiciones de hacerlo.
- La persona niña tiene derecho a expresar su opinión y a que ésta se tenga en cuenta en todos los asuntos que le afectan.
- Se instala la noción de **autonomía progresiva**.
- Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las personas niñas (UNICEF, 2006).

La *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes* (MSP, 2017) expresa que:

Es fundamental considerar el significado de la *autonomía progresiva* (art. Nº8 CNA), como proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos.

Son características de este proceso:

- Adquisición paulatina.
- Capacidad de formarse un juicio propio: habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin que nadie le obligue o manipule.
- Capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles: manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes.

Luego se celebraría la **Declaración Universal sobre los Derechos sexuales**, que se dio en junio de 1997 en Valencia y terminó siendo uno de los documentos oficiales para la elaboración en el año 2000 de un nuevo documento sobre Salud Sexual hecho por un comité de expertos de la OMS. Algunos de los apartados se basan en La Conferencia del Cairo (1994). En esta Declaración se toma a la sexualidad como parte integral de la

personalidad de los humanos, reconoce la dimensión del deseo, la necesidad del contacto, de la intimidad, de la ternura y el amor para un desarrollo integral de la misma. El bienestar de la sexualidad afectará, en parte, el proceso salud- enfermedad de una persona, entendiéndose que la salud sexual debe ser un derecho humano básico.

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

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

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

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

Posteriormente en el 2006 tuvo lugar la **Declaración de Noruega** respaldada por 54 Estados (entre ellos Uruguay). En esta declaración se deja asentado que existían violaciones de los DDHH por motivos de orientación sexual e identidad de género,

atentándose contra los principios de universalidad y no discriminación. Hasta ese momento había sido la Declaración más respaldada de la ONU sobre temas referidos a la Diversidad Sexual. La OCI volvió a mostrarse en desacuerdo con algunos puntos, pero fue una oposición algo más mesurada. Esta instancia se complementa con la **Declaración de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) sobre orientación sexual, identidad de género y DDHH**, promovida por 19 organizaciones y apoyada por otras 60 organizaciones de 70 países, entre ellos Uruguay. Se presentaron documentaciones que daban cuenta de situaciones de pena de muerte, tortura, sanciones penales, agresiones, desapariciones, clausuras de ONG, discriminación en la educación, empleo y salud, acceso a la vivienda, etc. a personas LGBTIQ+.

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

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

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

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

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

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

Acuerdos regionales

Consenso de Montevideo (2013)

Fue aprobado por representantes de 38 países nucleados en la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reunidos en la Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe realizada en Uruguay en 2013. Se trata de un acuerdo intergubernamental que da seguimiento regional al Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Constituye un instrumento progresista e integral porque incorpora elementos trascendentes para la implementación de políticas que garanticen el pleno ejercicio de los derechos humanos en temáticas tan relevantes como la salud sexual y reproductiva. (CEPAL, 2018). En lo que respecta a salud y diversidad sexual incluye en dos de sus puntos:

> 36. Desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación.
>
> 37. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad (...) y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos.

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

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

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

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

Recomendaciones planteadas por el documento

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

Salud y reconocimiento de derechos

Este capítulo buscó exponer el estado de situación en materia legal de la población LGBTIQ+. El avance legal de un país nunca es sustantivo sin integrantes de equipos de salud que actúen como promotores de derechos. Muchas veces, incluso sin intencionalidad expresa, se terminan reproduciendo lógicas de exclusión que coartan los derechos conquistados. Es un momento crítico porque se encuentra un resurgimiento de la agenda anti derechos de la población LGBTIQ+. Si se reconstruye el recorrido histórico de los avances internacionales se puede ver que, en un comienzo, cuando se definió el principio de no discriminación se invisibilizaron las causas por orientación sexual e identidad de género. Luego se hablaría de inclinación sexual, posteriormente solo de orientación sexual, después se añadirá la identidad de género, más tarde la expresión de género, para finalmente visibilizar a las personas intersex hablando además de características sexuales.

Es por esto que en documentos internacionales se hace referencia a SOGIESC que recoge las siglas en inglés de todos los términos (*Sexual Orientation*, *Gender Identity*, *Gender Expression and Sex Characteristics*). Esta evolución da cuenta de los cambios que se fueron produciendo a medida que pasaban los años y se actualizaban las teorizaciones. Esos avances, se consagraron gracias a actores de la sociedad civil, ONG, asociaciones, movimientos de distinta índole, políticos, artistas, académicos que, a pesar de provenir de distintos campos disciplinares, aunaron esfuerzos en la lucha por el reconocimiento de las personas LGTBIQ+ como sujetos de derecho con ciudadanía plena.

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

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

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

Referencias Bibliográficas

Alto Comisionado de Naciones Unidas (2012). *Nacidos Libres e Iguales.*

Alventosa Del Río, J. (2008). *Discriminación por orientación sexual e identidad de género en el derecho español*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Consejo Nacional de Políticas Sociales. (2014*). De la equidad hacia la igualdad. Las políticas sociales del gobierno nacional en el período 2010-2014*. Montevideo: Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2015) Violencia contra personas LGBTI

Gatica Garicoits, S. (2010). Ley 18.620 sobre identidad de género: Alcance de la rectificación de partida por cambio de sexo. *Revista Uruguaya de Derecho de Familia*, 22(6), 241-256.

INDDHH (2013). *Primer informe anual*. Naciones Unidas Derechos Humanos.

INDDHH (2022) *Informe Anual a la Asamblea General*. Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

Intendencia de Montevideo y UNFPA (2017) *Policlínicas inclusivas.* Diversidad sexual y de género en salud, atención libre de discrminiación a personas que viven con VIH: la experiencia de la Intendencia de Montevideo.

Forrisi, F. (2022). Enfermería y diversidad sexual: Un enfoque desde la teoría transcultural de Madeleine Leininger. Revista Uruguaya de Enfermería (En línea), 17(2).

López, P. y Ferrari, F. (2008). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad*. Montevideo: Gurises Unidos.

López, P., Forrisi, F., Gelpi, G. (coords.) (2015) *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales.* Montevideo, Uruguay : Udelar, Colectivo Ovejas Negras, ASSE, MSP, UNFPA.

Mercado, C. y Valente, X. (2010). *El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes.* Cuadernos del CENDES, 27(4), 51-80.

Ministerio de Salud Pública (2023) *Guía de recomendaciones de tratamiento antirretroviral.* Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2022) *Guía nacional para el abordaje de las hepatitis B y C en los distintos niveles de atención. Parte 2. Tratamiento de las hepatitis B y C. Poblaciones especiales.* Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2020) *Plan Nacional de Salud Mental 2020 - 2027*. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2019) *Pautas para la atención integral de personas que ejercen el trabajo sexual.* Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2018a) *Guía de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual.* Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2018b) *Vacunación en situaciones especiales*. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2017) *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes.* MSP, OPS, UNFPA. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2016a) *Guía clínica para la hormonización en personas trans.* Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2016b) *Pautas de Atención a personas con VIH en el primer nivel de atención.* Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2014). *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de reproducción asistida*. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Diversidad sexual.* Uruguay

ONU. (2009). *Orientación sexual e identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos.* Santiago de Chile: ONU Oficina Regional.

ONU. (2006). *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género.* Nueva York: ONU.

ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño.* Resolución 44/25 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. 20 de Noviembre de 1989. Recuperado de: https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx.

ONU (1959). *Declaración de los Derechos del Niño.* Resolución 1386 (XIV) de la Asamblea General de las Naciones Unidas. 20 de noviembre de 1959.

Pavan, V. (2019). *Niñez trans. Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad.* Los Polvorines: Ediciones UNGS.

UNFPA (2015) *Sistematización del proyecto: Centros de Salud Libres de Homofobia - Experiencia piloto.* MSP, RAP - ASSE, Udelar, Colectivo Ovejas Negras, UNFPA.

Relator Especial para el Alto Comisionado de Naciones Unidas sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2013) *Informe A/HRC/22/53*, Asamblea General de Naciones Unidas.

Sempol, D. (Coord.) (2014). *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones.* Montevideo: MIDES.

Sempol, D. (Coord.) (2014). *De silencios y otras violencias. Políticas públicas, regulaciones discriminatorias y diversidad sexual.* Montevideo: MIDES.

Suárez, M. (2012). *Hacia una igualdad sustantiva. Realidades y perspectivas de la normativa vigente para la inclusión social de la diversidad sexual.* Montevideo: MYSU.

Capítulo 3
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos desde un enfoque de Diversidad Sexual

Primera parte: Promoción de salud en población LGBTIQ+

Alicia Sosa[10], Karina Roselli[11], Florencia Forrisi[12] y Néstor Rodríguez[13]

En este apartado se presentan generalidades de la organización del sistema de salud, el impacto de la cisheteronormatividad en los determinantes de salud, el rol del equipo de salud en derribar las barreras para el acceso de las personas a lo largo de la vida y recomendaciones para la consulta de salud desde una perspectiva de diversidad sexual. Se plantean algunas estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades en población LGBTIQ+[14].

La salud como un derecho humano fundamental

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

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

10 Ex. Prof. Agda. Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar

11 Colectivo Ovejas Negras.

12 Colectivo Ovejas Negras / Ministerio de Salud Pública.

13 Colectivo Ovejas Negras y Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar...

14 La sistematización técnica realizada en este documento surge en parte del material elaborado por las personas autoras en el marco del curso virtual "Salud y Diversidad Sexual" disponible en la plataforma de OPS (2024)

Esta definición permitió entablar un lenguaje en común entre los Estados, homogeneizando las bases de la comunicación y facilitando la tarea de diseñar una política sanitaria acorde a lo que se definía como problemática a atender, entre otros aspectos. Asimismo, se resalta la importancia de considerar a las personas como sujetos bio-psico-sociales y en permanente relación con el medio en el que se desarrollan. Además, esta perspectiva intentó distanciarse de un enfoque exclusivamente asistencialista, entendiendo la salud como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad (Alcántara, 2008).

Igualmente, se le hicieron importantes críticas. En primer término, la idea de salud como un estado implica no asumirla como un proceso dinámico. Navarro (1998) considera que la misma tiene un problema epistemológico importante, dando por sentado que existe un consenso universal sobre lo que significan los términos "salud" y "bienestar" dados en la definición, otorgándole un carácter ahistórica y apolítica. Adicionalmente, la idea de "completo bienestar" introduce la noción de normalidad en la salud (Briceño-León, 2000). Por ejemplo, la patologización de la homosexualidad, que la propia OMS sostuvo hasta 1990, dejaba por fuera de "la salud" a personas cuyo bienestar incluye mantener relaciones afectivo-sexuales con personas de su mismo sexo. Algo similar sucede hasta la fecha con respecto a las identidades trans. En 2019 la OMS quitó a las identidades trans del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento. No obstante, permanecen en un nuevo capítulo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como condiciones relacionadas a la salud sexual (OMS, 2019). Es decir, que el mismo organismo rector consideró, durante décadas, a las personas LGBTIQ+ por fuera de los parámetros de lo saludable y ha categorizado en términos patológicos a la homosexualidad y las identidades trans por no cumplir con la norma esperada socialmente, que es la cis heterosexualidad.

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

El derecho a la salud desde la normativa nacional

Garantizar el derecho a la salud significa proteger el derecho inalienable a la vida del que gozan todos los seres humanos. "El derecho a la salud va más allá de garantizar prevención y curación de enfermedades: Debe asegurar estándares de vida que ga-

ranticen el bienestar en todas sus dimensiones" (Cáceres et al., 2013, p. 699). La ley uruguaya no consagró explícitamente este derecho hasta la entrada en vigencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el año 2008. Hasta ese momento consideraba el mantenimiento del estado de salud como un deber de la ciudadanía. En el Artículo 44º de la Constitución se establece que: "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes" (Constitución de la Republica, 1996).

En Uruguay la salud se consideraba una obligación de la ciudadanía hasta la aprobación de la Ley Nº 18.211 del "Sistema Nacional Integrado de Salud" (2007), que instauró un nuevo paradigma en el abordaje de la salud. Se expresó que "la protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud" (MSP, 2009, p.17). A partir de esta ley, deja de ser un deber de las personas velar por su salud, pasando a ser el Estado el responsable de generar las condiciones para su acceso.

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

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

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

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

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

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

Organización del sistema de salud y formación de recursos humanos

Uruguay se ha caracterizado por tener índices de cobertura en salud elevados (sumando los subsectores público y privado). A impulso de la creación del SNIS, la población sin cobertura disminuyó de 4% en 2007 a 1% en 2023 (OPP, 2025). Si bien la cantidad de personas sin cobertura es baja, eso no significa que está maximizada la calidad de los servicios ofrecidos, ni que estos cumplan con las demandas y necesidades de distintas poblaciones históricamente consideradas "minorías", como las personas LGBTIQ+.

La ley que creó el SNIS se organiza en redes por cada uno de los tres niveles de atención, que van de menor a mayor complejidad. Esta reorganización busca que la mayor parte de las necesidades de salud de la población sean cubiertas en el Primer Nivel de Atención, donde las acciones están mayormente orientadas a la promoción de salud y prevención de enfermedades.

Promoción de salud

En la Carta de Ottawa (OMS, 1986), surgida de una conferencia en la que se reunieron en la ciudad canadiense homónima 212 personas delegadas de 38 países, se indica que *"la Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva"* (OPS, 2025) *"La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por ende, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud también apunta más allá del concepto sanitario"* (Aravena Sepúlveda, 2016).

Prevención de enfermedades

En 1998 la OMS define a la Prevención como las *"Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida"* (Vignolo y col. 2011)

En este sentido, según los autores se puede clasificar la prevención en tres niveles, y a este se sumará un cuarto nivel incorporado en 1999 por el Comité Internacional de Clasificaciones del Congreso Mundial de Medicina Familiar y Comunitaria (Wonca International Classification Committee o WIIC, por sus siglas en inglés):

1) *Prevención primaria*, cuando el objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad
2) *Prevención secundaria*, destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos
3) *Prevención terciaria*, Se refiere a acciones relativas a la recuperación *ad integrum* de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas.
4) *Prevención cuaternaria*, término acuñado por el médico de familia belga Marc Jamoulle, se define como una serie de actividades que tiene como objetivo evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica (Chávez y Esquivel, 2015).

Accesibilidad

Para Starfield (2004), la accesibilidad es uno de los cuatro elementos estructurales relevantes en **atención primaria**, junto a variedad de servicios, definición de la población y continuidad. *"Valora la cercanía de las instalaciones a la población que atiende, el número de horas y días que está abierta, el grado en que tolera consultas no programadas y el grado en que la población considera convenientes estos aspectos"* (p.30).

En su obra Atención Primaria, Starfield (op. cit. 2004) distingue entre *acceso* y *accesibilidad*. Entiende al acceso como un "primer contacto", pero no implica necesariamente que el servicio al que se accede disponga de efectividad demostrada. Mientras tanto, la autora entiende que la definición de accesibilidad va más allá de acceder a un servicio o prestación, sino que concierne a la propia estructura del sistema sanitario. La accesibilidad hace posible el contacto con los servicios. *"No es una característica exclusiva*

de la atención primaria, pues todos los niveles sanitarios deben ser accesibles. Sin embargo, son diferentes los requisitos específicos de la accesibilidad en atención primaria, dado que es la puerta de entrada al sistema sanitario." (Starfield, 2004, p. 139).

El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida (OMS, 2019).

Al existir barreras en la accesibilidad de los servicios, producto de la discriminación (real o percibida), las personas LGBTIQ+ evitan la consulta o la demoran, para terminar accediendo cuando ya existe un problema de salud instalado. En muchos casos, aun cuando la persona acceda al primer nivel, la carencia de capacitación para dar respuestas con perspectiva de diversidad sexual puede demorar la detección de ciertos problemas de salud. Estas dos circunstancias pueden llevar a que la persona termine necesitando atención en un segundo o tercer nivel.

Niveles de atención

Los niveles de atención en salud se definen como *"una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven."* (Vignolo et al., 2011, p. 12).

Se distinguen tres niveles de atención:

1. *El primer nivel de atención*, es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por ser el más próximo a la población, por su baja complejidad en términos de infraestructura y procedimientos (consultorios, policlínicas, centros de salud), se desarrollan actividades de promoción en salud y prevención de la enfermedad que tienden a la atención oportuna y eficaz. Desde la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007), la atención primaria en salud constituye el eje rector de un sistema de salud basado en la equidad, la participación social y la atención centrada en las necesidades de la población.

Según el Artículo 36° del SNIS **El primer nivel de atención** está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios (Ley 18211, 2007).

2. *El segundo nivel de atención*, implica servicios de mayor complejidad y especialización. Incluye consultas con médicos especialistas, realización de estudios diagnósticos más complejos y procedimientos terapéuticos que requieren mayor tecnología y formación especializada. Este nivel actúa como respaldo de la Atención Primaria en Salud (APS), proporcionando apoyo técnico y resolviendo problemas que exceden la capacidad resolutiva del primer nivel. Su adecuada articulación con la atención primaria es esencial para evitar la fragmentación del cuidado (Silva, 2009).

3. *El tercer nivel de atención*, conlleva una alta especialización y mayor complejidad técnica, tecnológica y profesional, como los que se brindan en hospitales de referencia nacional, unidades de cuidados intensivos, trasplantes, neurocirugía o tratamiento de enfermedades raras. La atención terciaria se enfoca en la resolución de problemas altamente especializados y patologías complejas poco prevalentes, las que requieren abordajes que por sus costos y complejidad, deben ser utilizados racionalmente. Su integración con los niveles anteriores garantiza una atención continua, eficaz y centrada en el paciente (OMS, 2016; Kringos et al., 2010).

El SNIS se centra en la estrategia de APS, priorizando el primer nivel, donde en la actualidad podrían resolverse la gran mayoría de consultas de las personas LGBTIQ+. La evidencia respecto a la resolutividad del primer nivel de atención llevó a que en la década de 1990 y liderado por Bárbara Starfield, la Universidad estadounidense de John Hopkins (Johns Hopkins, 2025) desarrollara el *"Primary Care Assessment Tool"* (PCAT, por sus siglas en inglés), un conjunto de instrumentos que permite la evaluación de servicios de salud de ese nivel en base a una serie de atributos de la APS, que ha sido validado en Iberoamérica y aplicado para evaluar al primer nivel de atención en nuestro país (Pizzanelli, 2011; ASSE, 2011; Intendencia de Montevideo, 2024). El foco para el trabajo con población LGBTIQ+ está puesto en este nivel por sus características particulares:

- Promoción de salud basada en las necesidades de las personas (participación de la población usuaria, concientización de la población en general).
- Equipo de salud próximo al entorno en que la persona vive y se desarrolla.
- Capacidad para propiciar el vínculo del servicio de salud con integrantes de la familia y de realizar visitas domiciliarias.
- Condiciones adecuadas para llevar a cabo intervenciones interinstitucionales e intersectoriales en el territorio en que la persona se encuentra (redes).
- Longitudinalidad y continuidad en la atención.

- Posibilidad de colaborar en crear hábitos de consulta en salud a población históricamente excluida de los servicios orientados a la promoción de salud y a la prevención de la enfermedad y no solo a la atención a la enfermedad. servicios centrados en las personas.
- Capacidad para ser agente de cambio y naturalizar la presencia de personas LGBTIQ+ dentro de los espacios del servicio de salud tanto para el personal como para el resto de la población usuaria.

Aspectos para mejorar en la atención a población LGBTIQ+

A través de los años, se han desarrollado normativas internacionales y locales, campañas que hacen hincapié en los principios de igualdad y no discriminación, sensibilizaciones y cursos al personal de salud para brindar atención amigable a para personas LGBTIQ+. Estas estrategias han tenido diferentes grados de involucramiento y efectividad, pero aún hoy en día muchas personas LGBTIQ+ no acceden a los servicios de salud, o lo hacen experimentándolos con angustia y sufriendo frecuentes situaciones de discriminación.

Como personal de salud, no debemos considerar patológico cuando las personas expresan su sexualidad de una forma no hegemónica. Esto implica, no solo no maltratar a las personas por este motivo, ni tampoco asumir que todos sus problemas de salud tienen su origen en esta característica personal.

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

Un estudio realizado con estudiantes universitarios de México afirma que la homonegatividad[15] está presente en el 5% de los estudiantes de psicología, en el 15% de los de

15 La homonegatividad refiere a un sistema de actitudes y creencias negativas y de devaluación hacia la homosexualidad y las personas que se identifican como lesbianas, gays o bisexuales, sostenidas por el estigma sexual internalizado. Estas actitudes pueden incluir desaprobación moral, creencias tradicionales sobre el rol de género y sentimientos de incomodidad o aversión hacia las relaciones entre personas del mismo sexo (Herek, 2004).

psiquiatría, 70% de la medicina y el 75% de los de derecho (Barrón et al, 2014). Sería oportuno realizar una investigación similar en Uruguay y observar qué datos arroja.

Un aspecto central para mejorar las condiciones de acceso, atención e intervención es desactivar la heteronormatividad institucionalizada (ver Capítulo 1). Frecuentemente, cuando se da la oportunidad de incluir espacios formativos sobre diversidad sexual, estudiantes del área de la salud denuncian la falta de formación específica para abordar en consulta a personas LGBTIQ+. Por esa razón, se debe de repensar algunos contenidos a los efectos de no invisibilizar la diversidad sexual, aspecto que luego permitiría cumplir con las expectativas y demandas de este colectivo frente a los servicios de salud. En tal sentido son importantes los avances que han tenido algunas carreras, como psicología, medicina, enfermería, trabajo social y partería, en la incorporación gradual de la temática, aunque aún hay un largo recorrido por hacer para lograr una cabal transversalización de esta temática, como otras, en las currículas de todas las carreras del área salud.

En 2008, el Ministerio de Salud de Brasil reconoció que la discriminación por orientación sexual e identidad de género constituye un determinante social de la salud, haciéndose énfasis en la exposición al estigma y exclusión social que padecen las personas LGBTIQ+ (MSP, 2009).

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

No todas las personas sufren de igual manera el estigma y/o la discriminación, eso depende de múltiples factores en donde juega la interseccionalidad. Además de la orientación sexual o la identidad de género se debe tomar en cuenta la edad, la etnia, el lugar de residencia, la expresión de género, la situación de discapacidad, la condición de migrante, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, etc. A la vez, distintas personas de la comunidad LGBTIQ+ sufren de diferente forma el impacto de la discriminación. Por los datos antes presentados puede esperarse que las personas trans sean quienes experimentan un rechazo más directo dentro de los servicios de salud. Por otro lado, las mujeres lesbianas y bisexuales son invisibilizadas por el modelo de atención dominante. Mientras tanto, los varones en general suelen concurrir a los servicios de forma menos frecuente y más tardía que el resto de la población, lo que se intensifica en el caso de varones gays y bisexuales puesto que sus prácticas sexuales no coinciden con lo esperado por la heteronormatividad. Es reconocido que muchas personas LGBTIQ+ evitan o retrasan el tratamiento por las experiencias de prejuicio y/o discriminación.

(ANA, 2018). La realidad marca que las políticas sanitarias institucionales deben tener en cuenta las diferencias dentro de la propia diversidad sexual, incorporando los aportes que puede realizar un análisis interseccional de la realidad. Dichas políticas deben basarse en una perspectiva de derechos humanos y diversidad sexual, sabiendo identificar las reales necesidades e impedimentos específicos de gays, lesbianas, bisexuales, personas trans e intersex entre otras.

Es imprescindible tener en cuenta la determinación social de la salud para brindar correctamente la orientación o intervención necesaria, ya que la vulnerabilidad tiene una base probabilística; esto es que la probabilidad de daño disminuye cuando se controla el factor de riesgo por supresión o compensación (prevención primaria) o cuando se refuerzan los factores protectores o de resiliencia (promoción) (MSP, 2011).

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

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

Recomendaciones para el sistema de salud

El capítulo sobre diversidad sexual de las Guías de salud sexual y reproductiva (MSP, 2009) realiza recomendaciones para el sistema de salud desde una perspectiva de derechos humanos, género y diversidad, dentro de las más importantes están:

Recomendaciones de la Guía de salud reproductiva (MSP, 2009)

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

Estas recomendaciones fueron tomadas como base por el MSP para elaborar un instrumento autoadministrado de relevamiento para prestadores de salud públicos y privados. El mismo se aplicó en 2016 y 2018 y fue respondido por 90% de las instituciones del SNIS de todo el país. Las áreas evaluadas fueron ambiente amigable, personal de salud formado, sistemas de registro inclusivos, prestaciones para la atención a personas trans y políticas institucionales antidiscriminación con énfasis en buenas prácticas. Aunque el porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones distó mucho de lo deseado, el cumplimiento del 50% o más de las recomendaciones del MSP en diversidad sexual se duplicó en estos años, pasando de 15 a 30% en 2018, con un 57% de las instituciones que mostraron aumentos de puntaje. Las instituciones que reportaron contar con personal de salud formado en diversidad sexual pasaron de 17% en 2016 a 49% en 2018 (Forrisi, 2019).

Cómo preguntar y cómo registrar

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

Pedir que la persona se identifique como casada, soltera, divorciada, viuda, resulta obsoleto, y muchas veces es además inespecífico y puede brindar información incompleta. En cambio, puede preguntarse si la persona tiene pareja o alguna relación importante. Esto, sin embargo, no es suficiente para indagar sobre orientación sexual o prácticas sexuales, tampoco lo es preguntar el nombre de la pareja, existen nombres neutros e infinitas posibilidades de vinculación afectivo sexual que incluyen parejas conformadas por una o dos personas cis, una o dos personas trans, personas intersex, parejas no monogámicas, acuerdos afectivo-sexuales que involucran a mas de dos personas, entre otras. Se deben evitar preguntas que presuponen el género de la o las posibles parejas, o el vínculo de la persona que acompaña la consulta con frases como "¿Él es su esposo? o ¿Vino con su madre?" etc., a la vez que tampoco es conveniente presuponer en caso de que la persona declare tener pareja estable que ese es su único vínculo afectivo/sexual. Es importante evitar preconceptos relativos a la edad, ya sea porque se trate de población adolescente o personas mayores.

Hacer una adecuada valoración y orientar de forma correcta las preguntas ayudará a dar la información y educación necesaria para la persona, y evitará a su vez que se sienta incomprendida o excluida de la atención. Las preguntas sobre el grado de satisfacción con el ejercicio de su sexualidad, y problemas vinculados a la actividad sexual del momento o pasada pueden abordarse a continuación. En este proceso, quien entrevista pedirá a la persona usuaria que clarifique términos que no haya comprendido, y que puedan ser de uso corriente de la comunidad LGBTIQ+, para evitar problemas de comunicación.

A la hora de registrar es importante que en la historia clínica de las personas trans figure el nombre elegido. También es importante que esta información conste en otras

Cómo preguntar

- Quien o quienes llevarán a cabo la entrevista empezarán por identificarse con nombre y función, incorporando además aspectos como los **pronombres de uso**. Luego, puede preguntarse lo mismo a la persona usuaria. Por ejemplo, "Mi nombre es Paula Sánchez, soy psicóloga y uso el pronombre ella. ¿Cuál es tu nombre y pronombres?".
- En el caso de personas trans o no binarias, se deberá **preguntar nombre social** y consignar esta información en la historia clínica junto a los pronombres de uso. Por ejemplo, registrando el nombre y los pronombres al inicio de la consulta, o haciendo los cambios pertinentes en el sistema de la institución en caso de contar con la habilitación.
- **Tener en cuenta que, tanto la normativa vigente en nuestro país como las guías nacionales en materia de salud, reconocen el derecho a identidad de género y al uso del nombre social. En este contexto, hacer el cambio de nombre en el sistema de salud, incluso antes de que la persona haya modificado sus documentos, es legal y se considera una buena práctica.**
- Lo ideal para reducir la ansiedad de la población usuaria es **comenzar con preguntas generales de respuesta abierta e información menos personal** (lugar de nacimiento, ocupación, formación).
- Antes de comenzar con preguntas sobre salud sexual **se puede explicar el objetivo de reunir datos sobre los antecedentes sexuales**, con frases como "A todas las personas que consultan les hago preguntas sobre su salud sexual para poder hacer recomendaciones más adecuadas ¿Me permite hacerle preguntas personales?"
- Luego pasar a **preguntar si la persona es sexualmente activa,** para indagar sobre los antecedentes sexuales, donde se incluyen datos como la orientación sexual e identidad de género propia y de sus parejas. Se sugiere comenzar preguntando ¿Mantiene relaciones sexuales actualmente?
- Más adelante, entonces, puede preguntarse sobre **orientación sexual** con preguntas como "¿Actualmente mantiene relaciones sexuales con mujeres, varones, o ambos?", y sobre **prácticas sexuales**, postergando preguntas sobre métodos anticonceptivos y de barrera hasta no conocer este dato.
- En todo el proceso **deben evitarse preguntas cerradas o comentarios que presuponen orientación sexual o identidad de género** de la persona entrevistada. Evitar también **prejuicios en torno a la edad** (adolescentes y adultos mayores especialmente), **estado civil** (presuponer monogamia en personas en pareja o casadas). Preguntar, por ejemplo: ¿Tiene pareja o múltiples parejas? ¿Su pareja es cis o trans? Estas preguntas pueden hacerse junto con aspectos vinculados a las relaciones sociales, o incluirse entre las preguntas vinculadas al sistema genital.
- También se puede **habilitar un espacio** para planteos de esta índole con expresiones como "En estas consultas podemos hablar sobre aspectos relativos a tu sexualidad, orientación sexual e identidad de género si así lo deseas"
- Siempre hay que **buscar la comodidad de la persona atendida y de quien entrevista**. Se deben evitar gesticulaciones y comentarios al realizar la pregunta o recibir respuesta. **Los nervios o incomodidad del entrevistador van desapareciendo con la práctica.**

formas de registro. Un estudio hecho por Rodríguez (2015) se menciona un ejemplo de este cambio en los registros que se transcribe a continuación:

> ¡"En el familiograma, lo que hemos discutido muchas veces y para nosotros era interesante, viste que el género es un cuadradito o un redondelito, cómo registrar cuando eso no es así… en nuestro centro la representación gráfica atiende a la identidad de género y no al género biológico… si es una trans femenina hacemos un circulito con una T dentro porque ponemos el género con el cual se identifica la paciente, el circulito es que es femenino, y una T para identificar que es trans, si hay que hacer alguna otra salvedad se hace abajo en la historia… Para la interna fue interesante porque se nos planteó el problema de cómo ver al otro, Nos resultaron chicos los círculos y los cuadrados necesitábamos más cosas para representar al otro, fue muy interesante el poder representar al otro tal como es, como se siente." (Elizabeth Ylen Olavarría, jefa de residentes de medicina familiar y comunitaria Centro de salud Barros Blancos, 3/7/2015)

Captación de población LGBTIQ+

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

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

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

Desafíos para iniciar un proceso de inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en el servicio de salud:

- Repensar los espacios y su uso (cartelería en sala de espera, folletería disponible, audiovisuales que se exhiben en salas de espera, materiales que se utilizan en el trabajo con usuarias y usuarios, baños).
- Evaluar los procesos de atención buscando la inclusión de la perspectiva de diversidad sexual, por ejemplo, incluyendo la variable identidad de género y el nombre social en los registros y en la historia clínica de las personas trans (y si corresponde tener esta variable en cuenta para la asignación de unidades de internación).
- Trabajar sobre cómo incorporar las preguntas sobre identidad de género, orientación sexual y prácticas sexuales en la consulta.
- Promover el trabajo interdisciplinario y la capacitación continua en la temática, buscando difundir dentro del equipo de salud aspectos básicos de promoción de salud dirigida a personas lesbianas, gays, bisexuales y trans.
- Dejar en claro a la población usuaria los mecanismos para realizar denuncias.

Problemas de salud prevalentes en población LGBTIQ+

Más allá de que cada persona es diferente, existen algunos factores de riesgo que han sido mencionados como de frecuente aparición en la bibliografía internacional y que refieren especialmente a población LGBTIQ+. Aquellos referidos a algunas prácticas identitarias específicas se abordarán con profundidad en los siguientes cuatro capítulos. A continuación, se exponen algunos factores que refieren al estilo de vida, e impactan directamente en cuestiones como la salud cardiovascular y la imagen corporal. Aquí se señalan algunas particularidades que surgen de investigaciones internacionales y nacionales, que pueden ser observadas en la práctica.

- Mayor incidencia de consumo de sustancias en población LGBTIQ+ si se compara con población general y, especialmente, de tabaco. (Ruppert y col., 2020).
- Mayor prevalencia poblacional de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular, VIH en varones gays y bisexuales y en mujeres trans heterosexuales. Población altamente estigmatizada. (MSP, 2013 a y b).
- Uso sin control de hormonas, daños provenientes de prácticas identitarias como el uso de fajas y “tapes” para comprimir las mamas o el “trucado” para comprimir y ocultar el pene y testículos, el acceso a intervenciones corporales por fuera del sistema de salud (ej.: siliconas industriales) en personas trans. (MIDES, 2016).
- Baja o nula percepción de ITS por parte de mujeres lesbianas y, en general, en parejas compuestas por personas con vulva (ej.: varón trans y

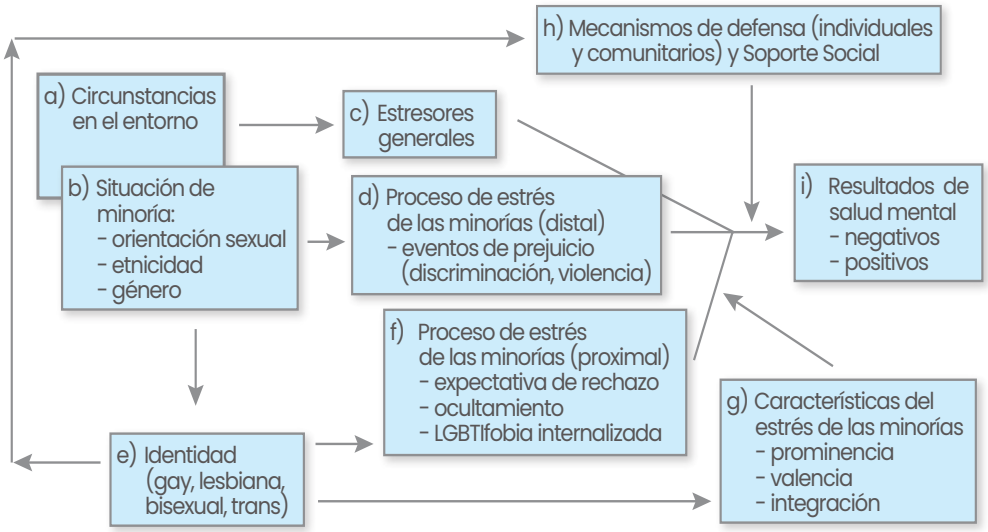
mujer cis). Menor tasa de embarazo y consecuentemente de lactancia. Menor acceso a exámenes de control (PAP y mamografía). Mayor riesgo de cáncer genito mamario. (Boehmer y col., 2019).

- Con respecto a la población general, igual prevalencia de situaciones de violencia en las parejas que conforman las personas LGBTIQ+, con tipos específicos de violencia como el "outing": "sacar" a alguien del clóset, o el acoso escolar o bullying LGBTIQfóbico (Colectivo Ovejas Negras, 2016, Gelpi & Montes de Oca, 2020).
- En infancias y adolescencias, riesgo aumentado de rechazo familiar, que se asocia a peores resultados de salud: intentos de autoeliminación, depresión, uso de drogas y sexo sin preservativo. (Ryan y col., 2009).
- En personas mayores, incrementa el impacto del riesgo de aislamiento de la familia de origen que está presente en todas las etapas de la vida para personas LGBTIQ+ y, por consiguiente, carencias en redes de cuidados. Más propensas a vivir solas que sus pares cis heterosexuales. Mayor frecuencia de exposición en alguna etapa de la vida a persecución, expulsión del hogar o el trabajo y haber sufrido discriminación o patologización en el sistema de salud (Burton y col., 2020; Sempol, 2013).

En muchos casos las diferencias que se observan respecto a la población general pueden explicarse mediante el modelo de estrés de las minorías desarrollado por Ilan H. Meyer (2003). Aunque puede remitir al concepto de minoría como algo peyorativo, el término debe comprenderse en tanto representa la situación de opresión que un determinado grupo experimenta en una sociedad, y no necesariamente asociada a la inferioridad numérica. Ejemplo de esto último es la inclusión de género y la etnia dentro de este modelo. Esta teoría postula que muchas de las desigualdades de salud pueden ser explicadas teniendo en cuenta la exposición a estresores que sufre la población LGBTIQ+ incluyendo el estigma, la discriminación, el rechazo, la LGBTIQfobia internalizada. Esto puede llevar a un distress psicológico y mecanismos de defensa maladaptativos (Meyer, 2003. *Ver Figura 1*).

Diversos estudios mencionan que existe una mayor incidencia del consumo de sustancias en la población LGBTIQ+. En particular, se ha analizado la relación entre personas LGBTIQ+ y el tabaquismo, llegando a datos como que en Estados Unidos las personas adultas LGBT son dos veces más propensas a fumar que sus contrapartes cis heterosexuales (Bye, 2004; Cornelius, 2022), y esta disparidad se triplica entre las juventudes (Dai, 2017, Kierstead y col., 2024). Este mayor consumo también se mantiene en productos de tabaco mentolados (Ganz y Delnevo, 2021) y los recientemente incorporados cigarrillos electrónicos y vapeadores (Kerstead y col., 2024). Incluso se ha observado una mayor concentración de lugares en los que se comercializa tabaco en los centros poblados en los que viven más parejas del mismo género (Lee y col., 2015) y el uso de la imagen de íconos de la comunidad LGBTIQ+ por parte de la industria

Figura 1
Teoría del estrés de las minorías de Meyer



Fuente: Meyer (2003) [Traducción propia].

tabacalera para dirigir las ventas, estrategia que viene siendo estudiada desde hace décadas (CounterTobacco. Org, 2025).

Es importante que las intervenciones para la cesación de tabaquismo sean específicas con respecto a los determinantes sociales que contribuyen a estas cifras tan altas entre población LGBTIQ+. Se ha sugerido asociación de estas cifras con estrés crónico y otros problemas de salud mental devenidos de la discriminación y homo/lesbo/transfobia.

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

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

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

Diversidad, envejecimiento y familias

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

La sexualidad es un área poco abordada en la consulta de salud, y en los casos en que se la indaga suele hacerse desde el presupuesto de heterosexualidad. Esto es aún menos atendido en el caso de las personas mayores. La falta de consideración de la sexualidad en la vejez, sumada al hecho de que quienes son personas mayores hoy fueron jóvenes en contextos de gran invisibilidad de la diversidad (o incluso condena de la misma por ejemplo en servicios de salud mental), deja a este grupo poblacional sin el

estímulo para salir del armario en la consulta. Por estos motivos no será habitual que las personas mayores LGBTIQ+ se autoidentifiquen de este modo en la consulta de primer nivel de atención, ni en el caso de que requieran cuidados especiales (de segundo o tercer nivel, de servicios de acompañante, centros de larga estadía, etc.). En un estudio de 2001, la cifra de personas mayores LGBTIQ+ que no eran completamente abiertas con su orientación sexual/identidad de género en los servicios de salud subía a 75% (Shippy et al. 2001).

Como se ha dicho ya, esto pone en riesgo la salud de las personas, pues quien brinda asistencia no es capaz de identificar de forma adecuada su historia personal, factores de riesgo y necesidades de salud específicas. Aquí se incluyen temas como el riesgo potencial aumentado de cáncer genitomamario en mujeres lesbianas, por presencia de múltiples factores de riesgo y ausencia de controles periódicos, la necesidad de recomendar prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) vinculados a las prácticas sexuales para varones gays, tomando en cuenta las prevalencias de algunas de ellas, o la necesidad de reconocer diferencias en la esperanza de vida de personas trans que, en América Latina, se ha identificado por debajo de los 35 años (OEA, 2015). De hecho, esta baja expectativa de vida propone una discusión acerca de a qué edad una persona trans puede considerarse adulta mayor.

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

A nivel nacional se puede decir, en palabras de Valeria Rubino (2013) que:

El Estado ha tenido a lo largo de la modernidad un papel pro-activo en la determinación, implantación, promoción y defensa de un modelo específico de familia: la familia nuclear heterosexual" (p.119). Lo que usualmente se define como "familia extensa" y los vínculos que allí se enmarcan son entonces considerados poco importantes, invasivos a la "verdadera familia". Sin embargo, tanto las teorías del Capital Social, como las recientes investigaciones sobre el desarrollo de la resiliencia, indican con claridad que las posibilidades de desarrollo personal y colectivo de los integrantes de una familia se encuentran fuertemente condicionadas por las redes vinculares que estos grupos humanos logran mantener y establecer (Rubino, 2013, p.118).

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

La menor probabilidad de haber tenido hijos o hijas, unido a las mayores posibilidades de haber roto vínculo con la familia de origen, determina, como resulta de estos estudios, que las personas LGBT son las cuidadoras principales o están a cuidado de sus parejas y sus amistades, que también integran la comunidad LGBT y tienen similares edades y situaciones vitales que ellas (De Vries y Herdt, 2012; Fredriksen-Goldsen et al. 2011).

A lo anteriormente expuesto esto se agregan las siguientes situaciones: salida del armario que fue tarde en la vida, hijas e hijos fruto de vínculos heterosexuales anteriores no aceptan la situación actual, y finalmente ante la eventualidad de necesitar cuidados especiales o residir en un centro de larga estadía, son escasas las probabilidades de que el personal que allí se desempeñe esté sensibilizado en el tema. Esto puede dar lugar a que personas que en su juventud y vida adulta tuvieron una vida más o menos fuera del armario, deban volver a ocultar su orientación sexual/identidad de género en la vejez. Por estos motivos se hace necesario incluir una perspectiva de diversidad sexual, también en los sistemas de cuidados y en el abordaje integral a personas adultas mayores.

Comaternidad y copaternidad

Al igual que la población en general, las personas LGBTIQ+ en la adolescencia y la adultez suelen conformar familias. Estas tienen la misma infinidad de variedades que las familias donde sus miembros son personas heterosexuales. También es posible que personas LGBTIQ+ estén a cargo de niños, niñas o adolescentes (NNA), provenientes de vínculos afectivos anteriores, propios o de las actuales parejas, o producto de una planificación familiar hecha en pareja.

Las familias con dos madres o dos padres se conocen como familias homoparentales. La organización argentina “Lesmadres” hace la salvedad de definir a las familias comaternales.

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

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

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

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

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

La llegada de hijas e hijos a una relación de personas LGBTIQ+ puede implicar la necesidad de explicitar la propia orientación sexual/identidad de género en espacios donde no se había hecho antes. Esto sucede particularmente en relaciones de parejas del mismo género, que pueden pasar desapercibidas en diversos contextos, si así lo han querido sus integrantes. Sobre la vinculación del Estado con estas familias, es importante hacer énfasis en el rol de asesoramiento en el ejercicio de sus derechos y promoción del acceso a prestaciones en su vínculo con la población LGBTIQ+.

En su interacción con los sistemas de salud y educativo las familias lésbicas aparecen invisibilizadas, relegadas al terreno de lo inexistente, lo que genera choques - más o menos dramáticos - con los mensajes y patrones heterosexistas con los que se manejan estas instituciones que, en general, siguen sin integrar en su discurso la diversidad de arreglos familiares que encierra la sociedad. En ocasiones, las representaciones que se ponen en juego en los distintos espacios institucionales se encuentran sesgadas por un modelo de familia nuclear (modelo tradicional), que invisibilizan otras realidades, incluyendo las familias homoparentales. Asimismo, cuestionarios de servicios de salud pueden presentar limitaciones de este tipo y recabar información imprecisa que no da cuenta de la realidad de los/as usuario/as (Rubino, 2013, p.120).

Actividades propuestas

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

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

Sugerencias de viñetas

- Jane's World. Autora: Paige Braddock. Textos en inglés. Temática lésbica.
- Autora: Laerte Coutinho. Textos en portugués. Temática trans femenina.
- Slap Upside The Head. Sitio web de noticias LGBT ilustradas. Textos en inglés. Temática LGBT.
- What's normal anyway? Autor: Morgan Boecher. Textos en inglés. Temática trans masculina.
- Carol y Guille van a mi instituto. Autor: Jesús Generelo, por Comisión de Educación de COGAM. Textos en español. Temática gay y lésbica.
- Guía de Salud y Recursos para mujeres trans trabajadoras del sexo. Autores: Alberto Martín-Pérez con ilustraciones de Aniel, por Grupo de trabajadoras del sexo y Equipo de prevención de COGAM. Textos en español. Temática trans femenina con énfasis en trabajo sexual.
- Lola'sWorld. Autoras: Elena Guardia y M.ª Ángeles Cabré. Textos en español. Temática lésbica feminista.

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

Consigna 1
Con relación a los derechos LGBTIQ+, ¿cuáles identifica y cuáles considera importante conocer desde el área de la salud? ¿Qué temas aún requieren avances? Es importante que surjan respuestas mencionando la ley de salud sexual y reproductiva, las recomendaciones del capítulo de diversidad sexual de las guías del MSP y leyes generales como las de matrimonio igualitario, cambio de nombre y sexo registral, antidiscriminación, adopción y unión concubinaria. Otros avances legales que pueden surgir son la derogación del decreto que impedía donar sangre a los varones gays y bisexuales, la ley de violencia de género que incluye la prohibición de intervenciones en personas intersex, o la de salud mental, que llama a no realizar diagnósticos en base a la orientación sexual e identidad de género.

Consigna 2
¿A qué grupos de la comunidad LGBTIQ+ recomendaría el papanicolau y con qué frecuencia? ¿Y la mamografía? Además de las recomendaciones habituales, es una oportunidad para mencionar el pap anal, el testeo y la vacunación contra el HPV en las poblaciones con indicación, y la recomendación de autoexamen de mamas y mamografía para algunas mujeres trans. También puede comenzarse la discusión sobre la importancia de una promoción del examen ginecológico que tenga en cuenta la sensibilidad específica de las mujeres lesbianas y bisexuales, las personas no binarias y los varones trans no histerectomizados.

Consigna 3
Listado de recomendaciones para una persona que planifica salir del armario:

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

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

Consigna 4
Listado de estrategias para salvar las barreras de acceso a la salud presentes en población LGBTIQ+ (antes, durante y después de la consulta). Deben surgir temas como los preconceptos existentes tanto en la propia población en general como la

LGBTIQ+ en particular y en los equipos de salud, barreras como el nombre legal/de nacimiento, la dificultad para salir del armario, temores al respecto de la confidencialidad de la consulta, dificultades en la continuidad de la atención cuando la atención no fue amigable.

Consigna 5
Listado de mitos sobre la población LGBTIQ+ y sus vínculos afectivos y sexuales. Debe mencionarse mitos como el presupuesto de la promiscuidad, la idea de que la orientación sexual/identidad de género responde "traumas de la infancia", que las personas LGBTIQ+ "no desean" o "eligieron no" tener hijas o hijos, la concepción de población "vectora" de ITS, creencia de que las mujeres lesbianas no mantienen relaciones sexuales, etc.

Consigna 6
¿Es importante indagar sobre orientación sexual e identidad de género en niños y niñas? Independiente de la respuesta anterior: ¿A qué edad comenzar? Aquí puede darse la discusión en base a evidencia que recoge casos de personas niñas y adolescentes que expresan una orientación sexual/identidad de género diversa a edades tempranas, que muchas veces se contrapone a la creencia de que estos temas se resuelven más adelante en la adolescencia.

Consigna 7
¿Qué recomendaciones de cuidado en las relaciones sexuales y prevención de ITS daría a una usuaria lesbiana? Se debe hacer énfasis en identificar las prácticas sexuales y las parejas sexuales de esa usuaria. Pueden mencionarse métodos de barrera y de cuidado para cada caso (sexo oral, uso de juguetes sexuales, penetración con los dedos o masturbación mutua, y no descartar que pueda mantener relaciones sexuales con mujeres trans o personas no binarias, entre otras). Se aconseja mencionar que el preservativo interno o femenino utilizado como indica el fabricante no es suficiente como método de barrera en las relaciones entre mujeres.

Consigna 8
Una mujer trans solicita asesoramiento sobre implantes mamarios ¿El sistema de salud ofrece alguna opción? ¿Qué niveles de atención intervienen? En este caso, se debe hacer mención al uso de silicona industrial y sus riesgos asociados, así como los riesgos de la colocación de implantes mamarios en condiciones de clandestinidad. Se deben plantear herramientas posibles dentro del sistema de salud para reducir riesgos, por ejemplo solicitarlo a su prestador o acceder en clínicas especializadas que tengan aval del Ministerio de Salud Pública.

Consigna 9
¿Qué recorrido por el sistema de salud debe hacer un varon trans que quiere hacer tratamiento hormonal? ¿Qué niveles incluye? Del mismo modo que en el caso ante-

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

Consigna 10

En la consulta con personas mayores, ¿corresponde preguntar temas vinculados a la orientación sexual e identidad de género? ¿De qué forma lo haría? Aquí debe surgir la necesidad de indagar sobre sexualidad en la consulta, la situación de vulneración de la población LGBTIQ+ en esta etapa, y consideraciones específicas de vejez en personas trans.

Consigna 11

¿Plantearía alguna estrategia de abordaje grupal a nivel comunitario? ¿Orientada a quiénes? ¿Cuál sería el objetivo? Pueden surgir actividades de promoción y prevención en población general con perspectiva de diversidad sexual, diagnósticos de situación participativos, grupos de personas LGBTIQ+, o sus familiares, actividades de captación, formación de recursos humanos en el tema, entre otras.

Consigna 12

Pensando la salud desde la integralidad, ¿cuáles son las estrategias disponibles en la actualidad para mejorar la calidad de vida de personas trans? ¿Qué cosas faltan? Puede hacerse mención a la necesidad de incorporar a las necesidades de salud de las personas trans a los servicios de salud y sociales existentes, facilitando el acceso y disminuyendo barreras. En la actualidad es necesario que los servicios que existen sean universales y accesibles en igualdad de condiciones para todo el territorio nacional.

Consigna 13

Si pensamos en una persona trans que requiera internación en 2do nivel de atención, ¿qué barreras pueden existir en este caso? Plantear estrategias para solucionarlas. De las barreras que surjan por ejemplo en la designación de camas es necesario que al plantear estrategias de solución se tenga en cuenta a los múltiples actores: demás personas ingresadas en el servicio, equipo de salud, y la propia persona. Se

debe tener en cuenta que la asignación de camas de acuerdo a la identidad de género es una recomendación del Ministerio de Salud Pública.

Consigna 14

Pensando en el audiovisual "¿Cuál es la diferencia?" (Ovejas Negras, 2012), ¿Qué aspectos de las consultas delatan presupuestos heteronormativos? Mencionar también otros que no se describan en los videos. Aquí se da la oportunidad para discutir qué comprende cada persona que es la heteronormatividad, que puede expresarse en temas como: presuponer que quien está en la consulta mantiene relaciones sexuales únicamente con personas del género y sexo opuesto; que las mujeres que dicen tener hijos deben haberlos parido; y, más generalmente, entender que todas las personas que concurren a los servicios son cisheterosexuales, entonces se debería hacer un esfuerzo extra para re orientar por completo estos servicios si se quisiera captar población LGBTIQ+.

Consigna 15

A la hora de instrumentar un sistema de cuidados en su ciudad/departamento, ¿considera que es posible la inclusión de la diversidad sexual? Pensando tanto el rol de persona cuidadora como de población destinataria, se deberá mencionar las barreras que podrían existir y alternativas para salvarlas. Aquí se deben tener en cuenta las particularidades de la población LGBTIQ+ que es destinataria de cuidados, con aspectos específicos como las dificultades en los vínculos familiares y la predominancia de vínculos de amistad o pareja. Asimismo se debe intentar visualizar a población LGBTIQ+ como cuidadora, ya sea desde el lugar de familiar/amiga como desde el lugar de personal formado para el cuidado.

Consigna 16

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

Segunda parte: Salud Sexual y Salud Reproductiva

Valeria Ramos[16] y Gonzalo Gelpi[17]

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

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

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

Un concepto importante en el campo de sexualidad es el de autonomía. La autonomía en esta área refiere a la idea de que la persona desarrolle la capacidad de negociar sexualmente con el otro, desde un lugar de equidad, y no desde posiciones supraordinadas o subordinadas. Implica poder identificar, conocer y dar sentido a las propias

16 Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA.

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

necesidades sexuales y buscar formas de satisfacción en el marco del respeto por las propias decisiones. Involucra el relacionamiento con el propio cuerpo, su conocimiento, respeto y cuidado. Particularmente supone saberse sujeto de derechos también en el campo de la sexualidad y las decisiones reproductivas (López et al. 2005).

A nivel de normativas nacionales vigentes, en setiembre de 2010, el MSP reglamentó la Ley 18426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, para comenzar su implementación en los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de enero de 2011. El Decreto Nro. 293 que reglamente esta ley establece un abordaje amigable, inclusivo, igualitario, integral y multidisciplinario. La medida buscó derribar diferentes barreras de acceso, combatir las discriminaciones, entre otras causas, por orientación sexual y/o identidad de género y transformar los servicios en realmente inclusivos de toda la diversidad. La norma por estos motivos significó un nuevo cambio de paradigma sumado al que ya había instaurado el SNIS y como objetivo primordial se encuentra la formación en recursos humanos.

Derechos Sexuales y Reproductivos

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

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

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

> Si bien se puede rastrear orígenes que se remontan a la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (Teherán, 1968), pasando por las de Población de 1974 (Bucarest) y 1984 (México), adquieren verdadera legitimidad en la década de 1990, en la Conferencia Internacional

sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995) (López et al. 2005, p.32).

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

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

Existen cuatro principios éticos interconectados de relevancia sobre los que se debe profundizar desde una perspectiva de derechos y que frecuentemente no se respetan. Estos son: la integridad corporal, la capacidad de ser persona, la igualdad y la diversidad. La integridad corporal como el derecho a la seguridad y control del propio cuerpo es quizás el aspecto que más peso tiene en el concepto de libertad sexual y reproductiva. La capacidad de ser persona refiere a aquellas razones y valores por los que las personas toman diferentes decisiones. Autonomía y autodeterminación es lo que habilita a que las personas puedan ejercer sus derechos con libertad. Igualdad refiere al reconocimiento de que todas las personas son portadoras de derechos independientemente de su condición social, clase, sexo, edad, etnia, orientación sexual, religión, nacionalidad. La diversidad alude al compromiso con el principio de que diferentes tipos de expresión sexual son beneficiosos para una sociedad justa y humana. (López et al. 2005).

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

Derechos desde una perspectiva de salud y diversidad sexual

Desde una perspectiva de diversidad sexual algunos autores como Álvarez (2013) afirman que la construcción de la noción de derechos sexuales y reproductivos tuvo importantes sesgos de género ya que están pensados casi exclusivamente desde el modelo de mujeres heterosexuales, invisibilizando a las personas LGBTIQ+. No obstante, en 2006 se pactaron los Principios de Yogyakarta, que es el instrumento más importante hasta el momento que trata específicamente sobre cuestiones de diversidad sexual. En el Principio Nro. 17 se establece "que todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho" (ONU, 2006, p.23).

Otro Principio trascendental es el Nro. 27, expresando que "toda persona tiene derecho, individualmente o asociándose con otras, a promover la protección y realización de los derechos humanos en los planos nacional e internacional, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género…" (ONU, 2006, p.32).

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

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

> **El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual**
Al estar estructurada la sociedad desde la heteronormatividad, las personas LGBT muchas veces vivencian su orientación sexual, identidad de género y/o sus prácticas sexuales con vergüenza, culpa, aspecto que es importante revisar para que todas las personas acepten su propia homosexualidad, lesbianismo, bisexualidad y la transexualidad como modos de ser, sentir y estar en el mundo tan válidos como la heterosexualidad. Desde los servicios de salud se debe remarcar en que es algo totalmente válido y no constituye ninguna patología. Sobre todo considerando que las personas trans aún son víctimas del estigma de psicopatologización en algunos servicios de salud.

> **El derecho a vivir la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso**
De acuerdo a la oportunidad, y con una comunicación respetuosa, se debe interrogar a las personas LGBT sobre si han sido víctimas de alguna situación que implique abuso, explotación y/o acoso. Esto es particularmente importante en personas que ejercen el trabajo sexual. Hay otros mecanismos más sutiles de violentar las sexualidades que padecen todas las personas LGBT y son las que ejercen las familias, instituciones y la sociedad en general intentando someter a una "normalización" mediante un disciplinamiento para que comprendan que están desviados de la norma.
La violencia de género, doméstica o en el noviazgo se produce también en relaciones no heterosexuales. Por eso es necesario en consulta, no solo preguntar si tienen pareja estable, si no también si han padecido o padecen una situación de violencia en ese vínculo. Es importante la detección desde el sistema de salud, porque las personas LGBT no suelen denunciar en otras dependencias los actos de violencia que suceden en sus vínculos de pareja (Gemetro y Bacín, 2012).

> **El derecho a escoger las y los compañeros sexuales**
En la adolescencia muchas veces algunos padres intentan separar a sus hijos/as de sus novios/as porque piensan que es algo incorrecto lo que están haciendo. Esto se relaciona con el siguiente derecho.

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

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

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

> **El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar y el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.**
Este derecho se vincula, por ejemplo, con la Ley de Reproducción Humana Asistida y las posibilidades para que estén contempladas no solo las mujeres lesbianas o trans masculinos (como en la actualidad) sino también varones homosexuales, bisexuales y trans femeninas. La polémica se centra en si el Estado debería de garantizar los medios para que las personas se realicen como padres/madres a pesar de no presentar ningún problema de esterilidad. Sería deseable que los profesionales de la salud estar informados de un modo actualizado sobre los distintos métodos y las leyes vigentes para que puedan, por ejemplo, iniciar los trámites de adopción en una dependencia del INAU.

Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos

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

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

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

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

Referencias bibliográficas

Abracinskas, L. y López, A. (2001). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena de acción política. Ponencia presentada en el Seminario sobre ONGs. gobernancia y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Montevideo: Programa MOST – UNESCO.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (2011) *Presentación del informe sobre la primera aplicación en el país del PCAT*. Recuperado de: Presentación del informe sobre la primera aplicación en el país del PCAT [Comunicado de prensa].

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.

Álvarez, J. (2013). Los derechos sexuales y reproductivos de los géneros no-normativos. Una lucha política por una vida digna de ser vivida. *Revista Nomadías*, 17(11), 109-129.

American Nurses Association (2018) *Nursing Advocacy for LGBTQ+ Populations* [Position Statement].

Aravena Sepúlveda, I. (2016) Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. Instituto Profesional AIEP. Chile. Recuperado de: Enlace

Asamblea Mundial de la Salud (2019). *Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades* (No. WHA72. 15). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Austin, S. B; Ziyadeh, N; Kahn, J.A; Camargo, C.A; Colditz, G.A y Field, A.E. (2004). Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of the American Academy of Child &Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1115–1123.

Barrón, E; Salín, R.J y Guadarrama, L. (2014). Encuesta para evaluar el conocimiento sobre las condiciones de diversidad sexo-genérica y homofobia en una muestra de alumnos universitarios. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 15(5), 267-276.

Boehmer, U., Gereige, J., Winter, M., & Ozonoff, A. (2019). *Cancer survivors' access to care and quality of life: do sexual minorities fare worse than heterosexuals?*. Cancer, 125(17), 3079-3085.

Burton, C. W., Lee, J. A., Waalen, A., & Gibbs, L. M. (2020). *"Things are different now but": Older LGBT adults' experiences and unmet needs in health care.* Journal of Transcultural Nursing, 31(5), 492-501.

Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. *Salud y Equidad: Una mirada desde las ciencias sociales*, 8(2), 15-24.

Butler, J. (2001). *El género en disputa*. Buenos Aires: Paidós.

Bye, L; Gruskin, E; Greenwood, G.; Albright, V y Krotki, K. (2004). *The 2003 California Lesbian, Gays, Bisexuals, and Transgender (LGBT) Tobacco Survey, Field Research Corporation*. San Francisco: CA.

Cáceres, C; Talavera, V. y Mazin, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(4), 698-704

Cadoret, A. (2003). *Padres como los demás. Homosexualidad y parentesco*. Barcelona: Gedisa.

Case, P; Austin, S.B; Hunter, D.J; Manson, J.E; Malspeis, S; Willett, W.C. y Spiegelman, D. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health*, 13(9), 1033–1047.

Castellanos, P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales. *Salud Pública*, 6(3), 81-102.

Cavalleri, F; Meré, J.J; Modzelewski, H; Freitas, P; Puiggrós, M; Birriel, M; Domínguez, S. y Calvo, M. (2013). *Montevideanxs. Textos diversos en torno a los resultados de la investigación exploratoria "Derechos, jóvenes LGBT y VIH/sida", 2011*. Montevideo: Colección Interdisciplinarias 2012, Universidad de la República.

Chávez, D. V., & Esquivel, J. G. (2015). Prevención cuaternaria. Revista Mexicana de Urología, 75(3), 123-125.

Colectivo Ovejas Negras. (2016). *Encuesta Nacional de Clima Escolar en Uruguay 2016: Experiencias de niñas, niños y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y trans en establecimientos educativos*. Montevideo, Uruguay.

Colectivo Ovejas Negras (10 de octubre de 2012) ¿Cuál es la diferencia? Archivo de video Recuperado de: ¿Cuál es la diferencia?

Cornelius, M. E. (2022). *Tobacco product use among adults—United States, 2020. MMWR*. Morbidity and mortality weekly report, 71. Recuperado de: Tobacco Product Use Among Adults — United States, 2020 | MMWR

Correa, S. (2003). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política. Serie Aportes al debate Nº 1*. Montevideo: MYSU.

Correa S. y Petchesky R. (1995*). Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. Population Policies Reconsidered Health, Empowerment and Rights*. Nueva York: IWHC.

CounterTobacco.Org (2015) *LGBTQ+ Targeting & POS tobacco* Página Web Recuperado de: LGBTQ+ Targeting & POS Tobacco

Dai, H. (2017). *Tobacco product use among lesbian, gay, and bisexual adolescents*. Pediatrics, 139(4). Recuperado de: Enlace a la revista

De Vries, B & Herdt, G. (2012). *Aging in the gay community. In T.M. Witten & A.E. Eyler (Eds.) Gay, lesbian, bisexual & transgender aging: Challenges in research, practice & policy (84-129)*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Diamant, A. L. y Wold, C. (2003). Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *Journal of Women's Health*, 12(1), 41–49.

Forrisi, F. (2019). *Inclusión de las recomendaciones del Ministerio de Salud en Diversidad Sexual. Resultados del Relevamiento Nacional a Servicios de Atención a la Salud Públicos y Privados*. Informe elaborado por la Aesoría técinca en salud y diversidad sexual. Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva. DIGESA - MSP.

Freitez, N. (2001). *Proceso salud enfermedad y sus modelos curativos. Trabajo no publicado, Curso Medio de Salud Pública*. Mérida: Universidad de Los Andes.

Fredriksen-Goldsen, K. I; Kim, H.J; Emlet, C. A; Muraco, A; Erosheva, E. A; HoyEllis, C. P; Goldsen, J. y Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults*. Seattle: Institute for Multigenerational Health.

Frómeta, O. y Ponce, T.M. (2013). Salud sexual y desarrollo de la sexualidad de mujeres lesbianas, en edad adulta. *Revista Sexología y Sociedad*, 19(2), 102-115.

Ganz, O., & Delnevo, C. D. (2021). *Cigarette smoking and the role of menthol in tobacco use inequalities for sexual minorities*. Nicotine and Tobacco Research, 23(11), 1942-1946. Recuperado de: Enlace al artículo

Gelpi, G. I., & de Oca, D. M. (2020). *Heteronormatividad institucional en Enseñanza Media*. Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigacion Social 20(3):2593. DOI:10.5565/rev/athenea.2593

Gemetro, F. y Bacín, G. (2012). *Guía para Personal de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la violencia hacia Población LGBT.* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Gemetro, F; Bacin, G; Bonazza, J; Aguilar, L; Llewellyn, P. y Quintero, S. (2011). *Familias Comaternales. Guìa para personal educativo*. Buenos Aires: Lesmadres.

Herek, G. M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. Sexuality Research & Social Policy, 1(2), 6–24. https://doi.org/10.1525/srsp.2004.1.2.6

Hoctel, P. (2002). Community Assessments Show Service Gaps for LGBT Elders. *Aging Today*, 3(2), 5–6.

Intendencia de Montevideo (18 de diciembre de 2024) *Evaluación de calidad en el Primer Nivel de Atención*. Recuperado de: Evaluación de calidad en el Primer nivel de atención| Portal institucional. [Comunicado de prensa].

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2025) *Primary Care Policy Center* [Recuperado el 21 de agosto de 2025], de [Primary Care Assessment Tools | Johns Hopkins Primary Care Policy Center].

Kaminski, P. L; Chapman, B. P; Haynes, S.D y Own, L. (2005). Body Image, Eating Behaviors, and Attitudes Toward Exercise Among Gay and Straight Men. *Eat Behav*, 6(3), 179–187.

Kierstead, E. C., Dimaya, B., Palmerini, M., Bayacal, G. C., & Hair, E. C. (2024). *Measuring Cigarette and E-Cigarette Use Over Time Among LGBT+ Youth and Young Adults Using a Repeat Cross-Sectional Survey, 2022–2024.* Nicotine and Tobacco Research, ntae286. Recuperado de: LGBT+ young people have higher smoking and vaping prevalence than non-LGBT+ peers

Koh, A. S. y Ross, L.K. (2006). Mental health issues: A comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 33–57.

Lee, J. G., Pan, W. K., Henriksen, L., Goldstein, A. O., & Ribisl, K. M. (2015). *Is there a relationship between the concentration of same-sex couples and tobacco retailer density?*. Nicotine & tobacco research, 18(2), 147-155. Recuperado de: Is There a Relationship Between the Concentration of Same-Sex Couples and Tobacco Retailer Density? - PubMed

Ley 18426. Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. (2010).

Ley 18211. Ley Sistema Nacional Integrado de Salud. (2007).

López, A. (Coord.) (2005). *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995 - 2004.* Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Lukomnik, J. y Ramos, M. (2012). *Relevamiento de necesidades de salud en personas trans.* Montevideo: MYSU, ANII, Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Meyer, I. H. (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence.* Psychological bulletin, 129(5), 674-697.

Ministério da Saúde de Brasil. (2008). *Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.* Brasilia: Ministério de Saúde de Brasil.

Ministerio de Desarrollo Social (2016) *Censo de Personas Trans. Derecho a la salud.* Montevideo, MIDES.

Ministerio de Salud Pública (2013a). *Situación y desafíos para la inclusión social y el derecho a la salud de las personas trans femeninas en Uruguay*. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública (2013b). *Una ventana abierta al conocimiento de los desafíos existentes para el ejercicio al derecho a la salud de los hombres que tienen sexo con hombres en Uruguay.* Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Código de Ética Médica*. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Guías de abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Módulo III Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Diversidad sexual*. Montevideo: MSP.

Shippy, R.A; Cantor, M.H. y Brennan, M. (2001). Patterns of Support for Lesbians and Gays as They Age. In M.H. Cantor (chair) "Social Support Networks". *Symposium held at the 54th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Chicago*.

Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. *Salud Pública*, 12(6), 49-54.

OEA (2015, 20 de noviembre). *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 [Comunicado de prensa].

OMS. (1948) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Ginebra: OMS.

OMS (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud.* Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud; 17-21 nov. 1986. Ottawa, Canadá.

ONU. (2006).*Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género.* Nueva York: ONU.

ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Nueva York: ONU.

OPP (2025) Observatorio Territorio Uruguay - Oficina de Planeamiento y presupuesto en base a Instituto Nacional de Estadística (INE, Encuesta Continua de Hogares). Recuperado de: Página Web OPP

OPS- OMS. (2013). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Buenos Aires: OPS- OMS.

Organización Mundial de la Salud (2019, 19 de abril) *El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS.* [Comunicado de prensa]. Recuperado de: El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS

OPS - OMS (2025) *Promoción de la salud* [Página Web]. Recuperado de: Promoción de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

Pizzanelli, M., et al. (2011) *Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay.* Revista Médica del Uruguay 27.3 (2011): 187-189.

Rodríguez, N. (2015). *Diversidad Sexual, Políticas Públicas y Drogas. Entre la construcción y la invisibilización de un problema. Situando interrogantes*. Montevideo: FLACSO.

Rubino, V. (2013). Armarios de Cristal. En Sempol (Coord.). *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones. Informe final*. Montevideo: MIDES.

Ruppert, R., Sussman, S., & Kattari, S. K. (2020). *Prevalence and co-occurrence of addictions among sexual minority subgroups*. Annals of LGBTQ Public and Population Health, 1(3), 210-248.

Russell, C. J. y Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 300–306.

Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., Sanchez, J. (2009). *Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults.* Pediatrics. 346-352.

Sempol, D. (2013) *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo* (1984-2013). Random House Mondadori, Editorial Sudamericana Uruguaya.

Starfield, B. (2004) *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.* Barcelona, España. Editorial MASSON, S.A.

Valanis, B. G; Bowen, D.J; Bassford, T; Whitlock, E; Charney, P. y Carter, R.A. (2000). Sexual orientation and health: Comparisons in the women's health initiative sample. *Archives of Family Medicine*, 9(9), 843-853.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina interna, 33(1), 7-11.

Villar, H. (2003). *La salud una política de Estado. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco conceptual, el contexto, situación actual y propuestas de cambio.* Montevideo: Grafinel.

Capítulo 4
Infecciones de transmisión sexual, con perspectiva de derechos en el contexto de la diversidad sexual

Zaida Arteta[18] y Victoria Frantchez[19]

Introducción

En este capítulo se mencionan distintas infecciones de transmisión sexual (ITS) poniendo énfasis en las formas de transmisión, su prevención, así como detección y tratamiento oportuno. Se plantean a su vez, los principales avances en diagnóstico, prevención y atención, contextualizado con la realidad uruguaya con una mirada a las especificidades de la población LGBTIQ+. Asimismo, se presenta un enfoque actualizado en relación al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en nuestro país y su vínculo con esta población LGBTIQ+ y las prácticas sexuales. Se presentan nociones básicas para comprender las técnicas para diagnosticar estas infecciones, los tratamientos y un análisis sobre la calidad de vida de las personas que viven con VIH desde una perspectiva de derechos[20].

Relevancia del lenguaje

Las enfermedades transmisibles entre personas, en general tienden a ser estigmatizantes, dado que se culpabiliza a quien la padece por transmitirla y a quien la adquiere por "no evitarla", ejemplo de esto es lo que pasó en las etapas iniciales con el COVID-19 o lo que históricamente ha sucedido con la tuberculosis. Si a esto le sumamos que las ITS se asocian a las relaciones sexuales, inmediatamente el pensamiento involuntario (determinado por factores culturales y religiosos, entre otros) nos dice que son la consecuencia por "habernos portado mal", de hecho, durante décadas la educación sexual se basó en establecer discursos de miedo hacia las ITS invitando a reflexionar sobre los cuidados en términos de castigo. La pregunta "¿te cuidaste?" va en la dirección del pensamiento de que nos cuidamos del peligro, que el sexo es peligroso y que las ITS

18 Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas. ía. Facultad de Medicina. Udelar y Ministerio de Salud Pública

19 Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. Udelar.

20 La sistematización técnica realizada en este documento surge en parte del material elaborado por las autoras en el marco del curso virtual "Salud y Diversidad Sexual" disponible en la plataforma de OPS (2024)

"pueden matarte". Estos discursos aumentan el tabú, determinan que las personas no hablen abiertamente de las ITS, porque además de asociarse a lo malo y a la "promiscuidad", se asocian a la muerte (por ejemplo, en el caso del VIH). El resultado de este enfoque no es la disminución del número de nuevas infecciones.

Para cambiar el discurso del miedo y discriminación, y sustituirlo por un discurso de naturalización para la prevención en el pensamiento colectivo, además de los avances en el término ITS (abandonando el de "enfermedades" de transmisión sexual), es necesario adoptar otros, como los vinculados a las denominaciones que se le da a quienes las padecen, y a las formas en que se transmiten. Por ejemplo, es importante cuando se habla de ITS, tanto de VIH como de otras, sustituir el término "contagiar" por los términos "transmitir" y "contraer" dado que el primero conlleva una connotación negativa y estigmatizadora, donde se da a entender que quien padece una ITS es culpable por eso, siendo culpable también de transmitir el microorganismo a otra persona. Algo que no ocurre con otras enfermedades prevalentes en nuestra sociedad. A su vez, debe evitarse la palabra "portador/a" para describir a quien convive con una ITS transitoria o permanentemente.

Asimismo, el término factor de riesgo es correcto y ampliamente utilizado en el vocabulario médico y estadístico (aumento de la probabilidad de una enfermedad determinada por un factor previo en la vida de una persona). Este se ha utilizado para denominar a determinadas "poblaciones" de riesgo o "conductas" de riesgo que, si solo estuviera relacionado con el aumento de la chance de presentar una ITS, no habría conflicto, pero "población de riesgo" o "conducta de riesgo" nos vuelve a retrotraer desde la etimología de la palabra a lo que mencionamos anteriormente: la persona con ITS es una persona riesgosa o peligrosa. Esto cierra el círculo de estigmatización y discriminación que, como consecuencia, aleja a las personas del sistema de salud, genera negación a hablar de estos temas naturalmente y, por tanto, expulsa de la consulta con profesionales de la salud que, en definitiva, terminamos generando el sentimiento de personas o poblaciones peligrosas, riesgosas, etc.

En algunas partes del documento se utiliza el término "hombres que tienen sexo con hombres" (HSH), que proviene de la epidemiología y se utiliza en múltiples investigaciones para englobar a una determinada población bajo el paraguas de la práctica sexual (también se usan otros como «mujeres que tienen sexo con mujeres», o su sigla MSM). Originalmente, el término se utilizó para agrupar en un mismo segmento a personas que no necesariamente se identifican como lesbianas, gays o bisexuales, pero sí mantienen prácticas sexuales con personas de su mismo género.

En esta guía, y en particular en este capítulo, el término se usará cuando corresponda porque se está referenciando otro documento que lo utiliza, pero entendemos que considerar como un grupo homogéneo a personas por sus prácticas sexuales en mu-

chas ocasiones ha contribuido a aumentar el estigma que recae sobre la población LGBTIQ+ y, en especial, sobre mujeres trans y varones que se auto identifican como gays o bisexuales.

Al inicio de la epidemia de VIH se describió una serie de grupos que se consideraban "de riesgo" (se incluía en este grupo a trabajadoras/es sexuales, varones gays y usuarias/os de drogas intravenosas). Actualmente se ha avanzado en considerar a un espectro amplio de personas como poblaciones de alta prioridad o poblaciones clave, considerando no solo el riesgo estadístico, sino la situación de vulneración. Esto significó ampliar la mirada y pasar a tomar en cuenta no sólo los tipos de prácticas sexuales o la exposición a conductas que aumentan la chance de adquirir una ITS (como podía ser el uso compartido de jeringas), sino la totalidad de factores que intervienen generando desigualdades y condiciones de exclusión social, que impacta en diversos grupos poblacionales.

En este sentido, en 2013 el Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH/SIDA 2014-2015 del Ministerio de Salud Pública (aún vigente en sus objetivos) establece como **poblaciones prioritarias** de sus esfuerzos para acciones específicas a:

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

En resumen, como conceptos clave: las ITS son un problema de salud importante, asociadas en contexto de intersección de vulneraciones y estigmas, en las que las acciones de prevención y tratamiento, deben ser accesibles, amplias y variadas, teniendo en cuenta todo este contexto para ser eficaces en el cuidado de la salud de las personas.

Una de las principales herramientas para la prevención es la educación. La Ley General de Educación Nº 18.437, aprobada en el año 2008, dentro de sus ejes transversales estableció la inclusión de educación sexual en todos los niveles. Uno de los objetivos es transformar los estereotipos discriminatorios por motivos de edad, género, raza, etnia, identidad de género u orientación sexual. Esta normativa, además de habilitar el diálogo sobre ITS en los centros educativos, habilita a desarrollar contenidos referi-

dos a diversidad sexual en todos los niveles, permitiendo educar en clave de diversidad y combatir las históricas desigualdades, discriminaciones, estigmatizaciones y exclusiones. **Es importante continuar reforzando esta línea para que todas las personas reciban una educación integral de calidad que permita a niños, niñas y adolescentes decidir autónomamente sobre su salud sexual y reproductiva en el futuro, contando con toda la información necesaria para que sus derechos no sean vulnerados.**

El abordaje de la sexualidad y la salud en la consulta

Al igual que todas las personas, la población LGBTIQ+ tiene necesidades de información, orientación y atención en diversos temas de su salud sexual. Los equipos de salud deben prepararse para incluir la orientación sexual, la identidad de género y las prácticas sexuales como variables trascendentes en la atención de todas las personas usuarias. No hacerlo implica seguir siendo parte de las barreras que operan dificultando el acceso a los servicios de salud, y constituye un riesgo en sí mismo. Resulta clave, además, proponer estas orientaciones teniendo en cuenta la etapa de la vida en que está la persona desde un enfoque de género y generaciones.

Aspectos a tener en cuenta:

- En general la educación sexual que han recibido las personas (y los equipos de salud) tiene una perspectiva heterocentrada con foco en la dimensión reproductiva. Eso aumenta la falta de información sobre acciones de prevención específicas para prácticas sexuales no heteroconformes como, por ejemplo, el uso de métodos de prevención de ITS.

- La sexualidad de las personas LGBITQ+ interpela los modelos y mandatos hegemónicos de sexualidad y género presentes en las sociedades, comunidades y familias. En algunas personas puede generar incomodidad, vergüenza, culpa y sensaciones negativas a la hora de ejercer su sexualidad, que son importantes de abordar en la consulta, desculpabilizando, explicando cómo los mensajes que se reciben desde la infancia vinculados a la sexualidad hegemónica impactan en los sentimientos, vivencias, etc.

- Las prácticas sexuales no tienen un vínculo causal con la orientación sexual o con la identidad de género de quien consulta. Por ejemplo, una mujer cis puede identificarse como heterosexual y mantener encuentros sexuales con mujeres, un varón cis puede identificarse como gay y mantener sexo vaginal insertivo con su pareja varón trans. Por lo que para realizar un buen asesoramiento, es necesaria la escucha activa, preguntar y abordar las prácticas sexuales de esa persona y no asumir respecto a otras características individuales.

- No sólo es importante orientar sobre métodos de prevención, sino también para el placer, preguntar si las relaciones sexuales son satisfactorias o si ha habido

cambios o alteraciones en la actividad sexual, incluso si ha habido experiencias negativas. Si la persona así lo quiere, se podrá abordar y realizar recomendaciones desde una perspectiva educativa como, por ejemplo, la posibilidad del uso de geles, entre otros.

- Los ciclos menstruales pueden ser problemáticos para algunas personas (por, ejemplo varones trans, personas no binarias) ya que pueden activar malestar o incomodidad con las características sexuales. Es importante preguntar sobre estos sentimientos en población LGBTIQ+ y brindar recomendaciones que abarquen desde el seguimiento del ciclo para conocer las fluctuaciones, recomendaciones sobre productos de higiene menstrual, indicaciones para el manejo del dolor, o uso de fármacos como anticonceptivos hormonales.
- En ocasiones existe temor respecto a procedimientos de prevención como el PAP cervical y el test para detección del Virus del Papiloma Humano (VPH, o HPV por sus siglas en inglés) en personas que lo requieren dentro de la población LGBTIQ+ (mujeres cis lesbianas o bisexuales, varones trans, personas intersex o no binarias con útero). En estos casos hay que realizar una orientación en profundidad, explorar experiencias previas traumáticas en un servicio de salud a la hora de realizarse este examen, relatos de pares, fantasías o miedos respecto a la posibilidad de introducción de un cuerpo extraño en su vagina, o incluso en algunos varones trans puede presentarse atrofia vaginal debido a la hormonización. Por lo antes dicho, hay que realizar una buena consejería, tener especial cuidado y usar un espéculo adecuado (tener disponibles todos los tamaños).
- Se recomienda indagar sobre aspectos que pueden aumentar la exposición a ITS en las prácticas sexuales como el uso de drogas, la utilización periódica de duchas vaginales o enemas, escaso uso de barreras de látex (condones o campos), así como el uso de aplicaciones para conocer parejas sexuales.

Para profundizar sobre estas consideraciones está disponible una serie de materiales sobre salud sexual y salud reproductiva dirigido a población LGBTIQ+ elaborado por el Colectivo Ovejas Negras con apoyo de UNFPA (Colectivo Ovejas Negras, 2023).

Infecciones de transmisión sexual

Las ITS constituyen un problema para la salud pública en nuestro país y en el mundo, tanto por la alta incidencia de infecciones agudas, como por sus complicaciones y secuelas, así como por su repercusión socioeconómica. La prevención y diagnóstico precoz de estas infecciones es fundamental para mejorar la salud de la población. Si bien la dimensión exacta del problema no es fácil de conocer por el subregistro existente y por las dificultades en realizar un diagnóstico precoz, la Organización Mundial de la Salud estima que cada día 1 millón de personas adquieren una ITS, la mayoría de ellas asintomáticas (OMS, 2025).

El conjunto de las ITS comprende una variedad de procesos patológicos infecciosos, de diversas etiologías. Más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes se transmiten a través del contacto sexual, incluido el sexo vaginal, oro anal y oro genital. Además, están surgiendo brotes de nuevas infecciones que pueden adquirirse por contacto sexual, como la ex viruela símica (Mpox, por sus siglas en inglés), *Shigella sonnei*, *Neisseria meningitidis*, Ébola y Zika, así como la reaparición de ITS desatendidas como el linfogranuloma venéreo. Esta situación muestra desafíos crecientes en la prestación de servicios adecuados para la prevención y el control de las ITS.

Las ITS, se manifiestan de forma muy diversa y muchas veces son asintomáticas. No toda infección del sistema o tracto reproductivo (ITR) es una ITS, ni toda ITS se traduce en una enfermedad del tracto genital o aparato reproductor. Muchas de las ITS son de expresión clínica esencialmente local o loco-regional, mientras que otras se manifiestan fuera de la esfera genital, por síntomas sistémicos.

La característica más importante desde el punto de vista epidemiológico es que se transmiten por contacto sexual predominantemente, pero no exclusivamente. De hecho, la gran mayoría de ellas pueden transmitirse por otras vías como vertical (persona gestante a hijo en el embarazo, parto o lactancia), sanguínea (por compartir instrumentos de inyección intravenosa o accidentes), o contacto estrecho no sexual (por compartir objetos contaminados como toallas, ropa interior o de cama).

Son múltiples las etiologías de las ITS que se transmiten a través del contacto sexual, incluido el sexo vaginal, anal y oral. Entre las ITS bacterianas más frecuentes se encuentran *Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea) y *Chlamydia trachomatis*. Entre las ITS virales más frecuentes, se destacan el virus del papiloma Humano (HPV), herpes simple genital (VHS), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de las hepatitis A, B y C, (VHA, VHB, VHC). Es importante destacar que para algunas de estas infecciones virales existen vacunas eficaces para su prevención.

Entre las ITS parasitarias son más frecuentes *Trichomonas vaginalis*, *Phthirus pubis* (ladillas) o *Sarcoptes scabiei* (sarna).

Los **determinantes de la transmisión** de ITS no están relacionados con la identidad de género ni con la orientación sexual. El tipo de microorganismo y las prácticas sexuales son las que determinan la transmisión desde el punto de vista biológico. Esto puede verse detallado en una tabla tomada de Montoya Herrera 2008, que se adaptó especialmente para esta guía. Cualquier persona puede tener cualquier tipo de práctica sexual, por lo que, desde el punto de vista de establecer un plan de prevención, **debemos conocer el tipo de práctica en cada persona**.

Probabilidad de Transmisión según la práctica sexual								
	Boca pene	*Boca ano*	*Boca vulva*	*Penetra-ción anal o vaginal*	*Vulva vulva*	*Pene pene*	*Compartir juguetes sexuales*	*Manos genitales*
Chlamydiasis	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si (*)	No
Gonorrea	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	Si	Si (*)	No
Sífilis	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí	Si	Si	Si (*)	Sí (1)
VPH	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	Si	Sí	Sí
Herpes	Si (1)	Si (1)	Si (1)	Sí (1)	Si	Si	Si (*)	Sí (1)
VIH	Si (*)	Si (*)	Si (*)	Sí	Si (*)	Si (*)	Sí	No
Hepatitis A	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No
Hepatitis B	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	Si	Sí	No
Hepatitis C	No	No	No	Si (*)	Si (*)	Si (*)	Sí (1)	No
Referencias: Si (1) Es posible la transmisión si existe lesión Si (*) Bajo riesgo								

Fuente: Montoya, 2008 Modificado por MSP Uruguay, 2017. Adaptación propia.

Además de estos determinantes biológicos, existen otros determinantes que llevan a los individuos a contraer ITS, y mediante el estudio de ellos es que podemos establecer poblaciones clave o prioritarias hacia dónde dirigir los esfuerzos de prevención desde una perspectiva de salud pública. Por tanto, es importante diferenciar lo que es el abordaje en salud individual, donde es importante conocer factores biológicos, prácticas sexuales, y determinantes sociales de la persona, con el abordaje de diseño de políticas de salud pública donde es relevante conocer además el comportamiento de los grupos humanos para poder impactar favorablemente en la salud y evitar la vulneración de los derechos.

Existen múltiples reportes nacionales y, sobre todo, globales, que muestran que la probabilidad de adquirir una ITS no es igual para toda la población. Existen factores favorecedores como son:

- Situación de exclusión social, nivel socioeconómico y cultural, falta de acceso a información y educación sexual integral.
- Estigma y discriminación que aumenta la exposición a violencia, afecta la capacidad de decidir sobre el uso de métodos preventivos de barrera y dificulta el acceso oportuno a servicios de salud.

- Tipo de práctica sexual y rol en ella (las personas que practican sexo vaginal u anal receptivo tienen un mayor riesgo de contraer ITS).
- Menor percepción de riesgo en adolescentes o personas mayores.
- Consumo de drogas y alcohol que dificulta la toma de decisión respecto a prevención. específicas en el contexto de consumo de drogas como Chemsex.
- Sesiones sexuales prolongadas y con mayor traumatismo de mucosas.
- Presencia de otras ITS, que aumenta el riesgo de coinfección por diversos factores, entre ellos el daño de las mucosas.

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

1. Métodos de barrera

Mantener relaciones sexuales implica la posibilidad potencial de contraer una o más ITS. La probabilidad disminuye con distintos métodos de prevención. Los más difundidos y altamente recomendados son los de barrera, su efectividad dependerá de la práctica sexual que se mantenga, del uso consistente (del inicio al fin del encuentro) y de la ITS que se busque prevenir. En cuanto a su uso, muchas personas deciden voluntariamente no usarlos y otras no pueden negociar su uso con sus parejas sexuales.

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

Se utilizan:

- el campo de látex o dique dental
- el preservativo externo (antes llamado masculino)
- el preservativo interno (antes llamado femenino)

A la hora de hacer recomendaciones a las personas, es fundamental conocer el tipo de prácticas sexuales (frecuentes y esporádicas): en el caso de penetración anal o vaginal, con el pene o juguetes sexuales, utilizar el preservativo externo o interno, en el caso de contacto oro-genital con un pene, el preservativo externo o el campo de látex y para el contacto boca vulva es recomendable el uso del campo de látex. Además del preservativo externo, de látex, que cubrirá el pene o juguetes sexuales, a continuación, se mencionan los métodos de barrera menos conocidos y difundidos.

El campo de látex puede confeccionarse con un preservativo externo, recortado con una tijera, lo que genera un cuadrado de látex que se usará como barrera. La barrera evita el contacto con las secreciones corporales, puede utilizarse para practicar sexo oral vaginal y/o anal. Si bien en algunos países existe oferta comercial de este método,

en Uruguay se trata de un método casero y la superficie abarcada a veces es pequeña. Se sugiere usar los preservativos externos extra grandes para que las barreras sean más apropiadas, el campo de látex no es reutilizable. Aunque conocido y moderadamente difundido sobre todo entre mujeres lesbianas, el campo de látex es un método poco utilizado y con efectividad poco investigada.

El preservativo interno, sin gran difusión actual en nuestro país, no está disponible en el mercado, se encuentra en las instituciones de salud en las que es provisto por el MSP. En otros países de la región, como Brasil, tiene un uso extendido en la población. Aunque diseñado para ser colocado desde la vulva hacia la vagina, también es utilizado para el sexo anal. En relación con su colocación, el anillo interno, situado en el extremo más pequeño del preservativo, debe deslizarse profundamente en la vagina o el ano. El anillo más pequeño puede quitarse para mantener sexo anal, si es que incomoda a alguna de las partes. Es recomendable colocarlo algunos minutos antes de la práctica sexual para que el material se vuelva más flexible dado que no es de látex. No es reutilizable. Se debe tener en cuenta que este método no es recomendable para la prevención de ITS en prácticas sexuales entre dos personas con vulva.

El uso de lubricantes, muchas veces asociado a la elección de los métodos de barrera, es importante de mencionar. La elección de este recurso tiene que ver con aliviar la sequedad, prevenir lesiones y buscar un ejercicio de la sexualidad más placentero. Es importante verificar que los lubricantes sean compatibles con preservativos de látex. Los lubricantes de base acuosa son la opción más segura y recomendada para evitar el riesgo de rotura de preservativos.

Limitaciones de los métodos de barrera:

El uso del **preservativo externo** se ha promovido de forma casi exclusiva para las prácticas que implican penetración. Sin embargo, no se han promovido tanto medidas de protección para otras prácticas, como el sexo oro-genital a partir del cual se transmiten varias ITS, sobre todo sífilis, herpes simple, hepatitis o gonorrea, entre otras. Como ya mencionamos las prácticas oro-genitales no dependen de la orientación sexual ni identidad de género, por lo que en este sentido no hay recomendaciones específicas para población LGBTIQ+. Lo verdaderamente importante es colaborar para la difusión de la necesidad del uso de métodos de barrera en el sexo oro-genital y el empoderamiento de las personas para la prevención de la transmisión de ITS por esta vía muchas veces desestimada como causa de adquisición de ITS.

Las causas de “no uso” de métodos de barrera son: falta de información y acceso, falta de dispositivos adecuados, costumbres y preferencias, alteraciones en la percepción de placer y satisfacción sexual, etapas precontemplativas y contemplativas con respecto al riesgo, vínculo asimétrico (ejercicio de poder/violencia). Pero una dificultad y problema adicional es el uso inconsistente, es decir, usar métodos de barrera, pero

no de principio a fin del encuentro sexual o no en todas las ocasiones, lo que hace que la eficacia del método baje drásticamente. Varios estudios a nivel nacional e internacional muestran que la población conoce la eficacia de los métodos de barrera para prevenir las ITS, pero al momento del uso por distintas razones no se utiliza o no se utiliza consistentemente. Las cifras de uso consistente rondan la mitad de los encuentros sexuales, con variaciones, según sitios y poblaciones específicas. Estos datos se mantienen durante décadas, motivo por el que muchos autores refieren que el uso de métodos de barrera tiene un "techo" y que, por tanto, es necesario incorporar fuertemente otras herramientas de prevención complementarias en el contexto de "prevención combinada".

2. Prevención combinada

Se trata de un conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia científica que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH (y otras ITS) de personas y comunidades específicas. Su meta es disminuir el número de nuevas infecciones mediante actividades que tienen un impacto sostenido de mayor magnitud (ONUSIDA, 2020).

Las estrategias de **prevención combinada recomendadas por la OMS** son las siguientes: (ONUSIDA, 2020)

- Acceso a barreras de látex y lubricantes de base acuosa
- Educación sexual integral
- Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
- Reducción de daños en el contexto de uso de sustancias psicoactivas
- Prevención de la transmisión materno fetal de VIH y otras ITS
- Profilaxis post Exposición al VIH (PEP, por sus siglas en inglés)
- Profilaxis pre Exposición al VIH (PrEP, por sus siglas en inglés)
- Detección y tratamiento del VIH como prevención (Tap, por sus siglas en inglés)
- Detección y tratamiento de las hepatitis e ITS
- Vacunación para hepatitis y HPV

Ya comentamos la importancia de la recomendación y las acciones para promover el uso de barreras de látex y lubricantes, desarrollaremos en adelante, las intervenciones biomédicas de la prevención combinada de VIH e ITS en general disponibles.

En ningún caso estas herramientas/estrategias son contrapuestas, es decir, no hay que optar por una de ellas en desmedro de las otras. Al contrario, son absolutamente complementarias y en general, ninguna de ellas es suficiente para disminuir o eliminar las ITS, sino que en conjunto es cuando presentan la mayor eficacia.

Esta estrategia, promocionada desde hace más de una década por OMS/OPS y ONUSIDA, cuenta con evidencia científica sólida en ensayos clínicos, así como en estudios de "vida real", que muestran un descenso significativo de las nuevas infecciones por VIH o VPH, por ejemplo. Pese a esto, en Uruguay se requiere mayor énfasis en su implementación. Es de gran relevancia que los equipos de salud conozcan e implementen la prevención combinada y así ofrecerle a la población estas herramientas adaptadas a cada persona.

Es fundamental detectar oportunamente una ITS e intervenir mejorando la salud individual y colectiva disminuyendo la transmisibilidad para alcanzar un mayor estado de bienestar en quienes tienen una sexualidad activa. En general, el acceso a los servicios de salud, para consultas vinculadas a ITS suele dilatarse vinculado a barreras culturales, en las que se suele asociar por parte de la población así como el equipo de salud a las ITS con "inmoralidad", "promiscuidad", "vergüenza" etc. Sumado a lo anterior, esta situación expone la sexualidad en la consulta médica, algo que no está naturalizado. La población LGBTIQ+ históricamente ha sido violentada desde diferentes dispositivos y en distintos ámbitos incluyendo el sanitario y puede sentirse que será juzgada, discriminada y estigmatizada.

Invitamos a reflexionar sobre la necesidad de naturalizar en la consulta médica (y con los demás integrantes del equipo de salud) la conversación sobre la sexualidad, diversidad, prácticas sexuales, ITS, prevención y tratamientos sin el componente "negativo" o "punitivo" que expulsa a las personas de los centros de salud.

3. Recomendaciones sobre ITS con énfasis en población LGBTIQ+

El presente apartado no pretende hacer una descripción exhaustiva de las ITS, sino hacer énfasis en aspectos que son relevantes cuando se brinda una atención con perspectiva de diversidad sexual. Para más información sobre ITS sugerimos ampliar con la bibliografía recomendada.

Cuando se indica cualquiera de las vacunas mencionadas en este apartado, no es necesario especificar en la receta médica la pertenencia de la persona a ningún grupo poblacional específico al hacer la indicación.

Hepatitis virales

- Hepatitis A. Si bien clásicamente no se considera una ITS, la práctica sexual de contacto oral – anal implica un riesgo de exposición en caso de que una de las personas esté cursando la infección (que puede ser asintomática). De hecho, en los últimos años se han reportado brotes mediante esta vía de transmisión. Aunque el uso de campo de látex no la previene completamente, puede ser útil dado que el virus puede encontrarse en las superficies anales y perianales. Todas las personas que tienen prácticas oro-anales y múltiples parejas sexuales, tienen indicación de vacunación contra la Hepatitis A. Esta vacuna está incorporada desde el año 2008 al certificado esquema de vacunación (15 y 21 meses de vida) y tiene cobertura desde 2024, de forma gratuita, en hombres que tienen sexo con hombres. Antes de indicar la vacunación, es deseable, aunque no imprescindible, conocer el estado serológico para VHA dosificando la IgG específica en sangre, indicándose la vacunación si la misma es negativa (MSP, 2024).
- Hepatitis B. En Uruguay la prevalencia global se considera baja (menor a 2%), pero estas cifras pueden llegar a situarse en rangos de prevalencia intermedia o elevada en varones gays (2%-7% o mayor a 8%), aunque no existe una estadística sistematizada. Actualmente la vacunación preventiva para la Hepatitis B está disponible en todos los servicios de salud, es gratuita y se puede recomendar a personas sexualmente activas, y es la forma más eficaz de prevención (incorporada al certificado esquema de vacunación en 1999 y obligatoria en personal de salud desde 2005). Antes de indicar la vacunación contra VHB, es deseable conocer el perfil serológico de la persona. En el caso de que la persona sea “susceptible” es decir, no haya cursado previamente y la serología sea negativa, debe indicarse la vacunación de Hepatitis B. En el caso de que la persona esté cursando la infección (ya sea de forma aguda o crónica) está fuertemente indicada la vacunación a los contactos sexuales y convivientes, además del tratamiento específico de la Hepatitis B, si corresponde (MSP, 2024).
- Hepatitis C. Se recomienda el testeo periódico de esta infección en población sexualmente activa (MSP, 2022). Para ello debe solicitar serología de VHC. La transmisión sexual en población LGBTIQ+ no ha sido bien estudiada aún, sin embargo, se han descrito brotes en comunidades de varones gays vinculado a prácticas específicas como el chemsex (sexo bajo la influencia de drogas o chemsex), lo que hace planteable una mayor susceptibilidad entre estos. Desde hace algunos años es posible la cura de la infección por VHC. El tratamiento es seguro, de breve duración (en general 12 semanas), lo brinda el Fondo Nacional de Recursos y es altamente efectivo, logrando la curación en 9 de cada 10 personas tratadas. (FNR, 2025)

Virus del Papiloma Humano

Se trata de la ITS más frecuente a nivel mundial. Los genotipos de "alto riesgo oncogénico" se asocian a cáncer escamoso en múltiples localizaciones: cuello uterino, ano, vulva, vagina, pene y cavidad oral y orofaringe. Los genotipos de "bajo riesgo oncogénico" se asocian a verrugas genitales (Doorbar y col., 2012).

La infección por HPV en la población LGBTIQ+ presenta características epidemiológicas y clínicas particulares según la identidad de género, orientación sexual y prácticas sexuales. En HSH, la prevalencia de VPH anal es alta, con tasas que alcanzan hasta el 92% para cualquier genotipo y 84% para genotipos de alto riesgo, especialmente en usuarios de PrEP y en personas viviendo con VIH (Cote y col., 2021; Villoslada y col., 2025).

La coinfección con múltiples genotipos es frecuente, y los genotipos de alto riesgo más prevalentes incluyen HPV-16, HPV-18, HPV-52 y HPV-66, los cuales se asocian con lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL) y mayor riesgo de cáncer anal (Villoslada y col., 2025; Poyten y col., 2018; Poyten y col, 2021).

El HPV se adquiere principalmente por contacto piel-mucosa durante relaciones sexuales. La transmisión entre mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) está documentada. El HPV puede detectarse en cervix, vagina y vulva de mujeres que nunca han tenido sexo con hombres, y se han reportado lesiones intraepiteliales, tanto de bajo como de alto grado en este grupo (Workowski y col., 2021). En mujeres transgénero existe una alta prevalencia de HPV anogenital, con tasas de infección por HPV de alto riesgo superiores al 50% (Leone y col., 2023). Además, las mujeres trans sometidas a vaginoplastia pueden adquirir HPV neovaginal (Lewis y col., 2019). En hombres trans, la prevalencia de HPV cervical de alto riesgo se ha estimado en torno al 16% (Lewis y col., 2023).

La seroprevalencia de HPV en HSH es comparable a la de mujeres, y significativamente mayor que en hombres que tienen sexo exclusivamente con mujeres, lo que se atribuye a la exposición en epitelio mucoso (Lewis y col., 2019). El riesgo de persistencia y progresión a lesiones de alto grado y cáncer es mayor en personas con inmunosupresión, especialmente aquellas con VIH y recuentos bajos de CD4 (Villoslada y col., 2025; Poyten y col, 2021).

Prevención de la infección de HPV

El uso consistente del preservativo externo previene alrededor del 50-70% de las infecciones (Winer y col., 2006), la eficacia del preservativo interno y los campos de látex no está bien establecida.

La vacunación es la estrategia de prevención más importante. Las vacunas son seguras y altamente eficaces (Arbyn y col., 2018). La vacuna cuadrivalente contiene los

dos genotipos que se asocian con mayor frecuencia al cáncer en distintas localizaciones (HPV-16 y HPV-18) y los dos genotipos que se asocian con mayor frecuencia a verrugas genitales (HPV-6 y HPV-11). La vacuna nonavalente además de contener los genotipos anteriores agrega la prevención de cinco genotipos asociados con cáncer. En Uruguay, la vacuna integra el esquema de vacunación y es gratuita desde los 11 hasta los 26 años para todas las personas. En 2024 se extendieron las recomendaciones de vacunación, siendo gratuita hasta los 45 años para personas con lesiones premalignas de alto grado en el cuello uterino u otras localizaciones, HSH y mujeres trans, entre otras.

Prevención de cáncer asociado al HPV

El tamizaje de lesiones premalignas de cuello uterino y ano se realiza a través de la citología con técnica de Papanicolaou (PAP) y la detección de genotipos de alto riesgo oncogénico con los "test de HPV".

El momento de la comunicación sobre el PAP y la toma de muestras en población LGBTIQ+ debe tener en cuenta los temores y las dudas que pueden existir en torno a este procedimiento, así como información errónea que pueda haber recibido la persona, incluso desde integrantes del equipo de salud (ej.: que las mujeres cis lesbianas "no lo necesitan", que "no se puede hacer" en hombres trans, desconocimiento sobre el PAP anal y su indicación, etc).

Uruguay ha adoptado recientemente nuevas recomendaciones para el **tamizaje de cáncer de cuello uterino** (MSP, 2023), alineadas con las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas pautas establecen el **inicio del cribado a los 25 años, teniendo en cuenta el estado vacunal**, e incorporan el **test de VPH**. Estas recomendaciones se aplican a todas las personas con útero.

En cuanto al **tamizaje de cáncer anal**, para personas asintomáticas está recomendado el examen digital ano rectal y citología anal (conocido como PAP anal) y/o test de HPV a diversos grupos con una incidencia ≥ 10 veces mayor que la de la población general. (Stier y col., 2024). Dentro de estos grupos se encuentran HSH y mujeres trans con VIH (este es el grupo de mayor riesgo y el tamizaje comienza a los 35 años), otras personas con VIH, HSH y mujeres trans sin VIH (donde se propone iniciar el tamizaje a los 45 años). Aquellas personas que tengan la citología anal alterada o HPV 16 anal deben ser derivadas para realizar anoscopía de alta resolución (al momento actual disponible en Hospital de Clínicas y dos centros privados de Montevideo). Dado que recientemente el estudio ANCHOR (Palefsky y col., 2022) ha demostrado que el tratamiento de las lesiones escamosas intraepiteliales anales de alto grado (HSIL) reduce significativamente el riesgo de progresión a cáncer anal en HSH y mujeres trans con VIH y que se trata del grupo de mayor riesgo se recomienda priorizar a estos grupos.

Más allá de la indicación de paraclínica, **se recomienda realizar a todas las personas, anualmente, una anamnesis dirigida sobre síntomas anales** (prurito, sangrado, dolor, lesiones o tumoraciones), independientemente de la historia de prácticas sexuales anales y que la decisión del inicio del tamizaje sea en un contexto de toma de decisiones compartida, siempre que exista una capacidad adecuada para realizar procedimientos diagnósticos (anoscopia de alta resolución).

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

La aparición del VIH en los años 80 incrementó el estigma de la población LGBTIQ+, que por esos años había comenzado recientemente su lucha contra la discriminación social. Se denominó a la infección como la "peste rosa", como forma peyorativa de referirse a los varones gays y colocando al VIH como una infección exclusiva de esa población. Durante la década del 90 surgió "el discurso del sexo seguro" con una paulatina desestigmatización de la homosexualidad, vinculada con un crecimiento de la transmisión heterosexual del virus (Muñoz, 1996).

Los efectos de ese estigma persisten aún hoy y representan una barrera en el acceso para muchas personas. Es preciso tener esto en cuenta al brindar información sobre el tema, proponer el testeo o preguntar sobre los antecedentes personales de salud en población LGBTIQ+, ya que el sistema de salud ha sido y sigue siendo un lugar hostil en el que también se replica el estigma.

No obstante, no debe perderse la oportunidad de hablar este tema en la consulta considerando que en Uruguay, según los reportes existentes, la prevalencia de infección por VIH se estima alrededor de un 0,5% de la población en general, pero llega a casi 10% en varones gays y bisexuales y a 20% en mujeres trans que ejercen el trabajo sexual (MSP, 2013a; MSP, 2013b). En este dato influyen múltiples factores. Si bien existe un componente biológico vinculado a prácticas sexuales (mayor riesgo de transmisión en el sexo anal), la influencia del estigma y discriminación afecta en aspectos como el acceso a métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento (ver modelo de estrés de las minorías en Módulo 2).

Desde el equipo de salud, es posible aportar a profundizar el conocimiento en Uruguay sobre los datos de VIH y su impacto en población LGBTIQ+, completando de forma adecuada el formulario de notificación de caso de VIH, cuando se hace un nuevo diagnóstico (MSP, 2021).

Vivir con VIH en la actualidad es muy distinto a cómo era en la década de los 80 o 90. Si se realiza diagnóstico temprano, se establece un tratamiento eficaz y se logra la adherencia de la persona en el sistema con el cuidado y tratamiento indicado, la expectativa de vida es similar a la de la población general (ONUSIDA, 2014).

En personas trans, vivir con VIH y estar en tratamiento no sólo no contraindican la terapia hormonal sino que algunos autores plantean que, estar en tratamiento de afirmación de género con suministro de hormonas mejora el compromiso y la adhesión al tratamiento (Sevelius y col., 2014)**.**

Los antirretrovirales (ARV) son los medicamentos específicos utilizados para combatir el VIH. Continuamente surgen nuevos fármacos y asociaciones de fármacos que tienden a mejorar la calidad de vida, disminuyendo los efectos no deseados y tendiendo a la posología en dosis únicas diarias o incluso inyectables mensuales o semestrales.

Las pautas establecen que debe ofrecerse a todas las personas con VIH iniciar el tratamiento antirretroviral (TARV) sin importar cuál sea su recuento de células CD4. En las guías nacionales se encuentran los planes para comenzar y no existe impedimento legal en Uruguay para la indicación por parte del o la médico/a tratante (MSP, 2023).

Se debe tener en consideración que, frecuentemente, las personas LGBTIQ+ previamente ya han sufrido vulneraciones y violaciones a sus derechos en distintos ámbitos y en sus variadas dimensiones. Por eso, ante la presencia de un diagnóstico de VIH, es importante abordar este punto en algún momento del proceso.

Para realizar el diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz y retención en cuidados es necesario que el sistema de salud sea amigable a la comunidad LGBTIQ+.

Indetectable = Intransmisible

Desde 2009 diferentes estudios muestran que, cuando una pareja sexual es serodiscordante (un integrante vive con VIH y el otro no) y la persona con VIH tiene la **carga viral indetectable, la probabilidad de transmisión es cero** (OMS, 2023). Esta información confirma al TARV como una estrategia de prevención de la transmisión de VIH altamente eficiente a nivel individual y a nivel poblacional que es aún desconocida por la población y en algunos casos por el personal de salud.

Durante la 12° Conferencia Internacional de SIDA, que tuvo lugar en Brisbane (Australia) en 2023, las organizaciones sociales lanzaron la campaña **"Diga Cero"** (#SayZero en inglés), dirigida a profesionales de salud. Desde el punto de vista de los derechos de las personas, este hallazgo científico debe ser comunicado con claridad para lograr que las personas lo utilicen como un método de prevención.

Profilaxis pre y post exposición a VIH

Otras formas de prevención de la transmisión con probada eficacia son la profilaxis pre y post exposición al VIH. A continuación, se presenta un resumen de estos tratamientos. Para profundizar sobre estas estrategias de prevención sugerimos consultar los documentos elaborados por la Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina (Universidad de la República) citados en la bibliografía (Cabrera y Frantchez, 2020; Frantchez, Arteta y Cabrera, 2021).

- PrEP. Se utilizan fármacos ARV en personas VIH negativas para impedir que se produzca la transmisión. Existen múltiples trabajos científicos con evidencia robusta sobre esta estrategia, particularmente en parejas de varones gay, tanto en monogamia como en quienes tienen múltiples parejas sexuales. En situaciones ideales se administra un comprimido coformulado con los dos principios activos indicados (Tenofovir + Emtricitabina o Lamivudina). Actualmente, por las limitaciones del Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) vigente en Uruguay, la mayoría de los prestadores del SNIS sólo tiene disponible la posología de Lamivudina + Tenofovir por separado (tres comprimidos por día). En ASSE (prestador público) se encuentran disponibles los comprimidos coformulados en todo el país. El método puede utilizarse de manera permanente en una pauta diaria o intermitente “guiada por eventos”, adaptándola a cada situación. Es necesario ampliar la utilización de la PreP en quienes están en riesgo de adquirir el VIH para disminuir el número de nuevas infecciones, alentamos a los equipos de salud a utilizar esta herramienta con frecuencia ya que es muy eficaz y segura.

- PEP. Es el TARV a personas VIH negativas luego de que estuvieron expuestas a una posible transmisión. Debe iniciarse idealmente dentro de las primeras seis horas y como máximo hasta las 72 horas posteriores al contacto sexual. Por este motivo, debe estar disponible en todo servicio que cuente con puerta de emergencia. La persona debe mantener la adherencia a la toma diaria durante cuatro semanas. Esta estrategia impide con alta eficacia la infección en el caso de que el virus haya estado en contacto con las mucosas en la relación sexual. Debe ofrecerse a toda persona que haya tenido una exposición de riesgo, sin consentimiento (abuso sexual) o con consentimiento.

Sífilis

A partir de la situación epidemiológica actual, en la que se observa un aumento sostenido de la sífilis a nivel poblacional entre 2020 y 2024 (MSP, 2025), se considera relevante mencionar algunos puntos. La sífilis afecta de forma desproporcionada a la población LGBTQ+, especialmente a varones gays y bisexuales, otros HSH, mujeres trans y personas que ejercen el trabajo sexual, particularmente aquellas viviendo con

VIH (Solomon y Mayer, 2015). Es prioritario que los equipos de salud recomienden el testeo frecuente para sífilis y realizar tratamiento de la persona afectada y su/s pareja/s sexual/es (iniciando el tratamiento aún sin estudio confirmatorio).

Prevención combinada en Sífilis y otras ITS bacterianas

En línea con la estrategia de prevención combinada antes presentada, en los últimos años existen recomendaciones relacionadas con la prevención de sífilis mediante la implementación de **Profilaxis post exposición con doxiciclina**, conocida como **Doxy-PEP**. Se trata de una estrategia biomédica que consiste en el uso autogestionado de doxiciclina por vía oral dentro de las 72 horas de un contacto sexual para reducir el riesgo de adquirir ITS de origen bacteriano, particularmente Clamidia y Sífilis.

Esta práctica está recomendada para HSH y mujeres trans con historia de al menos una ITS bacteriana en los últimos 12 meses. Se administra una dosis única de 200 mg vía oral de Doxciciclina, idealmente antes de las 24 hs y hasta 72 hs luego de sexo anal, oral o vaginal (CDC, 2024).

En el año 2025, Sokoll y col. publicaron una revisión sistemática para identificar la eficacia, adherencia, seguridad e impacto en la resistencia antimicrobiana de la profilaxis postexposición con doxiciclina (Doxy-PEP) en diferentes poblaciones. Se incluyeron cuatro estudios desarrollados entre los años 2015 y 2022 con un total de 1.727 participantes. Un 73% entraban dentro de la categoría epidemiológica de HSH y la mediana de edad oscilaba entre los 24 y 43 años. La Doxy-PEP redujo el riesgo de tener cualquier ITS bacteriana en diferentes poblaciones en un 46%, el riesgo de Chlamydia en un 65% y de sífilis en un 77%, sin efecto significativo en el riesgo de infección por gonorrea. La tasa de adherencia autoinformada de la Doxy-PEP fue de aproximadamente el 80% y se informó un único evento adverso grave relacionado con el fármaco. Dentro de las conclusiones del estudio se plantea que aún se carece de información sobre la inducción de resistencia bacteriana y los efectos adversos a largo plazo (Sokoll y col., 2025).

La decisión sobre la prescripción de la Doxy PEP debe ser compartida con la persona expuesta a ITS, tras informar sobre su uso, efectividad, beneficios y riesgos que conlleva su administración

Vacunas recomendadas para prevenir ITS en población LGBTIQ

Vacuna	Número de dosis	Grupos en los que está indicada	Comentarios
Hepatitis A	**2**	Durante la infancia (incluida en el certificado esquema de vacunación - CEV), mujeres trans, HSH y personas que tienen prácticas sexuales oro anales	Es importante conocer las prácticas para individualizar la indicación
Hepatitis B	**3**	CEV, HSH, mujeres trans, personas adultas con múltiples parejas sexuales	Es importante conocer las prácticas para individualizar la indicación
Virus del Papiloma Humano	**1** (11 a 26 años), **2** (inmunocompetentes 27 a 45 años), **3** (inmunocomprometidos o lesiones premalignas).	Personas de 11 a 26 años y hasta los 45 años HSH, mujeres trans, personas con múltiples parejas sexuales, personas viviendo con VIH o con inmunosupresión	Indicada en población general
MPox	**2**	Varones gays	No disponible de forma constante en Uruguay, indicada especialmente en situación de brotes

Conclusiones

Conocer la forma en que las ITS se vinculan con las prácticas sexuales de las personas es importante a la hora de hacer recomendaciones de prevención y fortalecer los recursos individuales cuando se plantean tratamientos. Adicionalmente, dado que tenemos evidencia de la afectación desigual y desproporcionada de algunas ITS en personas LGBTIQ+, incorporar la perspectiva de diversidad sexual en las estrategias que se implementen se vuelve esencial para tener un impacto a nivel poblacional, como política de salud pública.

Existen disponibles una gran diversidad de herramientas que cuidan la salud de este colectivo y con las cuales los equipos de salud deben estar familiarizados y tener la posibilidad de la indicación, además las comunidades deben empoderarse con estas herramientas, apropiarse de ellas con el objetivo de que el ejercicio de la sexualidad esté libre de problemas de salud relacionados.

Referencias Bibliográficas

Arbyn, M., Xu, L., Simoens, C., & Martin-Hirsch, P. P. (2018). Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018(5), CD009069. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009069.pub3

Cabrera, S., Frantchez, V. (2020). 10 puntos sobre profilaxis pre exposición sexual al VIH. Guía de consulta rápida para profesionales de la salud. Uruguay. Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, UdelaR; ONUSIDA; UNFPA.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). Clinical guidelines on the use of doxycycline postexposure prophylaxis for bacterial sexually transmitted infection prevention, United States. U.S. Department of Health and Human Services.

Colectivo Ovejas Negras (2023) "Al fin un folleto que me habla" - Hablemos de SAlud Sexual y Reproductiva. Disponible en: "Al fin un folleto que me habla": campaña gráfica de promoción de la salud de las personas LGBITQ+

Colectivo Ovejas Negras, UDELAR, UNFPA (2024) Curso virtual "Salud y Diversidad Sexual" disponible en en Campus Virtual de OPS. https://campus.paho.org/cursospaises/mod/book/view.php?id=91338

Cotte, L., Veyer, D., Charreau, I., et al. (2021). Prevalence and incidence of human papillomavirus infection in men having sex with men enrolled in a pre-exposure prophylaxis study: A sub-study of the Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les Hépatites Virales "Intervention Préventive de l'Exposition aux Risques Avec et pour les Hommes Gays" trial. Clinical Infectious Diseases, 72(1), 41–49. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa002

Doorbar, J., Quint, W., Banks, L., Bravo, I. G., Stoler, M., Broker, T. R., et al. (2012). The biology and life-cycle of human papillomaviruses. Vaccine, 30(Suppl. 5), F55–F70. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.06.083

Fondo Nacional de Recursos - FNR (2025) Hepatitis C [Página web]. Disponible en: Hepatitis C - Fondo Nacional de Recursos

Frantchez, V., Arteta, Z., Cabrera, S. (2021) 10 Puntos sobre profilaxis pos exposición sexual al VIH. Uruguay, Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, ONUSIDA, UNFPA.

Ministerio de Salud Pública (2025) Boletín epidemiológico de infecciones de transmisión sexual [Informe] Disponible en: Boletín epidemiológico de infecciones de transmisión sexual | Ministerio de Salud Pública

Leone, A. G., Trapani, D., Schabath, M. B., et al. (2023). Cancer in transgender and gender-diverse persons: A review. JAMA Oncology, 9(4), 556–563. https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.7173

Lewis, R. M., Markowitz, L. E., Panicker, G., & Unger, E. R. (2019). Seroprevalence of human papillomavirus 6/11/16/18 among self-identified gay/bisexual men who have sex with men, men who have sex with women, and females, United States, 2003–2010. Clinical Infectious Diseases, 69(6), 1011–1018. https://doi.org/10.1093/cid/ciy1002

Ministerio de Salud Pública (2024) Manual Nacional de Inmunizaciones 2024. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2023a) Guía de recomendaciones de tratamiento antirretroviral. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2023b) Guía de práctica clínica de prevención de cáncer de cuello de útero Disponible en: Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero | Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública (2022) Guía nacional para el abordaje de las hepatitis B y C en los distintos niveles de atención. Parte 2. Tratamiento de las hepatitis B y C. Poblaciones especiales. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2021) Ordenanza N° 815/021. Formulario de notificación de caso de VIH. Disponible en: Ordenanza N° 815/021 Formulario de notificación de caso de VIH | Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública (2019) Pautas para la atención integral de personas que ejercen el trabajo sexual. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2018a) Guía de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2018b) Vacunación en situaciones especiales. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública (2016) Pautas de Atención a personas con VIH en el primer nivel de atención.

Ministerio de Salud Pública (2013a). Situación y desafíos para la inclusión social y el derecho a la salud de las personas trans femeninas en Uruguay. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública (2013b). Una ventana abierta al conocimiento de los desafíos existentes para el ejercicio al derecho a la salud de los hombres que tienen sexo con hombres en Uruguay. Montevideo: MSP.

Montoya Herrera, O. (2008). Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud. Quito: Fundación Ecuatoriana Equidad.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2025) Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Página web]. Disponible en: Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Organización Mundial de la Salud (2023) The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Disponible en: Reporte OMS VIH

Palefsky, J. M., Lee, J. Y., Jay, N., Goldstone, S. E., Darragh, T. M., Dunlevy, H. A., et al.; ANCHOR Investigators Group. (2022). Treatment of anal high-grade squamous intraepithelial lesions to prevent anal cancer. The New England Journal of Medicine, 386(24), 2273–2282. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2201048

Poynten, I. M., Jin, F., Garland, S. M., et al. (2021). HIV, immune dysfunction, and the natural history of anal high-risk human papillomavirus infection in gay and bisexual men. The Journal of Infectious Diseases, 224(2), 246–257. https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa723

Poynten, I. M., Waterboer, T., Jin, F., et al. (2018). Human papillomavirus seroprevalence and association with anal HPV infection and squamous intraepithelial lesions in Australian gay and bisexual men. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 27(7), 768–775. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0694

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - ONUSIDA (2020) Prevención Combinada de la Infección por el VIH [Página web]. Disponible en: Prevención Combinada de la Infección por el VIH - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - ONUSIDA (2014) The Gap Report 2014. People living with HIV. Disponible en: PEOPLE LIVING WITH HIV

Sevelius, J.M., Patouhas, E., Keatley, J.G., Johnson, M.O. (2014). Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human mmunodeficiency virus. Ann Behav MedPub lSoc Behav Med. Feb;47(1):5-16.

Sokoll, P. R., Migliavaca, C. B., Döring, S., Traub, U., Stark, K., & Sardeli, A. V. (2025). Efficacy of postexposure prophylaxis with doxycycline (Doxy-PEP) in reducing sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. Sexually Transmitted Infections, 101(1), 59-67.

Solomon, M. M., & Mayer, K. H. (2015). Evolution of the syphilis epidemic among men who have sex with men. Sexual health, 12(2), 96–102. https://doi.org/10.1071/SH14173

Stier, E. A., Clarke, M. A., Deshmukh, A. A., Wentzensen, N., Liu, Y., Poynten, I. M., Cavallari, E. N., Fink, V., Barroso, L. F., Clifford, G. M., Cuming, T., Goldstone, S. E., Hillman, R. J., Rosa-Cunha, I., La Rosa, L., Palefsky, J. M., Plotzker, R., Roberts, J. M., & Jay, N. (2024). International Anal Neoplasia Society's consensus guidelines for anal cancer screening. International Journal of Cancer, 154(10), 1694–1702. https://doi.org/10.1002/ijc.34850

Villoslada, A., Rodríguez, A., Sorni, P., et al. (2025). The role of human papillomavirus genotypes on anal squamous intraepithelial lesions among gay, bisexual and other men who have sex with men living with HIV: Beyond HPV-16. Journal of Medical Virology, 97(9), e70596. https://doi.org/10.1002/jmv.70596

Winer, R. L., Hughes, J. P., Feng, Q., O'Reilly, S., Kiviat, N. B., Holmes, K. K., et al. (2006). Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. The New England Journal of Medicine, 354(25), 2645–2654. https://doi.org/10.1056/NEJMoa053284

Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., et al. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recommendations and Reports, 70(4), 1–187. https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1

Capítulo 5
Salud mental y diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos.

Gonzalo Gelpi, Alejandra López Gómez y Natalia Silvera[21]

En este capítulo se presenta la evidencia científica disponible sobre atención psicológica competente y de calidad a personas usuarias LGBTIQ+. Para ello, en un primer momento, se describen brevemente las políticas de salud mental vigentes en el país, las estrategias que se implementan hacia este sector de la población y una caracterización epidemiológica de la salud mental en Uruguay, considerando los factores de riesgo, protectores, y las demandas más frecuentes identificadas en esta población específica a escala global. Se sintetizan los principales abordajes teóricos que sustentan las intervenciones psicológicas tanto desde organismos internacionales como otras organizaciones de referencia. Se realizan recomendaciones técnicas desde el enfoque de la Psicología Afirmativa y se brinda información sobre dos servicios de atención psicológica destinados a población LGBTIQ+ que han funcionado en nuestro país en alianza entre el ámbito académico y la política pública.

Conceptualizaciones generales

La salud mental es un derecho humano fundamental y es una dimensión central de la salud integral de las personas. Dicho concepto permite comprender los padecimientos mentales de las personas con relación a la familia, los grupos de pertenencia y el contexto social donde están inmersas (Galende, 2015).

> Se trata del bienestar emocional, psicológico y social que *"afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos. Determina cómo nos relacionamos con los demás y con nosotros mismos, cómo tomamos decisiones, manejamos las situaciones difíciles de la vida, creamos una vida con proyectos y contribuimos con los demás"* (OMS, 2022, p.1).

Esta definición hace referencia a los procesos de bienestar y malestar emocional y/o psíquico que experimentan las personas a lo largo de la vida, en dependencia de sus condiciones materiales y subjetivas de existencia. Estas condiciones son producto de

21 Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva, Instituto Psicologìa de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Se agradecen las contribuciones del Mag. Néstor Rodríguez, el Lic. Mathías Freitas y la Lic. Camila Carro en la primera edición.

determinantes sociales de la salud (DSS) que se definen como *"las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud"* (OMS, 2008, p.2). Se distinguen tres niveles de determinantes:

- Estructurales, vinculados al marco de políticas públicas, el papel del Estado, el sistema socioeconómico, el sistema sexo-género y heterocisnormativo, la etnia-raza, el sistema educativo, entre otros.
- Intermedios, referidos al acceso a recursos materiales y simbólicos, servicios de salud, bienes culturales, información, conocimiento, redes de apoyo social y entorno comunitario y familiar.
- Próximos, situados en el nivel individual y reflejan cómo los contextos macro y meso sociales inciden en las trayectorias biográficas y condicionan las oportunidades de vida.

Avances normativos y diversidad sexual en salud mental

La elaboración de política pública respecto a la salud mental a nivel nacional inició su recorrido con la aprobación de dos leyes: la Ley N°9581 de Asistencia al Psicópata, en el año 1936 y la Ley N°11139, en el año 1948, de creación del Patronato del Psicópata. Posteriormente, en la década de los años 80, se creó el primer Programa Nacional de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública y se conformó una Comisión Nacional de Salud Mental que dio origen al primer Plan Nacional de Salud Mental en el año 1986. El mismo tuvo como cometidos desarrollar la atención en el primer nivel de atención, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización de los servicios hacia todo el país y la creación de centros de rehabilitación (MSP, 1986).

La Ley N°18211 del 2008 que creó al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), expresa entre otros aspectos, que la protección de la salud es un derecho humano fundamental de cuyo efectivo ejercicio el Estado es responsable y debe, por tanto, crear las condiciones para que toda la población tenga acceso a servicios integrales de salud (MSP, 2009). Los principales cambios que introdujo la reforma se centraron en el modelo de atención, de financiamiento y de gestión, siguiendo los principios rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de la atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios (MSP, 2011). La atención en salud mental formó parte de esta reforma. Para cumplir con los requerimientos de las normativas instauradas por el SNIS se comenzaron a implementar diferentes estrategias, planes, programas y servicios a partir de las cuáles se delineó el Plan Nacional de Salud Mental (en adelante, PNSM) del año 2011 (López y Gelpi, 2015). Se consideró que no sólo fuera beneficiada la persona usuaria, sino también la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud (MSP, 2011). La entrada en funcionamiento del PNSM significó un avance programático importante que exigió al Estado uruguayo garantizar el

acceso universal al derecho a la salud mental y brindar las prestaciones pertinentes en los servicios del SNIS, las cuales se han ido incorporando paulatinamente, no exentas de dificultades y barreras.

La atención integral en salud de las personas auto identificadas como LGBTIQ+ se ha vuelto un tema de discusión a nivel regional a partir de los nuevos marcos normativos internacionales y nacionales, que promueven el diseño de políticas públicas inclusivas en el campo de la salud (Schenck, 2018). En esta línea, los aportes de las organizaciones de la sociedad civil han sido fundamentales para avanzar en el cumplimiento de los objetivos relativos a la humanización, la promoción, la protección, el cuidado y la atención de la salud mental de esta población.

En este sentido, la Ley N°19529 sobre Salud Mental del año 2017 en su Artículo 1° señala que su objeto es garantizar el derecho a la protección de la salud mental de las personas habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas que son usuarias de los servicios de salud mental en el marco del SNIS. Sus disposiciones son de orden público e interés social. El Artículo 4° que aborda el principio de no discriminación explicita que en ningún caso podrá establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre base exclusiva de la orientación sexual e identidad de género. El Artículo 6°, que aborda los derechos de las personas usuarias, plantea entre otros puntos que toda persona; a) debe ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión; b) recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; c) ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante. Por su parte, el Artículo 9°, al abordar la formación profesional, aclara que el Ministerio de Salud Pública promoverá instancias de capacitación y actualización permanente para los profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud mental, así como para los equipos básicos de salud a partir de los mismos criterios.

En el año 2019, se diseñó el nuevo PNSM para el período 2020-2027. El documento refiere el déficit en la formación de profesionales del área de la salud mental en temas vinculados al abordaje de la diversidad sexual. Un objetivo específico del PNSM busca mejorar la calidad de la atención en salud mental con enfoque de derechos humanos (MSP, 2019). Según el Plan, la persona Licenciada en Psicología podrá intervenir atendiendo distintas demandas, algunas de ellas prioritarias para los prestadores de salud, como por ejemplo: personas con consumo problemático de sustancias, personas con patologías mentales, personas con intentos de autoeliminación (IAE), personas adolescentes, familiares de personas que presenten algún tipo de discapacidad, embarazadas primerizas y personas que mantengan alguna relación con el sistema educativo. Aunque actualmente las personas LGBTIQ+ no sean un grupo prioritario de atención

para los prestadores, esto no significa que no puedan acceder a la atención psicológica por otras de las demandas si priorizadas. En esos casos, puede emerger durante el proceso de consulta la necesidad de trabajar analíticamente algún padecimiento emocional derivado de la experiencia subjetiva de su orientación sexual, identidad y/o expresión de género. Por este motivo, es fundamental que las personas Licenciadas en Psicología y los equipos de salud se capaciten y se actualicen respecto a los asuntos vinculados a la diversidad sexual.

Actualmente, los prestadores ofrecen psicoterapia individual, grupal o de familia, abarcando distintas etapas del ciclo de vida, con un diseño de abordaje diferenciado, existiendo prestaciones dirigidas para niños, adolescentes y otras focalizadas exclusivamente en población adulta (MSP, 2019). Las personas Licenciadas en Psicología que se desempeñan profesionalmente en un prestador tienen un plazo máximo para intervenir, son procesos que no exceden determinadas cantidades de horas y meses, por lo que sería deseable que los motivos de consulta en general y los específicos sobre esta temática se resolvieran en los plazos predeterminados.

En nuestro país, en materia de atención psicológica, existe el Código de Ética profesional del psicólogo/a que fue elaborado por la Comisión de Ética Profesional de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU), por representantes de la Facultad de Psicología de la UdelaR, de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica (UCU) y de la Sociedad de Psicología del Uruguay. Fue aprobado por unanimidad en una Asamblea General Extraordinaria de la CPU y, desde el 3 de mayo de 2001, rige en todo el territorio nacional.[22]

En el Artículo 1° "Responsabilidades Generales del Psicólogo" se establece que "el/la psicólogo/a en la práctica de su profesión se guiará por los principios de responsabilidad, confidencialidad, competencia, veracidad, fidelidad y humanismo prescindiendo de cualquier tipo de discriminación" (Comisión de Ética Profesional, 2001, p.2). Por tanto, las prácticas psicológicas deben estar basadas en las mejores evidencias, así como en la integridad ética profesional que implica, entre otras cuestiones, asegurar abordajes no discriminatorios, entre otras por razón de orientación sexual y/o identidad de género.

Situación nacional y global de salud mental en población LGBTIQ+

La evolución de las perspectivas sobre salud mental en Uruguay, desde sus comienzos a principios de 1800, acompañó los cambios histórico-políticos nacionales e internacionales. Al igual que en varios países del mundo, la salud mental y los problemas de salud de expresión predominantemente mental no han sido considerados como problema de salud pública con igual ponderación que otros asuntos de expresión predominantemente física o somática (MSP, 2019).

22 Ver Código de Etica Profesional de Psicologia en https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/

A continuación, se comparten datos sobre el panorama nacional en esta temática. Es relevante mencionar que variables como la orientación sexual e identidad de género no son contempladas actualmente en los registros de información del sistema de salud, por lo que no es posible conocer la situación específica de la población LGBTIQ+. Luego de presentar los datos nacionales, se compartirá información orientadora en este sentido a nivel internacional.

Según datos del MSP, a nivel de población general, la discapacidad por enfermedades no transmisibles (ENT) ocupan casi el 90% del total de los años perdidos por discapacidad (APD) y los trastornos mentales (en adelante, TM), el 33%. Considerando la discapacidad por trastornos específicos, la depresión y ansiedad son los que ocupan los mayores porcentajes 7,6% y 5,2% respectivamente. Le sigue la carga por suicidio y autoagresión, con un 2,6% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (en adelante, AVAD). Otras afecciones como la esquizofrenia y el trastorno bipolar ocupan un menor porcentaje de los APD (el 1,9% y 1,4% de los APD respectivamente) según datos de la OPS (2018).

A nivel público, según los datos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, que asiste al 39% de la población del país (1.350.976 personas usuarias), en el año 2018 (enero-octubre) hubo 39.727 consultas por salud mental en todo el país, lo que involucró a 8.273 usuarios (ASSE, 2018). Las dos primeras causas de consulta fueron trastornos del humor (32%), trastornos de ansiedad y otros (14%), que agrupan casi la mitad de las demandas de atención. El mayor porcentaje de consultas se observó en mujeres (60%) y por grupo etario se observa en primer lugar el grupo de 26 a 50 años (30,3%), seguido de los adolescentes de 12 a 18 años (17%), en tercer lugar, los niños de 1 a 11 años (16.4%) y en cuarto lugar las personas de 60 años y más (14%). De acuerdo a los datos de los egresos hospitalarios codificados por la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud), cada año se producen aproximadamente unas 12.500 internaciones por diagnósticos de salud mental en el país, siendo los episodios depresivos la primera causa, con un 18,5% del total de egresos por problemas de salud mental (MSP, 2019).

Se estima que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo están afectados por trastornos o problemas de salud mental prevalentes. Cada año, más de 800.000 personas mueren por suicidio, y esta es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (OMS, 2014). Según el estudio de la carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (2018) los problemas de salud denominados en ese informe como trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio, suponen la tercera parte de todos los APD y una quinta parte de todos los AVAD. En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los problemas de salud mental prevalentes (MSP, 2019).

Ante la magnitud del problema, la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio, se elaboró una nueva Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio para el período 2021-2025. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Juventudes (ENAJ) de 2018, el 3,3% de las personas de entre 12 y 29 años consideró la posibilidad de quitarse la vida en los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta. Entre la población de adolescentes y jóvenes que respondió afirmativamente a la pregunta sobre sentimientos de tristeza o desesperanza que le impidió continuar con actividades habituales, 74,2% consideró seriamente suicidarse.Las ideas de autoeliminación presentaron mayor prevalencia entre adolescentes de 12 a 17 años, con una leve disminución en los grupos de mayor edad. Asimismo, el 1,2% de los jóvenes de 12 a 29 años informó haber realizado intentos de autoeliminación (IAE). Tomando en cuenta estos datos y las proyecciones oficiales de población, alrededor de 31.800 adolescentes y jóvenes consideraron quitarse la vida, mientras que 12.800 manifestaron haberlo intentado (ENAJ, 2018). La cantidad de muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes ha mostrado un incremento en los últimos años. El mayor incremento se observó en el tramo de 20 a 24 años (74 defunciones anuales desde 2015) y en el tramo entre 24 y 29 años (64 defunciones anuales). En el año 2020, Uruguay fue el segundo país con la tasa más elevada de la región, con 20,9 defunciones cada 100.000 habitantes (MSP, 2020).

La conducta suicida es un fenómeno multicausal asociado a factores personales, familiares y sociales que requiere de políticas públicas integrales y que afecta más a los varones que a las mujeres (Larrobla et. al 2017). En Uruguay, en 2020 se registraron 718 muertes por suicidio, de las cuales 80% fueron realizados por varones, (MSP, 2020). En cuanto al análisis por género, mientras que los IAEs son más frecuentes en las mujeres, el suicidio consumado es más habitual en los varones. Esta tendencia es similar en todos los países de la región de América Latina donde el suicidio es considerado un problema de salud pública relevante (Lange et al. 2023).

A nivel internacional, especialmente luego de la emergencia sociosanitaria por el COVID-19, se evidenció la relevancia de la prevención y protección de la salud mental de distintos grupos sociales, en especial de las denominadas poblaciones vulneradas. El conocimiento disponible a escala global evidencia la relación existente entre orientación sexual, identidad y/o expresión de género y la prevalencia de determinados cuadros clínicos a nivel mental como consecuencia de las vivencias de discriminación, estigmatización y violencia que las personas LGTBIQ+ sufren en sus vidas cotidianas (Gelpi y Silvera, 2020). De hecho, para combatir y disminuir distintos niveles de homo-lesbo-bi-transfobia y homo-lesbo-bi-transignorancia en los servicios de salud es fundamental el desarrollo de políticas institucionales claras, coherentes y acordes con las disposiciones relativas a derechos humanos.

Estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña muestran que las personas jóvenes que se autoidentifican como LGBTIQ+ presentan mayores riesgos

que sus pares heterosexuales de padecer un trastorno mental, sobre todo depresión y ansiedad (Pineda 2013). Cualquier persona, más allá de su orientación sexual y/o identidad de género, puede atravesar por una depresión a lo largo de su vida. No obstante, las estadísticas recopiladas señalan que, en el caso de las personas LGBT+, la etapa de mayor riesgo para padecerla es la adolescencia. Según Espada et al. (2012), las personas adolescentes gays y lesbianas tienen mayor riesgo de depresión respecto a sus pares heterosexuales. Entre las principales causas del fenómeno se mencionan: autoestima baja, miedo a hacer sufrir a seres queridos a causa de su orientación sexual y/o identidad de género, sentimientos de vergüenza y culpa, intentos frustrados de "reorientar" sus deseos sexuales y temor o tristeza por ser objeto de rechazo social.

Warwick (2001) indica que las personas adolescentes LGBT+ tienen entre dos y tres veces más posibilidades de cometer suicidio que la población cisheterosexual. *"La edad puede ser un factor de riesgo de ideación e intento de suicidio entre jóvenes heterosexuales y homosexuales. Sin embargo las razones pueden ser explicadas de modo distinto, principalmente debido a que estos últimos atraviesan etapas exclusivas..."* (Pineda, 2013, p. 341). En la población LGBT+, la franja etaria que presenta la tasa de suicidio más alta es la de los jóvenes entre 13 y 21 años de edad, aunque existen estudios que la prolongan hasta los 25 años de edad (D'Augelli, 2008). En el mundo, cada cinco minutos se produce un suicidio en la adolescencia por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva, y dentro de los principales desencadenantes están: abusos sexuales, embarazos no deseados, discriminación y violencia por la orientación sexual, identidad y/o expresión de género, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre otros (Pineda, 2013). Si bien no se dispone de datos nacionales específicos sobre la población LGBTIQ+ es importante destacar que, en Uruguay, el suicidio es la primera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años (MSP, 2019). La combinación de cuadros depresivos y abuso de sustancias psicoactivas están presentes en dos tercios de las personas que se suicidan. Particularmente, la población LGBTIQ+ presenta altas estadísticas de consumo abusivo de sustancias, sobre todo los varones gays, bisexuales y mujeres trans, como se ha mencionado en el capítulo de Promoción de salud. En cuanto al consumo problemático, las sustancias más frecuentemente documentadas son: alcohol, marihuana, cocaína, LSD, psicofármacos y popper (Meyer y Northridge, 2007). Se debe considerar que en varios casos se presenta policonsumo, lo que complejiza el abordaje del fenómeno en consulta y requiere de un trabajo en red.

La relación estadística entre depresión, consumo problemático de sustancias e ideación suicida que se constata para la población general, se potencia aún más en población LGBTIQ+ debido a los factores sociales y culturales vinculados a la discriminación, la violencia y el estigma. Desde los abordajes psicológicos se debe prestar especial atención a síntomas y signos para intervenir y, de ser necesario, referir oportunamente, con el fin de preservar la salud mental de las personas usuarias a pesar de que, en ocasiones, el contexto sea desfavorable.

Hass et al. (2011), señala para Estados Unidos que la tasa de intentos de suicidio es más elevada entre los varones jóvenes gays y bisexuales de nivel socioeconómico bajo. Los intentos se pueden interpretar desde múltiples causas que se interrelacionan, implicando la ansiedad, angustia e incertidumbre con la que muchas personas jóvenes proyectan el futuro al percibir las precarias condiciones en las que sobreviven sus familias, referentes y/o pares. Si bien la acumulación de capital social y cultural no elimina las desigualdades estructurales, puede ofrecer herramientas que atenúan parcialmente los padecimientos que atraviesa la población LGBTIQ+ frente a la discriminación.

Factores determinantes de la salud mental en población LGBTIQ+

Se debe hacer énfasis en factores de riesgo y otros problemas psicosociales relacionados con el estigma y discriminación producto de formar parte de la comunidad LGBTIQ+. A pesar que las personas que cursan la adolescencia suelen ser consideradas saludables, pertenecer a este grupo social les coloca en una situación de mayor vulneración que puede oficiar como condicionante de la salud integral. Desde una perspectiva de género, la literatura disponible indica que esto se intensifica en el caso de los adolescentes varones gays o bisexuales (Pineda, 2013). Los varones gays y las mujeres trans son víctimas de discriminación y violencia con más frecuencia que las mujeres lesbianas y los varones trans, probablemente por el rechazo que le genera a la sociedad patriarcal la renuncia a los privilegios de la condición de varón heterosexual (CIDH, 2015; Olavarría, 2005; Badinter, 1992).

Davis y Neal (1996) en un estudio que devino en un clásico, descubrieron que en los varones no heteroconformes siempre hay, en algún nivel, homofobia internalizada. Estos sentimientos configuran la base para que puedan producirse padecimientos psíquicos de distinta naturaleza e intensidad. En el contexto analítico se debe prestar atención a determinados signos y síntomas que pueden ser orientadores de trastornos que afecten la salud mental de las personas usuarias. Esto es especialmente importante en la adolescencia cuando gran parte de las personas, comienzan a tener mayor conciencia y vivencia de sus deseos afectivo-sexuales.

Se han identificado factores protectores para la salud mental de la población LGBTIQ+. Según el contexto individual, la revelación temprana de la orientación sexual o identidad de género al entorno familiar y/o al grupo de pares puede favorecer el bienestar emocional y facilitar la proyección de un proyecto de vida, al evitar la vivencia de una “doble vida”. No obstante, cada persona debe evaluar oportunamente el momento para salir del closet, teniendo en cuenta la particularidad de su situación familiar, laboral o socio-comunitaria. Si se está en un proceso psicoterapéutico, la persona terapeuta debe acompañar, orientar y apuntalar este proceso e incluso, dependiendo

de la situación y en especial con población adolescente, puede obrar de nexo entre la persona usuaria y su familia. Es común que se aproveche el espacio de consulta para planificar la salida del clóset y evaluar los distintos escenarios posibles[23].

Otro de los factores protectores es que la persona cuente con una red de apoyo que oficie de sostén socioafectivo (familiares, pares, organizaciones sociales), que resida en zonas urbanas (suelen existir peores indicadores de salud mental en este grupo social en zonas rurales) y que circule por instituciones que promuevan el respeto por la diversidad sexual. Ejemplo de esto pueden ser los centros de salud que brindan una atención integral con perspectiva de derechos y las instituciones educativas que trabajan desde una perspectiva inclusiva con la diversidad, promoviendo el respeto de la otredad y actuando sobre los actos de discriminación o violencia (Gelpi, 2020). Los estudios coinciden en que, en las instituciones educativas, suele existir mayor discriminación en los casos donde la expresión de género de las personas adolescentes es discordante a lo que se espera socialmente de un varón y una mujer; Según Ruiz (2009), no se discrimina principalmente las orientaciones sexuales de las personas sino su nivel de transgresión a la norma y al orden de género hegemónico.

La formación religiosa en el ámbito familiar puede convertirse en un factor de riesgo siempre y cuando se trate de una tradición que rechace toda expresión no heterosexual o cisgénero. En este escenario la persona adolescente puede pensar y sentir que, a través de sus deseos o prácticas sexuales, está cometiendo un pecado, que irá al infierno o será rechazada por un dios. Eso produce una acumulación de sentimiento de culpa y autorechazo (Pineda, 2013). En este sentido, es importante considerar las creencias y prácticas religiosas de la persona usuaria y de su núcleo familiar, para evaluar el grado de incidencia que puede tener como factor de riesgo. Identificarse como ateo, agnóstico o pertenecer a tradiciones religiosas que no rechacen la homosexualidad o transgeneridad/transexualidad puede ser un factor que incida positivamente en la autoaceptación. No obstante en nuestro país, la moral de las religiones tradicionales occidentales suelen oficiar como productoras de subjetividad consciente y/o inconscientemente, más allá de las creencias y prácticas que tengan las personas.

Haber establecido vínculos significativos estables de intimidad con otras personas de la comunidad LGBTIQ+ (de pares, de pareja, grupos de referencia, etc.) constituye un factor protector, en la medida que esta puede oficiar como soporte afectivo ante hitos biográficos como la salida del clóset o el inicio de una transición de género. Estos vínculos pueden contribuir a alejar pensamientos del estilo “siempre estaré solo/a/e”, “el ambiente es promiscuo”, “es difícil encontrar una pareja”, “el amor entre personas del mismo sexo no existe”, “hubiese preferido no ser gay/lesbiana/trans”, “todo es más difícil”, entre otros mitos frecuentes.

23 En el capítulo sobre Infancias y adolescencias se amplía sobre el proceso de salida del closet en relación a la familia de origen y su potencialidad como factor protector o de riesgo para la salud, incluida la salud mental.

Contexto histórico de las intervenciones psicológicas con población LGBTIQ+

A pesar de las transformaciones que se pueden registrar en el campo social, de la ciencia y en las políticas públicas, en el mundo hay actualmente 69 países que criminalizan las prácticas sexuales homosexuales consensuadas y en 6 de ellos hay condena efectiva a muerte para las personas LGBTIQ+ (ILGA, 2021). En muchos países, son los propios Estados quienes persiguen, torturan y asesinan a las personas LGBTIQ+, o que promueven estas prácticas con discursos de odio. La ciencia debe sostener el compromiso de producir conocimiento científico de calidad, libre de todo tipo de prejuicios y sesgos. La medicina, la psiquiatría y la psicología han alimentado históricamente discursos disciplinantes y normalizantes sobre la sexualidad y, en particular, sobre las sexualidades disidentes.

Diversas teorías psicológicas han abordado la sexualidad humana y han atendido demandas realizadas por personas LGBTIQ+. Algunas de ellas son el psicoanálisis, el conductismo, la psicología cognitivo-comportamental y los enfoques sistémicos, humanistas y existenciales (Pineda, 2013). Las personas que se auto identifican como LGBTIQ+ y acceden a una consulta psicológica, o inician un proceso psicoterapéutico, en general, desconocen la postura teórica desde la que interviene el psicólogo/a. Es pertinente remarcar que en el centro de la atención y por encima de las corrientes o dispositivos, están las personas usuarias. Por eso, desde una perspectiva de derechos humanos, los/as psicoterapeutas, deben coincidir en abordar las consultas desde una concepción ética, de respeto por la identidad, la dignidad humana y la autodeterminación de las personas.

En el Río de la Plata, las producciones del psicoanálisis han tenido una fuerte incidencia en la formación de psicólogos/as y psicoterapeutas. Esta teoría general de la subjetividad humana ha sido fuente de discusiones, controversias y reformulaciones, inaugurando nuevos corpus teóricos. En este sentido, por ejemplo, el fecundo diálogo entre feminismo y psicoanálisis ha aportado nuevas perspectivas para comprender los complejos procesos de las subjetividades generizadas. El padre del Psicoanálisis, S. Freud, modificó el pensamiento hegemónico de comienzos del siglo XX con sus postulados sobre la sexualidad infantil (Freud, 1976). El Psicoanálisis se convirtió en una corriente de pensamiento que interroga más allá de la razón y en un método clínico que procura la resolución de un conflicto psíquico (Clavero, 2014). Freud teorizó sobre el desarrollo psicosexual de los sujetos en nuestra cultura y habilitó el estudio de la sexualidad en un estatus que no había tenido hasta ese momento. El texto, *"Tres ensayos para una teoría sexual"* (1905), marcó un hito en el modo de comprender la sexualidad humana, principalmente por postular la existencia de una sexualidad infantil y distinguir entre lo genital y lo sexual. La formación del sujeto sexuado pasa a ser considerado un pilar del psiquismo humano y, a partir de allí, también lo son las conflictivas que

se desarrollan para la asunción de la posición sexuada dentro de la cultura en cada género (Fridman, 2011).

En particular, respecto al abordaje de la homosexualidad en la obra freudiana, se distinguen dos posturas: a) por un lado, quienes le critican fuertemente por considerar que el Psicoanálisis considera a la homosexualidad como una perversión y por tanto, como indeseable y patológica; b) quienes plantean que estas críticas derivan de una lectura simplista de su obra y que, por tanto, derivan en conclusiones apresuradas y descontextualizadas. Desde esta segunda postura se señala que Freud, escribió sobre la "inversión" diferenciándola de la "perversión". Asimismo, afirmó que la pulsión no tiene un objeto de deseo predeterminado asociado a ella (Haydée, 2003).

En su obra, Freud afirma que algunas personas aceptan su homosexualidad sin mayor represión ni perjuicios para su salud mental y otras en cambio, lo vivencian con culpa, vergüenza y como una verdadera aberración. En su época, participó de la discusión sobre la etiología de la homosexualidad, considerando que, tanto las hipótesis que sostiene lo innato, como aquellas que la postulan como algo adquirido, no contaban con suficientes sustentos para ser tomadas como válidas (Ardila, 2008). Hay registro de una carta contestada por el propio Freud a una madre preocupada por la homosexualidad de su hijo en 1935 donde se podría pensar que su devolución está lejos de una mirada exclusivamente patologizante (Psicorevista, 2020).

Haydée (2003) señala que "todos los individuos de nuestra cultura poseen una corriente libidinosa heterosexual y una homosexual; la determinación de la orientación predominante depende de una serie de factores no completamente conocidos" (p.3). En este sentido, hay psicoanalistas que no están de acuerdo en emplear la terminología de identidad homosexual. Consideran que aceptar la idea de la existencia de una identidad homosexual sería apoyar la noción de que existen diferencias fundamentales esenciales. Para quienes se alinean a esta corriente, que aborda a las personas LGBTIQ+ desde una perspectiva de diversidad y DDHH, esas diferencias "esenciales" no existen (Costa, 1998). De hecho, la clasificación homosexual-heterosexual es inaplicable al inconsciente, ya que se caracteriza por su contradicción (Bleichmar, 2009).

Halperin (2006) afirma que la Psicología debe desempeñar un papel importante como productora de conocimiento científico de calidad en el campo de los estudios de la diversidad sexual. Su lente disciplinar tiene especificidad en la dimensión subjetiva. El autor plantea que la relación entre la Psicología (y en especial del Psicoanálisis) y las personas LGBTIQ+, ha presentado vaivenes, pasando por distintas etapas a lo largo de la historia. Desde la patologización y medicalización de la homosexualidad, hasta el reconocimiento de la diversidad de posicionamientos del deseo erótico sexual. Un punto de inflexión en ese proceso tuvo lugar en el año 1973, cuando la Asociación de

Psiquiatría Americana decidió retirar de los manuales de psicopatología a la "homosexualidad", anteriormente considerada una enfermedad mental. A partir de allí solo se mantuvo como categoría la que fue definida como "homosexualidad ego distónica", explicando que quienes la padecían estaban "disconformes con su orientación sexual y querían cambiarla". Sin embargo, esta categoría también se eliminó, pero recién en 1988. De modo que en **las últimas versiones del DSM no se incluye la homosexualidad como enfermedad mental, en ninguna categoría** (Ardila, 2008).

Años después, en 1990, la OMS tomó una decisión en la misma dirección. Por su parte, la Asociación Americana de Psicología (APA, por su sigla en inglés) aprobó en 1980 el Comité sobre Asuntos Lésbicos y Gays y posteriormente, en 1984 formó la División 44 denominada Sociedad para el Estudio Psicológico de los Asuntos Lésbicos y Gays. Más recientemente, dicha División cambió su nombre para ser más inclusiva y hoy en día se llama Sociedad para la Psicología de la Orientación Sexual y la Diversidad de Género. En consonancia con estas perspectivas, la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) creó un grupo de trabajo sobre Diversidades Sexuales.
Desde 1850, el enfoque biomédico en el campo de la psiquiatría consideró a la identificación con un género distinto al asignado al nacer como una enfermedad. Luego esta perspectiva se incorporó en los manuales diagnósticos de enfermedades como una categoría (el "transexualismo") que a lo largo de las sucesivas ediciones de los manuales de psicopatología ha ido cambiando de nombre. En la quinta edición del DSM (DSM-V) la denominación de aquel "síndrome" y su descripción fue modificándose hasta llegar a la actual "disforia de género". Por otro lado, desde 2018, a partir de la última modificación realizada en el manual de la OMS, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), todas las categorías referidas a personas trans se retiraron del capítulo correspondiente a trastornos mentales y del comportamiento. **Es decir: la OMS ya no considera a las experiencias trans como trastornos mentales** (Radi, 2019; Missé, 2014).[24]

En la lucha por la despatologización hay distintas posiciones y es relevante señalar que despatologizar no significa, necesariamente, desmedicalizar las cuestiones trans. Actualmente, el enfoque que se pretende impulsar se centra en el respeto de los derechos humanos y el reconocimiento de la diversidad sexual, que permita que las personas usuarias reciban una adecuada atención integral a su salud (Montoya, 2006).

En nuestro país, varias generaciones de psicólogos y psiquiatras se formaron bajo el viejo paradigma patologizante e interiorizaron las creencias y los conceptos promovidos por dichos modelos. Aunque en la actualidad, la comunidad profesional de la salud mental no considera a las sexualidades disidentes como un trastorno, persisten creen-

24 La evolución del término trans o transexual en la psiquiatría, y los cambios en la conceptualización que llevan a la nueva Clasificación en 2018 ya fueron abordados en el capítulo de Lenguaje Común.

cias y prejuicios negativos que implican actitudes estigmatizadoras de la diversidad sexual al enfocarse exclusivamente en los aspectos deficitarios de estas identidades. Recientemente, se ha postulado el concepto "homoignorancia" o "transignorancia"[25], ya que en muchas ocasiones, no hay una intención de causar daño técnicamente hablando, sino que se constata un profundo desconocimiento de estas realidades y confusiones conceptuales (Martínez et al, 2018).

Nada que curar: sobre la patologización de identidades sexuales disidentes

Organismos internacionales como la OMS, OPS y APA coinciden en la necesidad de que exista formación y capacitación para que los equipos de salud estén en condiciones de brindarle a las personas LGBTIQ+ atención de calidad en salud mental. Esto implica establecer un lenguaje adecuado para referirse a esta población, tener conocimiento de sus especificidades y garantizar la calidad de atención teniendo en cuenta las particularidades de la realidad local, todo lo cual, contribuye al desarrollo de una psicoterapia culturalmente competente (APA, 2000; OPS, 2012; Bidell y Stepelman, 2017). La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito se pronunció en contra de cualquier Esfuerzo para Corregir la Orientación Sexual, la identidad y Expresión de Género (ECOSIEG) de las personas y redactó una guía de referencia para profesionales de la salud mental (UNODC, 2018).

Más allá de los avances teóricos, los profesionales de la Psicología, que se desempeñan tanto en la clínica como en otros ámbitos del quehacer profesional, necesitan una actualización permanente y una constante vigilancia de su propia implicación. Los avances en este campo son recientes y aún son objeto de disputa política y científica. Por ese motivo es fácil caer, aun sin quererlo, en posturas normalizadoras que no pongan en el centro de la indagación científica o la atención profesional el respeto por los sujetos y el reconocimiento de sus identidades. Por ejemplo, en la actualidad, representa un desafío la mayor visibilidad de las personas no binarias y el tipo de atención que requieren para atender de forma idónea sus necesidades y demandas.

Así como la despatologización plantea un cambio en el enfoque de la Psicología a la hora de atender profesionalmente a la población LGBTIQ+, también propone un nuevo marco para la construcción de conocimiento científico desde esta disciplina. Cuando la homosexualidad y transexualidad eran pensadas como una enfermedad, la indagación científica se centró en la búsqueda de posibles causas e intervenciones que pudiesen "curarla". El nuevo enfoque no centra su mirada en la orientación sexual o identidad de género de la persona, sino en las condiciones micro, meso y macro sociales que pueden generar malestar o tienden a proteger al sujeto (Ardila, 2008).

25 Ver capítulo Lenguaje Común

No obstante, según el contexto y realidad de cada país, siguen existiendo modelos de atención psicológica que no respetan los derechos de la comunidad LGBTIQ+. Se constata la falta de marcos normativos protectores así como mecanismos efectivos de acceso a derechos (Méndez 2020). Ello favorece el desarrollo de "clínicas" clandestinas que suelen localizarse en entornos con menor reconocimiento de derechos de las personas LGBTIQ+, incluso en países, como Uruguay, donde el marco normativo ampara y protege a la diversidad sexual. Históricamente han existido diversos "tratamientos" psicológicos y psiquiátricos que procuraron redireccionar el deseo de los sujetos LGBTIQ+. Sus versiones más violentas han sometido a las personas a tratamientos con electrochoques, hormonas, llegando incluso a avalar las "violaciones correctivas". Otras formas más sutiles, niegan la orientación sexual y/o identidad de género de las personas y se centran en culpar al sujeto por sus deseos "antinaturales y sus conductas anormales" (ILGA, 2021; Montoya, 2006).

La oferta misma de estos "procedimientos", que supone imponer en una persona la idea de que tiene un "defecto" que puede y debe cambiar, constituye una violación al primer principio ético de la salud: la **no maleficencia** (OPS, 2012). Se trata de prácticas discriminatorias en sí mismas, que atentan contra el derecho a la salud sexual y reproductiva; y violan derechos fundamentales, como el derecho a una vida digna, a la salud, identidad, integridad, libre expresión, información, entre otros (UNODC, 2018). Se han reportado actos de violaciones del derecho a la integridad, la no tortura y los malos tratos, como es el caso de muchas "técnicas de aversión"; o el de mujeres lesbianas que narran haber sufrido violaciones sexuales por parte de varones para "corregir" su orientación sexual; del mismo modo que varones homosexuales narran haber sido obligados a tener relaciones con mujeres. Varias personas expresan haber sido medicadas de manera involuntaria, en ocasiones por sus propios padres o familiares (UNODC, 2018); violando su derecho a no ser sometidas a "tratamientos médicos" contra su voluntad o sin su consentimiento (Burgos, 2020). Se reporta un copioso número de casos aplicados sin consentimiento sobre todo en menores de edad, quien suele ser la población más vulnerada (Rosales, 2019). Casos similares también se dan en personas adultas por medio de coerción psicológica o chantaje emocional; ya sea por pertenecer a grupos religiosos; o por vivir en contextos donde su orientación sexual o identidad de género son vistos como una enfermedad, una desviación o un pecado; transgrediendo los derechos de libertad individual y de autonomía (Madrigal, 2020). Hay personas que han sido sometidas a "exorcismos" por guías espirituales o religiosos, infiriendo que su identidad u orientación sexual se debe a estar "poseída" por algún tipo de espíritu que es necesario "sacar".

Según un estudio exploratorio llevado a cabo en Uruguay, se reportaron casos aislados, provenientes del campo religioso, con participación de familiares que atentaron

contra el derecho a la libertad de conciencia y de religión, entre otros (Gelpi y Silvera, 2022). El mismo estudio sostiene que algunas personas LGBTIQ+, han buscado un espacio de consulta profesional presionadas por su entorno cercano, con el objetivo de que se pudiese "corregir" lo que consideraban una desviación; afectando entre otros el derecho a la autonomía.

En el mismo estudio, se reportan violaciones al derecho a la salud integral, puesto que la mayoría de las personas participantes manifestaron haber experimentado tanto en el subsector público, privado, como en el ámbito de la clínica privada: microagresiones, experiencias de atención negativas y situaciones de violencia simbólica, por ejemplo: derivaciones a especialistas en psiquiatría sin un motivo justificado, desconocimiento de las realidades LGBTIQ+ y/o devoluciones cargadas de prejuicios que resultan en intervenciones iatrogénicas. Según los autores, la población más vulnerada en los espacios de consulta parece ser la población trans, posiblemente por la falta de formación específica de los profesionales en diversidad de género (Gelpi y Silvera, 2022).

Los términos más usados en la actualidad para definir a las prácticas que pretenden cambiar la orientación sexual, la identidad o expresión de género de una persona son: "Terapias de Conversión", "Terapias Reparativas", "Cura Gay", "Terapias ex-gay", "Terapia Crítica de Género", "Terapia para la homosexualidad egodistónica", entre otros.

Diversas organizaciones de la sociedad civil coinciden en llamar a estas prácticas como *Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad y Expresión de Género (ECOSIEG)*, haciendo énfasis en el término "esfuerzos", ya que estas se limitan a meros intentos no éticos, que pretenden modificar algo que la misma ciencia ha demostrado que no se puede cambiar.

El uso de la expresión "esfuerzos" resulta más adecuado y ha ganado aceptación en el ámbito académico, ya que refleja lo que realmente son estas mal llamadas "terapias" y sus objetivos; y se prefiere al uso de otras denominaciones inexactas como "terapias reparativas" o "de conversión" (Mendos, 2020).

De todas las denominaciones referidas, la expresión "Terapias de Conversión" es aún la más utilizada. Su uso puede dar lugar a desinformación, en tanto que la palabra "terapia", de origen griego, significa "curación"; y se refiere al tratamiento de una enfermedad o problema físico en particular (Mendos, 2020). Al utilizar esta denominación se corre el riesgo de legitimar prácticas no éticas y dañinas que consagran y reproducen estigma y discriminación, como si efectivamente se tratara de un dispositivo terapéutico (Madrigal, 2020).

Montoya (2006) y Muñoz (2021) recopilan una serie de efectos que puede producir el someterse a ECOSIEG:

- Baja autoestima
- Incremento del autorrechazo
- Empeoramiento de la homo-lesbo-bi-transfobia internalizada
- Conductas autodestructivas
- Riesgo aumentado de consumo problemático de sustancias
- Interrupción del desarrollo de una identidad sexual o de género integrada
- Desarrollo de hostilidad en las relaciones heterosexuales
- Disfunciones sexuales
- Desconfianza en los profesionales de la salud mental
- Afectación en la vida social
- Empeoramiento de síntomas depresivos o ansiosos
- Trastornos del sueño
- Incremento de ideación y planeación suicida
- Intentos de autoeliminación y suicidios consumados

En contraposición a los abordajes antes referidos, se encuentran las Terapias Afirmativas, las cuales se posicionan desde un paradigma de derechos humanos, respetando la orientación sexual, identidad y expresión de género no normativa como realidades o posibilidades tan válidas, saludables y reconocidas como la heterosexualidad y la cisgeneridad (Ardila, 2007).

Aportes de la Psicología Afirmativa para el trabajo directo con personas usuarias LGBTIQ+

En Uruguay, como en otros países de la región, las prácticas psicológicas están atravesadas por enfoques coexistentes, aquellos que incluyen y aceptan la diversidad como dimensión de la condición humana y otros que buscan “normalizarla”.

La llamada Psicología homosexual *(lesbian and gay psychology)* surgió en los Estados Unidos y se difundió en países europeos, principalmente en Gran Bretaña, en reacción al heterocentrismo de la Psicología dominante que, hasta mediados de los años 1970, continuaba presentando a la homosexualidad como una manifestación patológica, y a las personas homosexuales como producto de una falla en el desarrollo psicosexual

(Borges, 2009). El término Terapias Afirmativas (originalmente "*Affirmative therapy*" en inglés), fue acuñado en 1982 por Alan Malyon. No obstante, es relevante indicar que, el concepto ya había sido desarrollado previamente por otros autores norteamericanos, siendo los pioneros Donald Clark y Betty Berzon (Borges, 2009). Primeramente este tipo de terapias fueron aplicadas exclusivamente en población lesbiana y gay, para posteriormente ampliar su alcance y estar también disponible para personas trans. Su uso y difusión en la Psicología iberoamericana es particularmente escasa, aunque es un área en desarrollo en los últimos años.

La psicoterapia afirmativa utiliza los métodos psicoterapéuticos tradicionales, pero desde una perspectiva no tradicional. Se han desarrollado prácticas psicoterapéuticas que promueven una aproximación afirmativa, que no constituye un modelo psicoterapéutico en sí mismo, sino que aboga por la incorporación de actitudes específicas a la intervención psicológica ligadas con la aceptación y la comprensión de la diversidad sexual (Lingiardi, Nardelli y Drescher, 2015).

La homo-lesbo-bi-transfobia es el núcleo central del trabajo terapéutico en el marco de una Terapia Afirmativa, tanto en su cara sociocultural como internalizada subjetivamente (Borges, 2009). Allport (1954) ya sugería que las personas estigmatizadas experimentan reacciones defensivas como resultado del prejuicio que sufrían. La homofobia internalizada es definida por Meyer y Dean (1998) como "la canalización que hace la persona homosexual de las actitudes sociales negativas hacia el propio Yo, llevando a una devaluación del sujeto y derivando en conflictos internos y una pobre autoaceptación" (p. 44). Meyer (2003) explica este fenómeno en base a una socialización temprana caracterizada por la heterocisnormatividad y por la exposición constante a actitudes homo-lesbo-bi-transfóbicas que también hace que, en algunos casos, las propias personas autoidentificadas como LGBTIQ+ interioricen el modelo dominante de sexualidad humana. La homo-lesbo-bi-transfobia interiorizada no tiene por qué presentarse en todas las personas LGBTIQ+, hay indicios de una mayor prevalencia en varones gays y bisexuales (Burin y Meler, 2009).

Otro aporte para pensar los procesos de salud-enfermedad en personas LGBTIQ+ es el modelo de Estrés de Minorías, desarrollado por Illan Meyer (2003).[26] Nos ofrece herramientas para comprender procesos sociales subyacentes a los indicadores de salud mental negativos en la población LGBTIQ+. Dicho modelo identifica procesos de estrés en distintas poblaciones, que pueden ser categorizados como factores distales o proximales. **Los estresores distales,** más prevalentes en este grupo social específico son: la victimización y la exposición a la discriminación LGBTIQfóbica; las actitudes heterocisexistas y las problematizaciones de las identidades de género y orientaciones

26 Ver capítulo Promoción de Salud

sexuales disidentes. Por otro lado, los **estresores proximales** más registrados son: la hipervigilancia, el ocultamiento y el estigma sexual internalizado.

Habitualmente, el proceso psicoterapéutico desde este enfoque de trabajo, visibiliza los sentimientos negativos que puede experimentar la persona usuaria LGBTIQ+, por ejemplo:

- Valorar una actitud de "macho" y descalificar a los varones "afeminados" o valorar a una mujer "femenina" y descalificar a una "camionera".
- Criticar a la comunidad, a su estética y cultura.
- Tener miedo a ser descubierta.
- Sentir atracción afectiva-sexual exclusivamente por personas auto identificadas como heterosexuales.
- "Hacerse el heterosexual" o adoptar el "passing" en situaciones que no comportan un riesgo integral para la salud.
- Desarrollar altos niveles de autocontrol y no confiar en los sentimientos propios.
- Tener conductas compensatorias, por ejemplo, en lo académico: intentar ser las mejores en todo.
- Sentirse solas, culpables, avergonzadas y/o con miedo a ser rechazadas.
- No saber cómo realizar amistades que también sean integrantes de la comunidad LGBTIQ+.
- No querer acudir o criticar excesivamente a los espacios disponibles de homosocialización.
- No querer usar ciertas aplicaciones por prejuicios sobre los perfiles de personas que son usuarias en dichos espacios de socialización sexual.

Según Borges (2009), algunas manifestaciones clínicas de la homo-lesbo-bi-transfobia internalizada son:

- Confusión emocional y baja autoestima.
- Actitud hipercrítica con relación a sí mismo y a otros iguales.
- Aislamiento social.
- Represión de la expresión de los sentimientos.
- Depresión crónica.
- Ansiedad crónica.
- Dificultad para establecer escenarios de intimidad.

- Consumo problemático de sustancias.
- Exposición a situaciones de riesgo.
- Mantener comportamientos sexuales de riesgo.
- Intentar autolesionarse o lesiones autoinflingidas (LAIs).
- Actuación cotidiana mediada por adopciones de estereotipos.
- Baja inmunidad que produce problemas de salud y recurrentes psicosomatizaciones.
- Rechazo explícito a otras personas LGBTIQ+, incluyendo ataques verbales y físicos.
- Actitudes y conductas compensatorias en relaciones familiares, sociales y profesionales.
- Disociación entre la vida afectiva y la vida sexual (especialmente documentado en varones cisgénero).
- Abuso de consumo de pornografía y/o compulsión sexual (función de reprimir memorias dolorosas y eliminar sentimientos no deseados a través de intercambios sexuales).
- Disfunciones sexuales (ausencia de deseo sexual, problemas de erección, dificultades para la dilatación y/o eyaculación precoz).
- Dificultades para establecer y/o mantener una relación de pareja estable.
- Violencia en vínculos afectivo-sexuales, de noviazgo y/o de pareja (incluyendo el tipo de contrato sexual).
- Nivel elevado de ideas de muerte, ideaciones suicidas y/o planeación suicida.
- Antecedentes de IAE
- Suicidios consumados

Es fundamental explicitar que existe una diversidad de **intervenciones afirmativas**. Todas tienen un fundamento en común: afirmar la vivencia de la sexualidad siendo una persona LGBTIQ+ como una dimensión positiva de la identidad de las personas usuarias (Martínez et al. 2018). Estas pueden realizarse desde el primer contacto (tanto en el trato verbal como no verbal), como en intervenciones que buscan modificar el entorno próximo y mediato de las personas usuarias, ya sea a nivel familiar, así como también en otros vínculos significativos y en espacios físicos como pueden ser: lugares de estudio, lugares de trabajo y centros de salud (Rock, Carlson y McGeorge, 2010).

De acuerdo con Borges (2009) hay determinadas **acciones que se consideran afirmativas** y que implican:

a) disponer de material de lectura específico en la sala de espera;
b) tener folletería sobre cuestiones asociadas a la comunidad LGBT+ (especialmente en servicios de salud);
c) en el consultorio tener algún distintivo vinculado a la comunidad LGBTIQ+ (una lapicera, un pin prendedor, una bandera, entre otras posibilidades que se ajusten al espacio y a las características personales de la persona terapeuta).

Con relación al encuadre de trabajo, en un enfoque afirmativo, **puede ser pertinente contestar preguntas que puedan realizar las personas usuarias sobre la orientación sexual o identidad de género de su terapeuta**, ya que se considera una oportunidad para poder oficiar como modelo positivo de referencia. Igualmente, es importante señalar que la alianza terapéutica se puede construir/consolidar tanto con una persona heterosexual/cisgénero como con alguien que integre la comunidad LGBTIQ+ (Borges, 2009).

La estrategia terapéutica depende de cada situación en particular pero, como punto inicial para un abordaje integral, es importante realizar una adecuada evaluación de necesidades:

- Evaluación de redes de apoyo familiar (soportes afectivos).
- Evaluación de redes de apoyo social (incluyendo la conexión con movimientos sociales específicos y modelos de referencia en las redes sociales).
- Evaluación de factores de riesgo de salud global.
- Evaluación de barreras de acceso a las redes de educación, trabajo y salud.
- Evaluación de factores de riesgo suicida actuales e históricos (a causa de las altas tasas de suicidabilidad en este grupo social en particular).

Lo antes mencionado conlleva identificar al menos una persona aliada en uno o más de los siguientes entornos: el núcleo familiar, el sistema educativo formal, el servicio de salud, el ámbito social y comunitario.

Situaciones prevalentes en población LGBTIQ+

En cuanto a los **motivos de consulta frecuente**, estos suelen variar dependiendo de las poblaciones y el contexto. Cada uno de los casos debe ser abordado desde los mismos principios éticos y solvencia que orienta el quehacer profesional. Cada sujeto es único e inicia un proceso singular, los objetivos y la estrategia terapéutica dependerá de cada situación concreta.

Se sugiere que en los espacios de consulta:

a) Se le consulte a la persona usuaria por el pronombre y nombre por el cual desea ser llamada para evitar prácticas de malgenerización[1];
b) Se respete la cultura y el estilo de vida de las personas usuarias, aún siendo contrario a los hábitos, valores y prácticas sexuales de la persona terapeuta;
c) Se revisen los preconceptos, los estereotipos, las fantasías y los sentimientos propios sobre la comunidad LGBTIQ+;
d) Se tenga presente que las personas usuarias suelen venir con un historial de opresión, por lo cual, es esperable que haya desconfianza u hostilidad al inicio, ya que en ocasiones hay malas experiencias de atención y la relación de poder es algo a analizar durante el proceso de consulta;
e) Se permita a la persona usuaria ser quien marque el límite sobre aspectos íntimos de su sexualidad a ser compartidos en el espacio de consulta;
f) Se busque entender los efectos/consecuencias de la exposición a la estigmatización social/sexual;
g) Se reconozca que en ocasiones la familia de la persona usuaria pueden ser individuos que no poseen ninguna relación legal ni biológica, pero que ofician de importante soporte socioafectivo; h) Se maneje información actual sobre espacios de homosocialización/transsocialización seguros para la comunidad y sobre los movimientos sociales de referencia para este colectivo;
i) Se conozca sobre los procedimientos legales para realizar el cambio de nombre y sexo registral en los documentos identificatorios y aspectos generales sobre la escalera de abordaje para acceder a un tratamiento de hormonización;
j) Se manejen conceptos generales vinculados a tratamientos de reproducción humana asistida;
k) Se tenga un acercamiento teórico con las realidades y fenómenos que suceden en entornos digitales, por ejemplo: en las aplicaciones de citas;
l) Se tenga un relevamiento actualizado de películas, series, artistas y libros temáticos que puedan ser de interés para personas de la comunidad LGBT+;
m) Se manejen las especificidades de los procesos de construcción de la identidad sexual y de género (especialmente durante la adolescencia), por ejemplo, sobre la salida del clóset;
n) Se consideren los datos sociodemográficos como la generación de pertenencia, su origen y su residencia actual;
o) Se releve información sobre las experiencias en el sistema educativo formal, dado que, en base a la evidencia, se puede afirmar que existe una alta prevalencia de bullying LGBTfóbico, especialmente en el Ciclo Básico de Enseñanza Media.

La experiencia clínica reportada muestra que existen demandas y motivos de consulta que son propios de personas LGBTIQ+, así como hay otros que son generales a la condición humana, independientemente de la identidad sexual. Las demandas dependen también de la edad, la inserción social, la trayectoria familiar, entre otras dimensiones. Sin embargo, es importante remarcar que la comunidad LGTBIQ+ no es homogénea y que las demandas y motivos de consulta, tienen variantes en su interior (Platero, 2014).

Algunas personas, pese a verse expuestas a factores de riesgo sistemáticamente, en un ambiente hostil, represor del deseo y normalizador, igualmente logran desarrollar recursos y poner en práctica estrategias que les permiten resistir/afrontar la realidad, manteniéndose relativamente saludables. En cambio, otras personas quedan capturados en el sufrimiento de haber vivenciado experiencias traumáticas a causa de su orientación sexual, identidad o expresión de género en distintos espacios, y sus proyectos de vida se pueden alterar. Asimismo, paradójicamente, muchas personas auto identificadas LGBTIQ+, que han contado con factores protectores, por distintas circunstancias, tienen grandes padecimientos psíquicos. Esto demuestra que la relación entre la exposición a factores de riesgo y las consecuencias psicológicas no sigue un patrón lineal ni uniforme.

Es importante que las personas terapeutas, en la medida de lo posible, aborden las consultas desde una perspectiva de derechos, género y diversidad, para favorecer la construcción de una alianza terapéutica que haga viable la psicoterapia. Debe evitarse suponer cuáles son los padecimientos de una persona LGBTIQ+ o reducir la interpretación de todos sus malestares a una orientación, identidad o expresión no normativa. En la cotidianeidad, se manifiestan incontables modos de vivir, sentir, expresar, practicar y narrar la sexualidad. Desarrollar una adecuada escucha clínica es clave para comprender empáticamente la situación (Borges, 2009).

Se pueden diferenciar dos tipos de consulta: a) aquella en las que el motivo manifiesto se relaciona con la disidencia sexual y b) aquella donde los conflictos relacionados con la identidad sexual se expresan en el proceso de consulta y no son, en principio, identificados explícitamente por la propia persona. Ello dependerá de cómo cada persona vivencia su sexualidad, si acepta su orientación sexual y/o identidad de género o lo vive de manera displacentera/traumática, así como del apoyo familiar y del grupo de pares con el que cuente. Mecanismos defensivos como la negación y la desmentida pueden observarse en el proceso psicoterapéutico, dependiendo del grado de asimilación que tenga el sujeto sobre la elección de objeto que realiza (hombres, mujeres o ambos) o sobre el deseo como organizador psíquico (especialmente en personas trans y no binarias). Estudios recientes indican que, en los países europeos, la salida del closet se produce a edades tempranas, ubicándose en promedio a los 16 años (Savin-Williams, 2009). No obstante, en muchos casos, en nuestro contexto local, la persona prefiere no revelar su orientación sexual o identidad de género en los distintos ámbitos e ins-

tituciones por las que circula, incluyendo el espacio de consulta. A veces, por ejemplo, aunque la persona no haga pública su identidad sexual, el entorno presume su no cisheterosexualidad al decodificar sus expresiones de género como "contradictorias al sexo biológico" y a los mandatos de género. Esto puede traer rechazo y condena por parte del resto de las personas y puede exponer a discriminaciones y violencias de distinto tipo. En el caso de las personas trans, estas situaciones son frecuentes dado que la expresión de género suele ser más visible para el entorno, sobre todo en el caso de las mujeres trans (CIDH, 2015).

De acuerdo a las evidencias disponibles a nivel internacional, algunos motivos de consulta de las personas LGBTIQ+ (manifiestos y latentes, por voluntad propia o derivaciones institucionales) se podrían relacionar con el consumo problemático de sustancias y trastornos alimentarios. En lo que refiere a estos últimos, mientras en los varones gays, bisexuales y mujeres trans la anorexia y la bulimia se presentan con mayor asiduidad, en las mujeres lesbianas y varones trans es la obesidad el trastorno con mayor frecuencia. Es importante que la persona tratante indague sobre las conductas basales, haciendo énfasis en el sueño y la ingesta de alimentos, para descartar cualquier trastorno o inicio del mismo (Williamson, 2000)[27].

También cada vez más personas usuarias manifiestan que emplean entornos digitales para conocer gente a través de chats, redes sociales online y otras aplicaciones de citas (Tinder, Grindr, Happn, Badoo, entre otras). Por esta razón, es necesario contar con información actualizada sobre los mecanismos de funcionamiento de estas aplicaciones para facilitar el diálogo en el espacio de consulta. Si bien el uso de estos medios claramente no es exclusivo de la población LGBTIQ+, las proyecciones y el impacto subjetivo suele ser mayor. Muchas personas LGBTIQ+ prefieren estos medios porque la heterocisnormatividad estructural de la sociedad las lleva a sentir miedo a represalias, rechazo, discriminación u otras conductas negativas que pueden surgir en situaciones de socialización sexual mediante interacciones cara a cara. Además, en muchas ocasiones, no hacen pública su orientación sexual o identidad de género, lo que las inhabilita a conocer personas en ambientes donde frecuentemente sus pares heterosexuales y cisgénero si lo hacen.

Una parte de la población LGBTIQ+ todavía emplea el silencio y el secreto como mecanismos protectores, lo que lleva a que los únicos sitios donde pueden vincularse abiertamente con otras personas estén asociados a boliches específicos para la comunidad, redes sociales online y aplicaciones digitales. Otros lugares como el trabajo, las instituciones educativas, los clubes deportivos u otros espacios de socialización quedan en segundo plano. Se debe explorar junto con la persona usuaria si el uso de dichos medios le expone a riesgos y evaluar cómo afectan directamente el plano subjetivo.

27 Se amplía en el capítulo Promoción de Salud.

Haber recibido un diagnóstico reciente positivo de VIH puede ser un motivo de consulta. Como se señala en el capítulo vinculado a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en Uruguay, el VIH tiene una prevalencia más alta en mujeres trans, varones gays, bisexuales y otros varones que tienen sexo con varones, sobre todo jóvenes. El afrontamiento de esta situación requiere de apoyos para asimilar y aceptar la noticia. Se debe insistir en la idea de que vivir con VIH no es sinónimo de muerte ni el fin de la vida sexual. Se debe acompañar la elaboración de los miedos, mitos, prejuicios, preconceptos negativos, estereotipos, permisos/prohibiciones, trabajar en el proceso salud-enfermedad, así como el vínculo con el equipo de salud.

Para este tipo de abordaje los aportes de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)[28] y en general los modelos de intervención en crisis son útiles para prevenir futuras respuestas psicopatológicas (OMS y col., 2012). El proceso de consulta puede servir para que la persona usuaria genere mayor adherencia a los tratamientos. A su vez, directa o indirectamente se puede trabajar sobre las barreras de atención identificadas por las personas. Respecto a cuestiones referidas específicamente a la población trans, todas las recomendaciones y sugerencias realizadas en capítulos anteriores sobre esta población son válidas también en el marco de la atención psicológica. Lo esencial es que las personas usuarias puedan acceder a una atención integral, desde una concepción de salud y con perspectiva de derechos. Al respecto se recomienda leer especialmente la primera parte del capítulo sobre abordaje a personas trans.

En personas LGBTIQ+ adultas puede presentarse como motivo de consulta o emergente en el proceso de consulta el deseo de devenir en progenitores, en ejercer la paternidad/maternidad. Esto sucede más allá de que tengan o no pareja, ya que las leyes nacionales posibilitan ambas opciones, dándole legalidad y cooperando para que esta posibilidad se concrete. Fernández (2009) afirma que se debe concebir un deseo en relación con una historia. “En cada sujeto, el deseo de hijo depende de objetivos narcisistas y edípicos inherentes a su historia y por lo tanto independiente de las gravitaciones sociológicas de la reproducción en la sociedad o la especie” (Clavero, 2014, p.64). Algunas intervenciones profesionales pueden estar atravesadas por ideas de algunas teorías psicológicas ya perimidas, que le otorgaban a la familia nuclear tradicional un rol central en la crianza saludable de los niños. En las sociedades contemporáneas occidentales el modelo de familia tradicional nuclear cómo única alternativa está en crisis. En Uruguay, existen múltiples formas de familia, reconocidas y protegidas por las normativas vigentes[29]. Desde la consulta psicológica se deberá acompañar técnicamente el proceso de toma de decisión. Las personas tratantes no deben emitir juicios de valor o cuestionar ciertas decisiones personales o tipos de familia proyectada, sino que deben acompañar el proceso y proyecto familiar de las personas usuarias.

28 Por más información pueden consultar la siguiente guía elaborada por la OMS: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=262F62FC662DD883F6ACBFA2DC1C75A6?sequence=1

29 Por más información pueden dirigirse al capítulo 2 sobre normativas disponible en esta misma guía.

En las parejas compuestas por personas LGBTIQ+ la forma en que se llevará a cabo esta decisión (planificación familiar) está muy presente, ya que por lo general implicará algún procedimiento de adopción, reproducción asistida y/o conservación de gametos.

Si es necesario, en el espacio de consulta se deben trabajar los miedos asociados al ser padre/madre en el marco de una familia homoparental, ya que en ocasiones las personas usuarias proyectan que sus hijos estarán expuestos a la burla, ridiculización, acoso, homo/lesbo/bi/transfobia, bullying LGBTfóbico en los centros educativos, entre otras expresiones de discriminación. Puede ser un buen momento, además, para recordar que la crianza comaternal o copaternal no incide en la orientación sexual o identidad de género de NNA, tal como en sus casos tener progenitores cisheterosexuales no incidió en su propia identidad sexual.

El deseo de hijo no debería de reprimirse, a pesar que lo social pueda representar un obstáculo. De hecho, los prejuicios sociales suelen afectar de modo diferente a las parejas de gays y de lesbianas. Las parejas gays que quieren adoptar o iniciar un tratamiento, suelen ser más discriminadas y juzgadas por no poseer "instinto materno", idea derivada de una ideología patriarcal, reproductora del orden de género dominante y el modelo hegemónico de sexualidad (Badinter, 1992).

Tanto las funciones de maternidad como las de paternidad son independientes de la orientación sexual y/o identidad de género (Clavero, 2014). Según la evidencia disponible, no hay una diferenciación acerca de si la crianza es llevada adelante por una pareja heterosexual u homosexual, en lo que refiere a la prevalencia de problemas en el desarrollo (Clavero, 2014). Lo que sí se señala en la a amplia mayoría de antecedentes que recoge la tesis de Clavero (2014) es que niños, niñas y adolescentes criados por dos padres o dos madres suelen presentar una mayor apertura hacia la diversidad, un grado importante de problematización de los roles y estereotipos de género y un buen relacionamiento con el entorno.

Otro motivo de consulta en la vida adulta puede ser cómo comunicar a la familia, que podrá incluir hijas e hijos fruto de un vínculo heterosexual anterior, la actual identificación como persona LGBTIQ+ y/o el establecimiento de una nueva pareja del mismo género, en lo que potencialmente se configura como una familia ensamblada. En esas situaciones suele aparecer miedo al rechazo, a la pérdida, a la vergüenza, a la discriminación. Es importante trabajar sobre los miedos y fantasmas para que no predomine el silencio y el secreto en el funcionamiento del vínculo filial. También es relevante trabajar la figura de autoridad con la persona usuaria, para que comprenda que no la pierde y que su palabra continúa teniendo valor para sus hijas e hijos. En otras circunstancias, estos avatares se presentan en casos que implican realizar una transición de género en la adultez.

En personas mayores auto identificadas como LGBTIQ+ existen algunos temas comunes en la consulta. Por lo general, no accedieron en su juventud a los avances legales que hoy existen, siendo menos probable, por ejemplo, que tengan hijas e hijos reconocidos, que hayan cambiado su nombre y sexo registral (en el caso de ser personas trans), o que reciban pensiones o hayan heredado bienes en caso que su pareja haya muerto[30]. Todo esto aumenta su exposición a vulneración de derechos con relación a la población general y afecta su calidad de vida. Además, en muchos casos, estas personas, durante su juventud y adultez, debieron vivir su orientación sexual o identidad de género en secreto o enfrentar una salida del armario que les pudo haber distanciado de la familia de origen (padres, hermanos, primos, etc.). Incluso durante las últimas dictaduras militares, en la región, hubo una persecución directa a las disidencias sexuales y de género, lo que también ha generado traumas psicosociales en las personas de la comunidad (Sempol y Graña, 2012). Por lo antes expuesto, los sentimientos de soledad, las situaciones de desamparo, las prácticas/redes de cuidado, la denuncia de ausencia de políticas específicas, las dificultades para acceder a posibilidades reales de socialización afectivo sexual y participación en la sociedad, suelen estar presente en los espacios de consulta con personas LGBTIQ+ que cursan la vejez.

Pensar la diversidad sexo-genérica desde la Psicología es un desafío epistemológico, ideológico y político. Se trata de un campo de disputas donde se observan tensiones y contradicciones. Existen múltiples enfoques, teorías, técnicas y métodos para el desarrollo de abordajes técnico-profesionales. Algunos de esos enfoques pueden reproducir desigualdades, estigmatizando a la población LGBTIQ+ lo que podría agravar su situación de vulneración/exclusión social. Lo que se propone en este capítulo es un ejercicio profesional y académico de la Psicología desde un enfoque inclusivo, pluralista, no discriminador, competente, con base en las evidencias disponibles, y orientado por las perspectivas de derechos, género y diversidad.

Servicios de atención psicológica especializados en población LGBT+ en Uruguay

Desde el año 2013, han estado disponibles para la comunidad LGBTIQ+ dos servicios universitarios especializados: el **Centro de Referencia Amigable (CRAm)** y el **Centro de Atención en Psicología Afirmativa (CAPA)**. Estos servicios se configuraron como la primera política pública sanitaria de alcance nacional en atender las necesidades y demandas psicológicas específicas de este grupo social históricamente oprimido. Asimismo, los equipos técnicos de referencia de ambos centros se involucraron, en el año 2022, en un proceso formativo de actualización dirigido a 120 Lic. en psicología que se desempeñan en ASSE, lo que representó una instancia inédita.

30 Se amplía en Capítulo de Promoción de Salud

El **Centro de Referencia Amigable (CRAm)** es un servicio universitario de atención psicológica gratuita dirigido a personas LGBT+ residentes en Uruguay, creado en el año 2013 a partir de un Convenio entre la Facultad de Psicología (UdelaR) y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). La propuesta surge tras identificarse distintos niveles de homo-lesbo-bi-transfobia, homo-trans-ignorancia y heterocisnormatividad institucional e institucionalizada en servicios de salud públicos y privados, por ejemplo, en lo relativo a la alta prevalencia de situaciones de discriminación por parte de profesionales de la salud y de personal administrativo, así como las recurrentes malas praxis en el campo de la salud mental.

El CRAm es un servicio de atención psicológica oportuna y de calidad para las personas integrantes de la diversidad sexo-genérica, independientemente de su nivel socioeconómico o prestador de salud. El objetivo del servicio es brindar un espacio de consulta, orientación y/o atención psicológica a la población LGBTIQ+ desde un paradigma de derechos humanos con perspectiva de género basado en el reconocimiento de la orientación sexual, identidad y expresión de género de las personas usuarias. El servicio ofrece: a. Atención directa en modalidad presencial y/o virtual a personas LGBTIQ+ que se encuentran en distintas etapas del ciclo de vida: infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez; b. Realización de talleres y acciones de sensibilización y promoción de salud y derechos en centros educativos, centros de salud, centros juveniles, movimientos sociales, previa de las Marchas de la Diversidad, entre otros espacios públicos y semipúblicos; c. Promoción de salud, derechos y cultura LGBTIQ+ en entornos digitales, más específicamente, en las redes sociales.

El Centro busca fortalecer la capacidad de dar respuesta institucional, articulando la atención en salud mental a la población LGBTIQ+ con el desarrollo de estrategias de prevención en salud, la producción de conocimiento y la formación de recursos humanos. Las intervenciones psicosociales que se promueven en CRAm son sensibles al género y en el sentido más amplio pretenden ser transformadoras de los sistemas de relaciones de género.

En el CRAm se realizan las principales funciones universitarias: enseñanza (Grado y Posgrado), investigación[31] (clínica y social) y extensión. Se debe mencionar que dada la complejidad de situaciones con las que se trabaja, en el 2021, se concretó un acuerdo de trabajo con la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (Udelar), lo cual fortaleció el abordaje interdisciplinario que se brinda, interviniendo desde una mirada psicosocial en determinados casos específicos.

31 Desde el año 2020 el CRAm integra el Centro de Investigación Clínica en Psicología (CIC-P). La inscripción se encuadra en dos líneas de investigación específicas: a. intervenciones clínicas; b. adolescencia y juventud. Además de la investigación clínica, en el marco de nuestra estructura, se realiza investigación social, en base a tesis de Posgrado asociadas a la temática y a la población objetivo del servicio.

El único criterio de exclusión para recibir atención en el servicio es tener un diagnóstico de trastorno mental y no estar bajo supervisión médica ni con adherencia a tratamiento psicofarmacológico indicado. El servicio ofrece tres prestaciones: a) Consultas de asesoramiento; b) Consultas de orientación psicológica; c) Tratamientos psicoterapéuticos individuales focales. Los motivos manifiestos de consulta más prevalentes son:

- Dudas generales sobre la sexualidad humana.
- Reafirmar la identidad de género o identidad sexual.
- Solicitar un acompañamiento para los tránsitos genéricos, especialmente ante inicio de tratamientos hormonales.
- Acompañar el duelo de los progenitores tras tomar contacto con la orientación sexual o identidad de género de sus hijos.
- Cuadros de depresión y ansiedad.
- Elaborar episodios vinculados a violencia doméstica o en el noviazgo.
- Elaborar episodios de violencia heterocisnormativa y homo-lesbo-bi-transfóbica en ámbitos familiares, educativos, sanitarios, laborales y/o comunitarios.
- Personas migrantes en busca de un espacio de referencia.
- Personas con consumo problemático de sustancias.
- Buscar apoyo ante un diagnóstico de VIH+.
- Obtener información sobre tratamientos médicos de afirmación de género disponibles a nivel nacional.
- Solicitar referencia respecto a profesionales amigables.

Habitualmente las personas solicitan atención por su propia voluntad, pero en ocasiones estas arriban al servicio a partir de una derivación institucional. Para todas las prestaciones los principales agentes derivadores son:

- Ministerio de Desarrollo Social.
- Secretaría de la Diversidad de la Intendencia de Montevideo.
- Centros Educativos.
- Centros de Salud del subsector Público y Privado.
- Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.
- Unidad de Víctimas de la Fiscalía General de la Nación.
- Centros Juveniles
- Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan con la diversidad sexo-genérica.
- Bienestar Universitario (Udelar).

La atención se puede solicitar por tres vías:

- Email institucional
- Mensaje privado en el perfil en Instagram
- Formulario web

Puede consultarse información de contacto en la Página de la Facultad de Psicología. En todos los casos se debe informar nombre legal o social completo, edad, número celular, email, prestación, franja horaria de preferencia (mañana, tarde o noche) y una breve descripción del motivo de consulta. Dependiendo la situación y ubicación geográfica de la persona, la atención se lleva adelante en modalidad presencial (en el Anexo de la Sede Central de la Facultad de Psicología localizado en el centro de Montevideo) o virtual (en lo que se conoce como dispositivos m-salud[32], materializando los encuentros a través de herramientas digitales y redes sociales *online* como WhatsApp, Zoom, Skype o Google Meet). **Se debe resaltar que, durante el 2025, el componente de atención en todas sus prestaciones estará interrumpido porque el servicio se encuentra en un proceso de reestructuración, para probablemente retomar su actividad habitual en el primer semestre de 2026.**

Posteriormente, se creó el **Centro de Atención en Psicología Afirmativa (CAPA)**, el cual tuvo su sede central en el Centro Regional Norte de nuestra casa de estudios en el Departamento de Salto. En el 2022 también contó con una sede física en Paysandú y en Bella Unión (Artigas). **Sin embargo, desde junio de 2024, todas las sedes del centro dejaron de funcionar**. Durante los años de esta experiencia, el CAPA brindó servicios de consulta (principalmente pedidos de una sola consulta vinculadas a trámites o derivaciones), orientación (procesos cortos de trabajo vinculados a transferencia de información o tomas de decisiones particulares y concretas) y atención psicológica a personas LGBTIQ+, referentes afectivos de las mismas, principalmente familiares de personas LGBTIQ+ y organizaciones sociales y estatales en diferentes temáticas vinculadas con el campo de la diversidad sexual.

Durante los años de funcionamiento de estos servicios especializados, a partir de la aplicación de un instrumento de evaluación de calidad, la población usuaria ha valorado muy positivamente el tipo de atención recibida, planteando que sus motivos de consulta suelen resolverse en un tiempo de trabajo razonable y recomiendan estos centros a otras personas de su comunidad (CRAm, 2022). A pesar de la pausa actual, **es importante señalar que, a partir del próximo año, se espera que, toda la atención esté centralizada en el CRAm, al ofrecer cobertura nacional a través de dispositivos telepsicológicos que democratizan el acceso de las personas usuarias que residen en el interior del país, y manteniendo la atención presencial para las personas que viven en Montevideo o en departamentos relativamente cercanos a la capital.**

32 Refieren al uso de las aplicaciones móviles e inalámbricas que incluyen las redes sociales online para el ejercicio de la telepsicología (Borrelli y Ritterband, 2015).

A modo de cierre de este capítulo y a partir de lo que se ha presentado, importa señalar que, si bien se observan avances destacables en garantizar los derechos de la comunidad LGBTIQ+ aún hay un camino a recorrer para asegurar que estos derechos sean accesibles a todas las personas. Asimismo, se registran desafíos para la producción de conocimiento nacional, que pueda dialogar con las evidencias disponibles a nivel internacional. Se puede señalar que si bien la Psicología Afirmativa es un enfoque sensible y competente, es importante que en la medida de lo posible profundice su articulación con novedosas perspectivas interdisciplinarias. En este sentido, es deseable su incorporación en los espacios de atención integral de salud mental, en particular con este grupo social específico y evaluar cuáles son los mejores modelos de atención disponibles. Finalmente, importa resaltar que la experiencia de centros de atención psicológica especializados producto del relacionamiento entre actores del ámbito académico y organismos gubernamentales, ha sido una estrategia valiosa que ofrece buenas prácticas basadas en las mejores evidencias disponibles.

Referencias Bibliográficas

Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Reading: Addison Wesley.

American Psychologist Association (APA). (2000). *Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. American Psychologist Association*, 55(12),1440-1451.

Ardila, R. (2008). *Homosexualidad y Psicología*. Bogotá: Manual Moderno.

Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 36(1), 67-77.

Badinter, E. (1992). *XY: La identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial.

Bidell, M. y Stepleman, L. (2017). An Interdisciplinary Approach to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clinical Competence, Professional Training, and Ethical Care: Introduction to the Special Issue. *Journal of Homosexuality*, 64(10),1305-1329.

Bleichmar, S. (2009) Paradojas de la sexualidad masculina. Argentina: Paidós.

Borrelli, B. y Ritterband, L. (2015). Special issue on eHealth and mHealth: Challenges and future directions for assessment, treatment, and dissemination. *Health Psychology*, 34, 1205-1208.

Borges, K. (2009). *Terapia afirmativa: uma introdução à psicologia e a psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. São Paulo: GLS.

Burgos, O. (2020). La Prohibición de las "Terapias de Conversión": Un Asunto de Derechos Humanos. *Rev. Jurídica U. Inter.* PR, 55, 257-301.

Burin, M. y Meler, I. (2009). *Varones. Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras.

Centro de Referencia Amigable (CRAm) (2022). *Informe de rendición de cuentas anual*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Clavero, M. (2014). *Adopción Homoparental. Un estudio sobre la construcción de deseo de hijo en parejas gays*. Montevideo: Facultad de Psicología, UdelaR.

Comisión de Ética Profesional. (2001). *Código de Ética Profesional del Psicólogo/a*. Montevideo: Comisión de Ética Profesional.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2015). *Violencia contra personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex en América*. Washington: CIDH.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS.

Costa, J. (1998). *A questão psicanalítica da identidade sexual*. Porto Alegre: Artes Médicas.

D Augelli, A.R. (2008). *Factores del desarrollo, contextuales y de salud mental entre jóvenes lesbianas, gays y bisexuales*. México: Manual Moderno.

Davis, D. y Neal, C. (1996). *The pink therapy*. New York: Open University Press.

Espada, J; Morales, A; Orgilés, A y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(2), 31-41.

Fernández, A. M. (2009). *Las lógicas sexuales. Amor, política y violencias*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Brief on the socioecological model*. Panamá: UNICEF.

Freud, S. (Ed.) (1976). *Tres ensayos de teoría sexual.* (1905). En OC TVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fridman, I. (2011). Clínica psicoanalítica, subjetividad y poder. En el Foro de Psicoanálisis y Género. Meler, I. y Tajer, D. (Comps.) *Psicoanálisis y género. Debates en el foro.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gasque, M. (1991). Freud y la homosexualidad. *Debate Feminista*, 1(1), 264-271.

Gelpi, G. & Silvera N. (2022). *Las experiencias de atención psicológica de las personas LGBT+ en la ciudad de Montevideo.* Montevideo: CIC-P.

Gelpi, G. y Silvera, N. (2020). Violencia homo-lesbo-transfóbica a nivel familiar y COVID-19 en Uruguay: Cuando quienes deben proteger vulneran. *Revista Argentina De Estudios De Juventud*, 14, e047.

Gelpi, G. (2020). Los riesgos de ser o parecer en la escuela: bullying homofóbico en Enseñanza Media en Montevideo (Uruguay). *Revista Sinergias. Cuadernos del Área Género, Sociedad y Políticas FLACSO-Argentina. Serie de Tesis de Maestría*, 7, 52-72.

Haas, P; Eliason, M; Mays, V; Mathy, R; Cochran; S y D`Augelli, A. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, bisexual and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosex*, 58(4), 10-51.

Halperin, D. (2006). ¿Qué quieren los hombres gays? Sexo, riesgo y la vida subjetiva de la homosexualidad. *Desde lo queer*, 2(8), 274-288.

Haydée, G. (2003). A psicanálise e os modernos movimentos de "afirmação homossexual". *Revista de Psicanálise Textura*, 170(6), 1-5.

ILGA (2021). *Homofobia de Estado 2020: Actualización del Panorama Global de la Legislación.*

Larrobla, C.; Hein, P.; Novoa, G.; Canetti, A.; Heuguerot, C.; González, V.; Torterolo, M. y Rodríguez, L. (comps.) (2017). *70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC-Udelar.

Lingiardi, V; Nardelli, N. y Drescher, J. (2015). New Italian lesbian, gay and bisexual psychotherapy guidelines: A review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 405-415.

López, A. y Gelpi, G. (2015). La atención psicológica desde una perspectiva de diversidad sexual. En P. López, F. Forrisi y G. Gelpi (Coords.), *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud.* Montevideo: MSP. *para profesionales de la salud.* MSP, Montevideo, Uruguay.

Madrigal V. (2020) *Práctica de las llamadas "terapias de conversión". Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género*. Ginebra: ONU.

Martínez, C; Tomicic, A; Gálvez, C; Rodríguez, J; Rosenbaum, C. y Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+. Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental.* Santiago de Chile: Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP).

Mendos, L. R. (2020). *Poniendo límites al engaño: Un estudio jurídico mundial sobre la regulación de las mal llamadas terapias de conversión.* Ginebra: ILGA Mundo.

Meyer, I. y Northridge, M. (2007). *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*. Nueva York: Springer.

Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674- 697.

Meyer, I. y Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy and sexual behavior among gay and bisexual men. En G. Merk (Coord.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gays and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence.* C.A: Thousand Oaks.

Ministerio de Desarrollo Social e Instituto Nacional de la Juventud y Adolescencia (MIDES e INJU). (2019). *Informe. Cuarta Encuesta Nacional de Adolescentes y Juventud.* Montevideo: MIDES. Ministerio de Salud Pública (MSP). (2019). *Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027).* Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.* Montevideo: MSP.

Missé, M. (2014). *Transexualidades. Otras miradas posibles.* Barcelona: EGALES. Montoya, G. (2006). Aproximación bioética a las terapias reparativas. Tratamiento para el cambio de la orientación homosexual. *Acta Bioethica*, 12(2), 199-210.

Muñoz, O. (2021). Terapias de conversión sexual y daños a la salud: la vivencia de varones no heterosexuales. *Alternativas cubanas en psicología*, *9*(26), 149-155.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). (2018). *Nada que curar. Guía de referencia para profesionales de la Salud Mental en el combate a los ECOSIG.* CDMX: UNODC. Olavarría, J. (2005). La masculinidad y los jóvenes adolescentes. Reflexiones pedagógicas. *Revista Docencia*, 27(10), 46-55.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS), War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS: Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.* Washington: OPS.

Pineda, C. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 333-349.

Platero, L. (2014). *Trans*exualidades. Acompañamientos, factores de salud y recursos educativos.* Barcelona: Bellaterra Edicions.

Psicorevista (2020) Carta de Freud a la madre de un homosexual. [Página web] Recuperado de: https://psicorevista.com/psicoanalisis/carta-de-freud-a-la-madre-de-un-homosexual/

Radi, B. (2019). Políticas del conocimiento: hacia una epistemología trans*. En M. López (Ed.), *Los mil pequeños sexos. Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades* (pp. 27-42). Buenos Aires: EDUNTREF.

Rosales V. (2019). La terapia de deshomosexualización en menores de edad pertenecientes a la comunidad LGBT+: un tratamiento vulnerador de derechos humanos. En: *II Congreso Iberoamericano Interdisciplinario de la Familia e Infancia* (p. 37).

Ruiz, S. (2009). *Diversidad sexual en las aulas. Evitar el bullying o acoso homofóbico*. Badajoz: Cuadernos Plural.

Savin-Williams, R. (2009). *La nueva adolescencia homosexual*. Madrid: Ediciones Morata.

Schenck, M. (2018). *Policlínicas inclusivas. Diversidad sexual y de género en salud, y atención libre de discriminación a personas que viven con VIH: la experiencia de la Intendencia de Montevideo*. Montevideo: IM.

Warwick, I. (2001). Playing it safe: addressing the emotional and physical health of lesbian and gay pupils in the U.K. *Journal of Adolescence*, 24(1), pp. 129-140.

Williamson, 0. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Educ Res*., 15(5), 97-107.

Capítulo 6
Atención de la salud sexual y salud reproductiva de mujeres cis lesbianas y bisexuales

Mónica Gorgoroso[33], Florencia Forrisi[34] y Carina Da Costa[35]

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

Los contenidos aplican a las distintas consultas en la esfera de la salud sexual y la salud reproductiva de éstas mujeres, independientemente del profesional que las realiza y no exclusivamente enfocada en la consulta ginecológica desarrollada por especialistas en ginecología u obstetras-parteras/os. Las necesidades de salud específicas de las mujeres lesbianas y bisexuales relativas, por ejemplo, a salud mental y enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles son abordadas en otros apartados.

Con este apartado se busca visibilizar las necesidades específicas de esta población tanto en lo cultural como en aspectos biológicos, aunque muchos de los conceptos y recomendaciones puedan ser aplicables a otras poblaciones, por ejemplo, mujeres trans lesbianas y bisexuales, personas no binarias o varones trans.

Revisando los supuestos de los equipos de salud

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

Los modelos heteronormativos de relación entre los géneros, llevan a realizar consciente o inconscientemente, generalizaciones que excluyen a algunas mujeres. Se suele creer que todas las mujeres son cisheterosexuales, o que todas aquellas que reali-

33 Administración de Servicios de Salud del Estado.
34 Colectivo Ovejas Negras / Ministerio de Salud Pública.
35 Colectivo Ovejas Negras.

zan una consulta en cuanto a su salud sexual y su salud reproductiva (SSySR) lo son. A la vez es frecuente pensar que todas las mujeres que consultan tienen como proyecto ser madres.

Al mismo tiempo, las clasificaciones dicotómicas en las que estructuramos el razonamiento clínico: normalidad versus anormalidad, heterosexualidad versus homosexualidad, justifican definir la homosexualidad como opuesto a heterosexualidad. En este sentido, este razonamiento habilita a plantear como cierto que las mujeres no heterosexuales, las mujeres lesbianas, no desean la maternidad, o al menos no por medio de una gestación.

La definición por oposición también lleva a pensar que en las parejas de mujeres no se darán situaciones de violencia basada en género o que existen menores riesgos de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) porque no se vinculan sexualmente con varones. Por otra parte, de existir estas situaciones, la discriminación y la lesbofobia pueden llevar a los profesionales a vincularlos con "conductas de riesgo" o "comportamientos propios de estas poblaciones" y no con las condiciones de vida, la vulneración de derechos y el menor acceso a los servicios que estas personas enfrentan.

Este modelo lleva además a invisibilizar o deslegitimar la orientación sexual de mujeres trans que sienten atracción hacia otras mujeres, tachando de imposible la existencia de mujeres trans lesbianas o bisexuales, o considerando que este deseo pone en duda la validez de su identidad de género.

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

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

Vinculo de las mujeres cis lesbianas y bisexuales con los servicios de ginecología y obstetricia

La invisibilidad es una característica de la población de mujeres lesbianas y bisexuales que, en ocasiones, puede evitarles situaciones de violencia lesbofóbica pero, al mismo tiempo, las obliga a mantener oculta parte de su vida y sus vínculos sexuales y/o de pareja. Esta invisibilidad en la vida cotidiana también se expresa en el marco de la consulta.

> La presunción de cisheternomormatividad deja a la persona usuaria la responsabilidad de educar al personal de salud, lo que puede aumentar los problemas de salud mental durante estas etapas, sobre todo en personas no binarias, bisexuales, pansexuales o solteras (Hallström y col, 2022).

En 2007, la Asociación Internacional de Gays y Lesbianas (ILGA por su sigla en inglés), publicó una investigación realizada en Italia, que establecía que sólo el 15% de las mujeres entrevistadas estaban enteramente "fuera del armario" es decir, que no ocultaban su orientación sexual en ningún ambiente social. En el ámbito de la salud, de estas mismas mujeres solamente el 13.2% había hablado de su orientación sexual con su médico/a tratante, mientras que el 29.7% de las encuestadas la había revelado a su ginecóloga/o. Entre los motivos para no mencionarla predominaba el miedo al rechazo por parte del personal de salud.

A la baja percepción de la necesidad de consultar se suman las experiencias propias o de otras mujeres lesbianas o bisexuales de violencia y discriminación en los servicios de salud, así como la vivencia de que la atención en salud no se relaciona con sus necesidades. Todos estos son factores que desestimulan la búsqueda de servicios de orientación y control en salud. La discriminación opera además como una barrera concreta que retrasa la consulta aún ante signos físicos o necesidades de orientación específicas.

Aspectos para destacar de la atención a la salud en mujeres cis lesbianas y bisexuales

A continuación, se irán detallando algunas temáticas específicas que se considera relevante subrayar sobre esta población en particular. Durante toda la guía se ahonda sobre otras temáticas que también repercuten en la salud y calidad de vida de esta población como la recomendación de inmunizaciones, la salud mental, consumo de drogas (incluyendo alcohol y tabaco), y el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población LGBTIQ+.

Examen genital en mujeres cis lesbianas y bisexuales

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

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

El equipo de salud debe indagar sobre estos temas, estar preparado para explicar a la usuaria la importancia del examen, informar cómo se realiza el mismo y planificar el procedimiento en un ámbito de privacidad y confianza. Ello puede llevar varias consultas y se realizará únicamente bajo el consentimiento de la usuaria y en el momento que ella se sienta preparada.

Salud sexual y mujeres cis lesbianas y bisexuales

La mayoría de las ITS pueden ser transmitidas en las prácticas sexuales entre dos mujeres cis. Además, las mujeres que se identifican como lesbianas, pueden haber tenido o tener varones cis como parejas sexuales, o haber sido víctimas de abuso sexual. Adicionalmente, no se debe asumir que las mujeres cis lesbianas y bisexuales mayores no son sexualmente activas, o que no necesitan que se indague sobre ITS. Las lesbianas y bisexuales pueden “salir del closet” o iniciar las relaciones sexuales a cualquier edad.
En la prevención de ITS dirigida a mujeres cis lesbianas y bisexuales es necesario discutir el uso de barreras de latex. El equipo de salud debe preguntar sobre las prácticas sexuales habituales y brindar información sobre la utilización de campos de látex e incluso su elaboración artesanal a punto de partida de preservativos externos, dado que en el Uruguay actualmente no se comercializan insumos especialmente diseñados para estos fines como el condón para uso bucal o el campo de latex para uso genital.

Existen pocas investigaciones recientes sobre la salud sexual de las mujeres lesbianas y bisexuales, en gran medida porque el sesgo mencionado para la percepción de exposición a ITS en la población y los equipos de salud se replica también a nivel académico. En el año 2000, una encuesta estadounidense a mujeres que se identifican como lesbianas mostró que sólo un 11% declaró usar métodos de barrera para sus prácticas sexuales con mujeres. Los motivos incluían creer que no tenían riesgo y vergüenza a

comprarlos (Diamant et al, 2000). En el mismo año, otro estudio relacionado con la percepción de riesgo de esta población para las ITS, mostraba que: 84% percibía no haber tenido prácticas sexuales de riesgo en el último año, y un 61% considera no haber tenido prácticas sexuales de riesgo en toda su vida (Morrow y Allsworth, 2000).

Una investigación del 2002 realizada en EEUU a mujeres de 15 a 44 años (Tao, 2008) reportó una historia de herpes genital mayor en mujeres bisexuales (15.0%–17.2%) respecto a mujeres lesbianas (2.3%–6.7%) y heterosexuales (8.7%–10.0%) (Tao, 2008). En tanto, en 2008, Singh y col. (tomado de Gorgos y col., 2011) examinaron la tasa de positividad a clamidia en mujeres de entre 15 y 24 años que se testean en clínicas de planificación familiar en el noroeste de Estados Unidos entre 1997 y 2005. En mujeres que reportaron tener prácticas sexuales con otras mujeres la tasa de positividad fue 7,1% y se mantuvo estable durante todo el estudio, mientras que en las mujeres que reportaron solo prácticas sexuales con varones el porcentaje fue de 5.3%.

Las recomendaciones sobre prácticas sexuales seguras, y el ofrecimiento de pruebas para detectar ITS debe ser algo presente en la consulta de salud sexual con mujeres lesbianas. Deben ofrecerse desde recomendaciones para prevenir el VIH, hasta para aquellas infecciones que no son propiamente consideradas ITS, como las vaginosis bacterianas, sobre todo considerando que estas últimas tienen más alta prevalencia entre mujeres lesbianas y bisexuales (Evans y col., 2007, Koumans y col., 2007). La transmisión de ITS entre mujeres cis se ha asociado a prácticas sexuales con intercambio de fluidos vaginales, un número mayor de contactos sexuales mujeres, no higienizar de forma adecuada los juguetes sexuales y mantener prácticas sexuales orales – anales. Es importante tener en cuenta que el preservativo interno o "femenino", usado de la forma en que indica el fabricante, **no es un medio de protección adecuado para las mujeres cuando mantienen prácticas sexuales con otras mujeres cis.**

Prevención de cáncer genito-mamario en mujeres cis lesbianas y bisexuales

En la actualidad existe poca evidencia sobre si existe un riesgo real aumentado de cáncer de mama en mujeres cis lesbianas, comparado con mujeres cis heterosexuales. Se habla, en general, de un riesgo potencial vinculado a la presencia de ciertos factores de riesgo como la nuliparidad, no haber amamantado, el consumo de alcohol, consumo de tabaco y obesidad (Case et al. 2004; Diamant et al, 2000).

En el año 2000 Valanis y col. analizaron la muestra del estudio "Iniciativa por la salud de las mujeres" que se realizó entrevistando a mujeres estadounidenses posmenopáu-

sicas de entre 50 y 79 años. Se dividió a las mujeres no heterosexuales de la muestra en mujeres bisexuales, mujeres que se asumieron como lesbianas en su adultez (denominadas en el estudio como "lesbianas adultas"), y mujeres que se autoidentificaron desde edades tempranas (denominadas "lesbianas toda la vida"). Se encontró que 14% de las mujeres consideradas "lesbianas toda la vida" y 17,6% de mujeres consideradas "bisexuales" reportaron haber tenido algún tipo de cáncer, comparadas con un 11,9% de las consideradas "heterosexuales" en el mismo estudio. Las mujeres bisexuales tuvieron también la tasa más alta de cáncer de mama. De hecho, todos los grupos de mujeres no heterosexuales mostraron tasas más altas de este tipo de cáncer que las heterosexuales, pero eran también quienes tenían menores porcentajes de citologías cervicales (PAP) y mamografías realizadas en el pasado reciente.

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

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

Es ya conocido el vínculo entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cuello de útero. Este virus puede transmitirse de mujer a mujer en la relación sexual, pero el factor de riesgo principal para desarrollar una enfermedad es no realizarse exámenes ginecológicos con frecuencia, lo que impide la detección temprana. El riesgo de transmisión de VPH entre mujeres cis puede vincularse a un número aumentado de parejas sexuales varones cis y al uso de objetos sexuales en sus prácticas.

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

En Australia, se han realizado campañas específicas para promover la realización de citologías cervicales en mujeres cis lesbianas. Para eso fue necesario romper con mitos existentes en el personal de salud sobre las mujeres cis lesbianas; previamente,

en el país se había hecho un estudio donde se vio que a un 9% de estas mujeres el profesional de salud le había recomendado **no** hacerse una citología cervical (Brown et al 2003).

Prevención de violencia basada en género

En Uruguay la Ley Nº 19580/2017 de violencia hacia las mujeres basada en género comprende dentro de su alcance a mujeres trans y "de las diversas orientaciones sexuales" (donde se incluirían las mujeres lesbianas y bisexuales cis), y define a la violencia basada en género (VBG) como una forma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres.

Las parejas de mujeres no están exentas de presentar situaciones en las que una de las integrantes de la pareja es víctima de violencia de género. A esto se suman situaciones de violencia específicas de la comunidad LGBTIQ+, como las amenazas con sacar a la otra persona del armario forzosamente ("outing" por el término en inglés) o derivadas de situaciones de precariedad en el reconocimiento de derechos de la diversidad familiar, hecho que aconteció hasta hace muy pocos años por la ausencia de legislación referida a derechos de filiación o referentes a bienes comunes (Ley de unión concubinaria, modificaciones de la Ley de Adopción, Ley de matrimonio igualitario y regulaciones sobre filiación. Puede ampliarse en Marco Normativo). Sin embargo, la misma visibilidad de las relaciones que atenta contra la salud sexual se expresa en este sentido, teniendo menos oportunidades de acceder a servicios y protección que las mujeres cis heterosexuales que atraviesan estas situaciones. En varios paises se excluye la violencia entre parejas del mismo sexo de las definiciones de violencia doméstica o de género, o directamente se condenan este tipo de uniones, incluso llegado el caso, impidiendo la denuncia. Se debe indagar sobre dichas situaciones y referir cuando sea necesario, teniendo en cuenta que los lugares de referencia no discriminen a las mujeres que han sido víctimas de violencia por otras mujeres. Asimismo, y al igual que en la población heterosexual, se debe tener en cuenta signos de alerta que pueden existir de estas situaciones o que derivan de ellas, como la mayor incidencia de ITS, descompensación de ECNT o alteraciones en la esfera de la salud mental.

Salud reproductiva y planificación familiar en mujeres cis lesbianas y bisexuales

Las personas LGBTIQ+ a lo largo de la historia han participado en la crianza de infancias y adolescencias de diversas formas. El que una mujer cis se identifique como lesbiana no quiere decir que no haya mantenido, o mantenga en la actualidad, prácticas sexuales y/o relaciones afectivas con varones. Tampoco implica necesariamente la

ausencia de gestas o partos previos, infancias a su cargo, o ausencia de deseo de gestar y/o maternar. Ni anula la necesidad y/o el deseo de uso de métodos anticonceptivos con el fin de evitar embarazos no deseados teniendo en cuenta la diversidad de sus vínculos sexuales, no enfocando ésta práctica a su orientación sexual.

Incluso previo al avance y mejora en el acceso a técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA) que significó la ley de 2013 en nuestro país, así como las conquistas legales respecto a la adopción homoparental, existieron mujeres cis lesbianas y bisexuales accedieron a técnicas de RHA en países de la región, y personas LGBTIQ+ que adoptaron con la ley anterior a 2009. Gestar y/o maternar para la población LGBTIQ+ pasó a estar legitimado luego de estas leyes, y actualmente es cada vez más accesible y habitual, a la vez que brinda mayores garantías para las infancias que crecen y se desarrollan en el marco de estas familias. Puede ser que para algunas mujeres (heterosexuales, bisexuales y lesbianas) la reproducción biológica no esté dentro de sus proyectos vitales, a la vez, sobre todo en lesbianas adultas o adultas mayores, es posible que existan menores tasas de embarazos que en mujeres heterosexuales. En el estudio antes citado de "Iniciativa por la Salud de las Mujeres" (2000) se observó que las tasas de haber estado embarazada alguna vez eran mayores entre bisexuales (80,8%) y "lesbianas adultas" (63%), en comparación con aquellas "lesbianas toda la vida", población con tasas de embarazo fueron considerablemente menores (35%).

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

Con los recursos existentes en la actualidad, sumados a avances normativos como son la ley de adopción (2009) y de RHA (2013), ha sido y es necesario que el personal de salud se adapte a la posibilidad de recibir en sus consultas a familias compuestas por personas del mismo género (homoparentales) y familias integradas por una o más personas trans.

Por parte de los equipos de salud se hace imprescindible revisar las prácticas para promover la inclusión y evitar la invisibilización de parejas LGBTIQ+ cuando, por ejemplo, cursan un embarazo, parto o puerperio. Esto empieza por entender que no es lo mismo que la persona que acompaña a una mujer embarazada en su trabajo de parto sea su amiga, madre o hermana que su pareja mujer, es decir, la otra madre.

En los casos en que el proyecto de maternar sea a través de la adopción, el personal de salud puede acompañar este proceso y poner a disposición los recursos con los que cuente dentro del servicio. Es importante que el área de Trabajo Social esté al tanto de las normativas vigentes y en condiciones de brindar un primer asesoramiento a personas LGBTIQ+ que deseen adoptar en el caso de que así lo requieran (Ver Marco Normativo), independientemente de su identidad de género u orientación sexual, transitando la misma ruta de adopción y bajo las mismas evaluaciones que personas o parejas cis heterosexuales.

En los casos en que es posible planificar y llevar a cabo una gestación (por ejemplo, mujeres lesbianas o bisexuales solteras o en familias comaternales, varones trans o personas no binarias), es necesario que el personal que brinda atención en salud reproductiva conozca las nuevas normativas y esté en condiciones de brindar orientación a quienes consultan sobre el acceso a estas prestaciones dentro de la propia institución, realizar derivaciones oportunas y necesarias, y orientar en cuanto a los aspectos legales vinculados a la filiación.

En este sentido, es necesario trabajar en la formación de todo el equipo de salud que atiende este proceso. En un estudio llevado a cabo en EEUU (Guerrero- Hall y col, 2021), la mitad del estudiantado residente de obstetricia y ginecología reportaba no sentirse con preparación suficiente para atender a mujeres lesbianas y bisexuales, y el 92% desearía más educación para proveer cuidados a la población LGBTIQ+. Respecto al impacto para la población usuaria, un documento de la Association of American Medical Colleges (2022) más de la mitad de las personas identificadas como “mujeres queer” reportaron que la calidad de su atención en el embarazo, parto y puerperio fue impactada negativamente por la discriminación, comparado con un 35% en sus contrapartes heterosexuales. Adicionalmente, un 83% de las mujeres no cisheterosexuales reportó haber experimentado complicaciones en el parto, en comparación con un 63% de sus contrapartes cisheterosexuales (p.1).

Ley N° 19167 Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida

Se citan a continuación, en forma resumida, los contenidos de la Ley N° 19167/2013 más relevantes en cuanto al acceso de mujeres lesbianas y bisexuales:

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

El Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la reproducción asistida (MSP, 2014) expresa que *"Una mujer sin pareja o una pareja homosexual femenina podrá realizarse un tratamiento de reproducción humana asistida, ya que no es requisito para la realización de la misma la demostración de infertilidad. Desde una visión igualitaria, estas personas tienen los mismos derechos que las parejas infértiles de completar su proyecto reproductivo, teniendo en cuenta los diferentes modelos familiares actuales".*

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

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

- Estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad así como el tratamiento en caso de diagnosticarla.
- Material de uso médico descartable.
- Asesoramiento y realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad
- Tratamiento de las posibles complicaciones que se presenten a raíz de los estudios, estimulación y/o técnicas empleadas.
- Adjudicación, conservación por hasta un año y preparación de muestra de gametos masculinos de donante anónimo en banco de gametos habilitado por el MSP. O conservación por hasta un año y preparación de muestra de gametos masculinos de la pareja.
- Medicación correspondiente en todos los casos.

En todos los casos de personas gestantes -incluyendo mujeres cis lesbianas y bisexuales- que soliciten acceder a una técnica de reproducción asistida se deberá valorar de forma completa la fertilidad previo realización de un tratamiento de reproducción asistida. Esto se realiza porque pueden existir factores de esterilidad o sub-fertilidad que requieran tratamiento previo al procedimiento o que deban ser considerados al elegir el tratamiento indicado.

> Artículo 6º. (Infertilidad).- A los efectos de la presente ley se define como infertilidad la incapacidad de haber logrado un embarazo por vía natural después de doce meses o más de relaciones sexuales (Ley 19167, 2013).

Cabe aclarar que en mujeres cis solteras, lesbianas o bisexuales no está justificado esperar 12 meses para completar la valoración y comenzar el tratamiento, ya que esto sólo disminuye las chances de éxito del tratamiento y la ley, si bien define infertilidad, no exige como requisito para acceder a la prestación tener dicho diagnóstico.

Prevención de la infertilidad

La Ley 19167 prevé que se implementen políticas de prevención primaria y secundaria de las disfunciones reproductivas. En el caso de las mujeres cis lesbianas y bisexuales cobra interés el asesoramiento en relación a factores que afectan la fertilidad tales como:

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

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

a) Serán de aplicación a toda persona mayor de edad y menor de 60 (sesenta) años, salvo que hubiere sido declarada incapaz para ejercer la paternidad o maternidad, luego de ser previa y debidamente informada por el equipo médico tratante.

b) Sólo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la persona gestante o su posible descendencia. (...)

d) Consentimiento escrito por parte de ambos miembros de la pareja o de la mujer en su caso, para la realización de técnicas de reproducción humana asistida... (...)

e) Ratificación por escrito de ambos integrantes de la pareja al momento de la inseminación e implantación (Ley 19167, 2013).

Los tratamientos de reproducción asistida requieren visitas frecuentes y múltiples al centro de salud, durante varios ciclos ováricos, con administración/autoadministración de medicación inyectable y monitorización con exámenes de sangre y ecografías seriadas. Por este motivo, antes de iniciar el tratamiento, quienes van a gestar y sus

parejas deben contar con información adecuada y manifestar adhesión a la propuesta terapéutica. Durante el proceso será importante identificar desde el equipo de salud la necesidad de apoyo y contención adicional.

Las parejas hetero cis llegan a los tratamientos de reproducción asistida luego de diagnósticos de infertilidad o alguna otra condición que les impida la procreación sin uso de biotecnologías mediante. En el caso de mujeres cis lesbianas o bisexuales, si existiera dicho diagnóstico, se sabría durante este proceso. Es por ello que el seguimiento y acompañamiento por parte del equipo de salud se vuelve indispensable para acompañar ese tránsito.

Procedimientos de baja complejidad o Inseminación Artificial (IA)

Artículo 5º. (Procedimientos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad y su cobertura).- A los efectos de la presente ley se definen las técnicas o procedimientos de baja complejidad como aquellos procedimientos en función de los cuales la unión entre el óvulo y espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino (Ley 19167, 2013).

Las técnicas de reproducción humana asistida de baja complejidad, así como los estudios básicos para el diagnóstico de la infertilidad, están contenidas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), por lo que deben ser brindadas por todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y deben ser financiados por éstos en un máximo de tres intentos y en personas hasta 40 años de edad (MSP, 2014).

Las técnicas de reproducción asistida de baja complejidad comprenden:

1. Estimulación ovárica e inducción de la ovulación con relaciones sexuales programadas (planteable en parejas heterosexuales o parejas compuestas, por ejemplo, por una mujer cis y una trans o un varón cis y un varón trans, siempre que las personas cuenten con la capacidad de gestar y de producir de gametos), o estimulación ovárica e inducción de la ovulación, únicamente con el fin de la inseminación (en los casos, por ejemplo, de personas solteras con capacidad de gestar o de mujeres cis lesbianas en pareja).
2. Seguimiento folicular por medio de ecografías programadas.
3. Inseminación artificial con gametos de la pareja (planteable, por ejemplo, en parejas cisheterosexuales o parejas compuestas por una mujer cis y una mujer trans ambas con capacidad de producción de gametos), o con gametos de donante anónimo.

Paso a paso del proceso

A continuación, se compartirá un esquema del proceso de atención desde su inicio, de forma que sea útil para la asesoría previa.

1- Consulta ginecológica en el prestador de salud (puede ser con ginecología, partera, médica/o de familia y comunidad o médica/o general manifestando el deseo de acceder a un embarazo mediante ésta técnica). Es necesaria si la institución no permite la agenda al servicio de medicina reproductiva sin el pase a interconsulta. Si lo permite, éste paso no es indispensable y la consulta será directa en el servicio de RHA del prestador de salud al que la persona que desea gestar esté afiliada.
De tener la consulta previa, actualizar controles ginecológicos, necesarios para el inicio del proceso (actualizar Papanicolau, tratar infecciones vaginales o de transmisión sexual si existieran, indagar sobre ciclos menstruales y detectar y/o tratar posibles complicaciones en ellos) de lo contrario, se actualizarán en la consulta de RHA. Tener en cuenta que en caso de ECNT (por ejemplo, hipertensión arterial o diabetes mellitus) estas deben estar bajo tratamiento y estables. Para el proceso de RHA es particularmente relevante el monitoreo de los ciclos menstruales, por lo que se recomienda desde el inicio del proceso sugerir el seguimiento de los ciclos.
En la consulta en el servicio de RHA harán una evaluación general del estado de salud y hábitos de quien desee gestar, por tanto, pueden recomendar y en algunos casos solicitar cese de tabaquismo, pérdida de peso, etc. A su vez, de concurrir en pareja y no tener definido aún quién gestará o quién lo hará primero, la instancia puede ser útil para evaluar los factores de riesgo para llevar adelante una gestación, de forma de aportar esta información a la pareja para colaborar en la toma de decisión.

2- Descartar la infertilidad. Este proceso será en el prestador de salud o adónde este derive el servicio, sin pago de aranceles fuera de la institución en ningún caso. Sucede por indicación del servicio de RHA. Para descartar la infertilidad, se solicitará paraclínica en sangre en el tercer día de menstruación del próximo ciclo. Incluyen niveles hormonales (hormona luteinizante/LH, prolactina, estradiol, progesterona, hormona folículo estimulante/FSH, anti mulleriana), infecciones de transmisión sexual (Sífilis, VIH y Hepatitis B), infecciones virales (toxoplasmosis, citomegalovirus), y otros como glicemia, hemograma, crasis, grupo sanguíneo y rh, creatinina, TSH y vitamina D. A su vez se solicitará un análisis de orina y un exudado vaginal con el fin de descartar Chlamydia (ITS que puede producir infertilidad en personas con útero). Según las características individuales se podrían agregar otros estudios.
También se deberán realizar ecografías. Una de ellas del tercer al quinto día de menstruación del ciclo y transvaginal con el fin de realizar un recuento folicular. Esta ecografía, junto a valores hormonales, brinda una idea de la reserva ovárica y la capacidad de ovulación. Otra de las ecografías (pueden ser ambas en el mismo momento) será una histerosonografía, que suele ser incómoda y puede llegar a percibirse como dolo-

rosa. Consiste en la colocación de un espéculo vaginal para visualizar el cuello del útero y poder colocar una sonda hasta acceder al útero. A continuación, se administra por esa vía unos ml de suero fisiológico y mediante una ecografía abdominal se visualiza ese líquido en el útero y cómo fluye por cada una de las trompas de falopio. Con esta ecografía se visualiza el estado de las paredes del útero y la permeabilidad tubárica (de las trompas). En algunos casos, a su vez, se puede solicitar una histerosalpingografía. Mediante la misma técnica de colocación de espéculo y sonda se administra un líquido de contraste en el útero para tomarle radiografías a este y a las trompas. Este estudio permite evaluar la forma y estructura de útero y trompas.
Durante este proceso de realización de estudios, en caso de detectar alguna patología o problema que pueda causar o estar causando infertilidad o dificultad para concebir y/o llevar adelante una gestación debe tratarse antes de los intentos de inseminación.

3- Autorización por parte del prestador para acceder a la inseminación artificial y banco de gametos. Se da una vez descartada la infertilidad (luego de todos los estudios anteriores). Desde el servicio de RHA se da la autorización para realizar la inseminación y queda habilitado que la persona pueda realizar el pago en los servicios de salud privados. (En caso de que no sea posible la inseminación artificial, se pasa a plantear un procedimiento de alta complejidad).

4- Pago de la muestra y otros servicios tercerizados. Se lleva a cabo en el prestador de salud de la persona que se inseminará. En ningún caso se paga un servicio tercerizado fuera de la institución.
Dentro de los prestadores de salud del Estado (ASSE, Hospital Policial y Militar) los tres intentos previstos por ley serán sin costo, y en el subsector privado el copago de cada intento es regulado por el MSP. A diciembre de 2024 es de 10.500 pesos uruguayos (Decreto 434/022). El pago de los intentos, que incluyen la medicación, el seguimiento folicular, la preparación y adjudicación de la muestra de gametos en caso de ser necesaria y la inseminación en sí, será siempre en el prestador de salud privado, no debiendo abonarse ningún costo en los centros a los que el prestador haya referido para la atención.

5- Consulta para asignación de la muestra de gametos. Presencial en el banco de gametos en Montevideo, incluye consulta con especialista en andrología y la conservación de la muestra asignada hasta el momento de su uso (sin costo extra hasta por un año). La consulta es únicamente la primera vez que la(s) personas acuden a solicitar una muestra de gametos de donante anónimo. Posteriormente, queda en su expediente esta selección y de necesitar próximas adjudicaciones se podrán realizar por videollamada. La muestra será seleccionada por el servicio, escogiendo aquel donante que fenotípicamente comparte mayores rasgos con la(s) personas que accederán a la reproducción mediante biotecnologías (por ejemplo, pareja de mujeres lesbianas).

Esta asignación será a criterio del banco de gametos y anónima. En ningún caso las personas podrán escoger de un listado de donantes.
Se debe tener en cuenta que el banco de gametos funciona con agenda previa, que tiene una espera en algunos momentos de hasta 3 meses. La reserva de hora es telefónica con el número de cédula de identidad de la persona beneficiaria, por tanto, se puede agendar en el momento de la primera consulta, por ejemplo, para ir ganando tiempo, dado que no es un camino ágil. Desde la primera consulta a la inseminación pueden pasar meses, por tanto, adelantar los pasos que se puedan puede contribuir a mejorar la experiencia.
Si la inseminación es negativa, el embarazo no es viable o se produce un aborto, y se desea acceder a una nueva inseminación, deberá agendarse nuevamente para adjudicación de una nueva muestra. La demora será la misma.

6- Consulta para seguimiento folicular. Una vez realizado el copago y teniendo muestra adjudicada se escogerá el ciclo ovárico en el cual se realizará la inseminación, y desde el segundo día de esa menstruación se comenzará el seguimiento, estimulación, etc. El seguimiento es mediante ecografías transvaginales con la frecuencia que el equipo considere según cada caso (diarias, días alternos, cada tres días). En ese transcurso se comenzará con la medicación para estimular el crecimiento folicular, así como para mejorar la calidad de los óvulos (medicación vía oral y/o sub cutánea diaria según indicación) hasta llegar al número de folículos, tamaño folicular y espesor endometrial ideal para una inseminación. El realizar el seguimiento y administrar la medicación no garantiza que en ese ciclo efectivamente se lleve a cabo la inseminación, hay casos en que las condiciones no se logran y se optará por esperar un nuevo ciclo. En ese caso, la medicación vuelve a retirarse en la institución a costo de tique de medicamento.

7- Retiro de la muestra. Una vez dadas las condiciones y agendada la inseminación artificial, es responsabilidad de la persona que tiene la muestra adjudicada avisar telefónicamente al banco de gametos el día y hora que harán uso de la misma para que éste pueda prepararla (requieren al menos 2 horas para hacerlo). La persona pasará por ella personalmente de media hora a 15 minutos antes de la inseminación, de levantarla otra persona, por ejemplo, su pareja la persona que tiene asignada la muestra debe dejar un consentimiento firmado previo en el banco de gametos para autorizar dicho retiro.
La muestra se entrega preparada en un pequeño tubo de unos 3cm y se deberá conservar a temperatura corporal durante el traslado al centro de salud donde se llevará a cabo la inseminación, recomiendan llevarla en un bolsillo interno de pantalón (en la zona de la ingle) o entre las mamas sostenida por un sostén o pegada con cinta al cuerpo. Se conservará ahí hasta la inseminación.

8- Inseminación. Será en el prestador de salud o en el centro al que la persona fue referida. El procedimiento es ambulatorio y se permite tener acompañante. Dura apro-

ximadamente 15 minutos y se retira deambulando del lugar, se recomienda por las 4 horas posteriores realizar tareas de esfuerzo y mantener un reposo relativo. Posterior a ello vida normal e incluso mantener prácticas sexuales. El orgasmo en la persona que se inseminó favorece al ascenso de los gametos.
Posteriormente, durante 15 días la persona inseminada se administrará progesterona intravaginal diaria con el fin de aumentar la concentración de dicha hormona para favorecer la implantación. Una vez transcurridos los 15 días se podrá realizar la BHCG en sangre o esperar un retraso menstrual y realizarla a los dos días del mismo.
Realizar una inseminación artificial no garantiza el embarazo. Las tasas de embarazo en el primer intento oscilan entre el 15 y el 25%, en el segundo un 30-35% y en el tercero llegan a una tasa acumulada de embarazo de un 45-55%.

No es necesaria:
- Autorización del Fondo Nacional de Recursos. La inseminación artificial o técnica de baja complejidad está incluida en el PIAS para mujeres menores de 40 años. Establece tres intentos. No se necesita la autorización del FNR para acceder a los intentos ni para nuevas inseminaciones particulares una vez realizados estos 3.
- Consulta psicológica. No se establece en ningún caso que deba ser requisito para acceder a las técnicas de baja complejidad, pero se debe destacar que el banco de gametos solicita un informe psicológico para adjudicar la muestra.

Información adicional para tener en cuenta al momento de asesorar:
- Siempre que en el banco de gametos se cuente con muestras del mismo donante, se podrán solicitar para un nuevo procedimiento ante el intento previo con o sin éxito, a menos que el servicio indique lo contrario por sospecha de incompatibilidad genética.
- Si la persona que se inseminará tuviese un familiar /amigo que sea donante anónimo del banco de gametos deberá indicarlo en la primera consulta en dicho lugar con el fin de garantizar que no le sea adjudicada una muestra de esa persona. Lo mismo si se encuentra transitando el proceso junto a amiga/familiar/mujeres conocidas para evitar adjudicación del mismo donante a ambas.

Procedimientos de alta complejidad o Fecundación In Vitro (FIV)

> Artículo 5. ... Las técnicas o procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a este los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no (Ley 19167, 2013).

Este método es indicado cuando se descarta la posibilidad de realizar la IA. Se trata de técnicas de alta complejidad que se realizan en clínicas especializadas habilitadas por el MSP. La persona podrá elegir en cuál de ellas desea realizar el procedimiento, parcial o totalmente subsidiados por del Fondo Nacional de Recursos (FNR), hasta un máximo de tres intentos. Los copagos dependerán de los ingresos del núcleo familiar,

independientemente del prestador de salud de la persona destinataria del procedimiento, y se encuentran disponibles en este enlace en el sitio web del FNR.

Las técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad con co-cobertura por parte del FNR comprenden:

1. Inducción de la ovulación.
2. Punción folicular para extracción de gametos.
3. Fertilización invitro (FIV) con gametos donados o de la pareja (por ejemplo, en parejas heterosexuales o parejas compuestas por una mujer cis y una trans, ambas con capacidad de producción de gametos).
4. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).
5. Transferencia de embriones frescos.
6. Criopreservación de embriones (una transferencia posterior deberá abonarse fuera del copago)
7. Donación de gametos y embriones.
8. Gestación subrogada en determinadas circunstancias.

Procedimientos no comprendidos en la Ley de RHA

La ley de RHA habilita la subrogación de vientre en parejas cis heterosexuales con algunas condiciones, pero explícitamente excluye a las parejas de dos varones cis de esa posibilidad. Asimismo, no incluye la posibilidad de conservación de gametos en personas trans previo al inicio de terapia hormonal o el uso del método de recepción de óvulos de la pareja (ROPA), procedimiento de alta complejidad que es ofrecido a mujeres cis lesbianas por parte de algunas clínicas privadas nacionales e internacionales. Las personas o parejas que deseen llevar a cabo estas técnicas lo hacen abonando el costo sin subvención del prestador de salud ni del FNR.

Desigualdades en Uruguay con relación a la diversidad sexual y familiar

- Los certificados de “nacido vivo” (CNV) no cuentan con la opción “intersex”, sino “indefinido”. Asímismo, existe subregistro respecto a esta temática. Los certificados de defunción directamente no habilitan otra opción que sexo masculino o femenino. En lo que refiere a familias, aún sigue sin figurar la opción de dos madres o dos padres, por el contrario, los CNV contemplan “madre y padre”, debiendo completar los datos de la madre no gestante en datos del padre. De esta forma las familias corren el riesgo de que por desconocimiento el personal de salud no les contemple y se emita el certificado con solo los datos de la persona gestante. Si por ejemplo se tratara de un varón trans, también en el CNV se lo nombrará

como “madre”. Asimismo, si se trata de una pareja que ha elegido que el apellido de la persona gestante vaya primero, tampoco lo permite al momento el sistema, ya que por defecto el primer apellido será el de la persona no gestante.La pareja deberá luego tramitar la inscripción en el orden correcto concurriendo en conjunto al Registro Civil. Esto genera la complicación adicional de que, por ejemplo, pueda tener que corregir después el alta de la cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA - Banco de Previsión Social) y el alta de la cobertura mutual para que figure allí el orden de apellidos elegido por la pareja.

- Hasta las modificaciones en la ley de adopción y la aprobación de la ley de unión concubinaria entre 2008 y 2009 las personas LGBTIQ+ no podían adoptar en pareja. Las infancias y adolescencias adoptadas previo a esa regulación (algunas, aún hoy menores años) no tienen vínculo legal con uno de sus progenitores, con todo lo que eso implica respecto a compartir responsabilidades parentales ante la ley, y brindar a su descendencia el pleno goce de derechos filiatorios.
- Al momento de inscribir un nacimiento ante la oficina de registro civil, sólo a las parejas compuestas por personas LGBTIQ+ (por ejemplo, de dos mujeres) se les exige estar casadas previo al nacimiento para emitir la partida de nacimiento con el apellido de ambas. De lo contrario, se inscribe sólo con el apellido de la persona gestante, sin importar, por ejemplo, lo que figure en el CNV emitido por el prestador de salud.
- Cuando se otorgan licencias por nacimientos o reducciones horarias por lactancia o cuidados, aún sigue siendo una dificultad y algo no regulado las licencias para madres no gestantes. No existe esta figura en el ámbito laboral y se terminan otorgando, en el mejor de los casos, licencias “por paternidad”, existiendo en cada caso trabas burocráticas específicas.

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

Referencias Bibliográficas

Association of American Medical Colleges (Abril de 2022) *Differences in Birthing Experiences of LGBTQ+ and Straight People.* AAMC Center for Health Justice. Documento interno. Disponible en: https://www.aamchealthjustice.org/media/3581/download?attachment

Brown, A; Hassard, J; Fernbach, M; Szabo, E y Wakefield, M. (2003). *Lesbians experiences of cervical screening*. Health Prom J of Australia, 14 (2), 128-132

Carroll, N; Goldstein, R.S; Wilson, L y Mayer, K.H. (1997). *Gynecological Infections and Sexual Practices of Massachusetts Lesbian and Bisexual Women.* J Gay Lesbian Med Assoc, 1(1), 15-23.

Case, P. S; Austin, B; Hunter, D. J; Manson, J. E; Malspeis, S; Willett, W. C y Spiegelman, D. (2004). *Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II.* Journal of Women's Health, 13(9), 1033–1047.

Decreto Reglamentario 630 (2014)

Decreto Reglamentario 671 (2015)

Decreto Reglamentario 434 (2022)

Diamant, A. L; Wold, C; Spritzer, K y Gelberg, L. (2000c). *Health behaviors, health status, and access to and use of health care: A population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women.* Archives of Family Medicine, 9(10), 1043–1051.

Diamant, A.L; Lever, J y Schuster, M.A. (2000). *Lesbians' sexual activities and efforts to reduce risks for sexually transmitted diseases.* J Gay Lesbian Med Assoc, 4(2), 8-41.

Diamant, A.L; Schuster, M.A, McGuigan, K y Lever, J. (1999). Lesbians' sexual history with men: implications for taking a sexual history. Arch Intern Med, 159(4), 2730-2736.

Evans, A.L., Scally, A.J., Wellard, S.J., Wilson, J.D. (2007) *Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting.* Sex Transm Infect, 2007, vol. 83 (pg. 470-5)

Guerrero-Hall, K. D., Muscanell, R., Garg, N., Romero, I. L., & Chor, J. (2021). *Obstetrics and gynecology resident physician experiences with lesbian, gay, bisexual, transgender and queer healthcare training.* Medical science educator, 31(2), 599-606.

Hallström, S., Grundström, H., Malmquist, A., Eklind, M., & Nieminen, K. (2022). *Fear of childbirth and mental health among lesbian, bisexual, transgender and queer people: a cross-sectional study.* Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 43(4), 526–531. https://doi.org/10.1080/0167482X.2022.2089555

ILGA. (2006). *La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes*. Bruselas: ILGA.

Koumans, E.H., Sternberg, M., Bruce, C., et al. (2007) *The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001–2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health.* Sex Transm Dis, 2007, vol. 34 (pg. 864-9)

Lelleri, R; Pietrantoni, L; Graglia, M; Palestini, L y Chiari, C. (2005). *Sesso e salute di lesbiche, gay e bisessuali oggi in Italia.* Sintesi dei principali risultati sociosanitari. Bologna: Arcigay.

Ley N° 19580 (2017). Violencia hacia las mujeres basada en género.

Ley N° 19167 (2013). Técnicas de reproducción humana asistida.

Marrazzo, J.M; Koutsky, L.A; Kiviat, N.B; Kuypers, J.M y Stine, K. (2001). *Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women.* Am J Public Health, 91(6), 947- 952.

Morrow, K.M y Allsworth, J.E. (2000). *Sexual risk in lesbians and bisexual women.* J Gay Lesbian Med Assoc, 4(4), 159-165.

Ministerio de Salud Pública (2014). *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de reproducción asistida*. Montevideo: MSP.

Murphy, N.E. (1995). *Queer Justice: Equal Protection for Victims of Same-sex Domestic Violence.* Valparaiso University Law Review, 30(6), 335–379.

Singh D., Fine, D.N. y Marrazzo J.M. (2008) *Chlamydia trachomatis infection among women reporting sexual activity with women screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005.* Am J Public Health, 2011, vol. 101 (pg. 1284-90). En: Gorgos, L.M. y Marrazzo, J.M. (2011) Sexually Transmitted Infections Among Women Who Have Sex With Women, Clinical Infectious Diseases, Volume 53, Issue suppl_3, 15 December 2011, Pages S84–S91, https://doi.org/10.1093/cid/cir697 Recuperado de: https://academic.oup.com/cid/article/53/suppl_3/S84/312345

Smart, S; Singal, A. y Mindel, A. (2004). *Social and sexual risk factors for bacterial vaginois*. Sex Transm Infect, 80(1), 58-62.

Tao, G. (2008) *Sexual orientation and related viral sexually transmitted disease rates among US women aged 15 to 44 years.* Am J Public Health, 2008, vol. 98 (pg. 1007-9)

Valanis, B. G; Bowen, D. J; Bassford, T; Whitlock, E; Charney, P y Carter, R. A. (2000). *Sexual orientation and health: Comparisons in the women's health initiative sample.* Archives of Family Medicine, 9(9), 843–853.

Capítulo 7
Atención a personas trans

Primera Parte: Atención en el primer nivel

Daniel Marquez, Clara Niz y Mónica Olinsky[36]

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

También se analiza el acceso de la población trans a los servicios de salud y la calidad en términos de su especificidad desde una mirada interdisciplinaria. Se retoma lo expuesto en la edición anterior de la presente guía, en función de la experiencia de funcionamiento de un servicio de ASSE que funciona en la Unidad Docente Asistencial (UDA) del primer nivel de atención en el Hospital del Norte "Gustavo Saint Bois". Este brinda una atención integral a las personas trans desde una perspectiva de salud, derechos y diversidad, incluyendo vínculo con otros niveles de atención, orientado a optimizar y adecuar el tránsito y resultado de otras intervenciones requeridas, tales como las quirúrgicas. En este capítulo, además, se describen las etapas del proceso de hormonización, altamente demandado por esta población[37].

Situación de las personas trans en Uruguay

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

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

37 La sistematización técnica realizada en este documento surge en parte del material elaborado por las personas autoras en el marco del curso virtual "Salud y Diversidad Sexual" disponible en la plataforma de OPS (2024).

y crianza. En algunos casos estas pertenencias pueden resultar factores protectores y en otros casos pueden exponerles aún más a situaciones de estigma y discriminación.

En la determinación del impacto de estos factores tiene un rol central, al igual que para el resto de la población LGBTIQ+, qué lugar toman las familias a la hora de aceptar o rechazar las diversas manifestaciones de la identidad de género. Cada experiencia se ve limitada o potenciada por las oportunidades, condiciones y posibilidades que cada persona ha tenido o pueda tener para llevar a cabo su proceso. Existen diferencias dependiendo del nivel socioeconómico. Habitualmente las personas con mayores ingresos tienen mejores posibilidades para performar su género y lograr una concordancia entre su identidad y su cuerpo, mientras que las personas con bajos ingresos tienen menor poder de elección y acceden a productos de baja calidad, que no solo pueden poner en riesgo su salud, sino que además tienen limitaciones para lograr la imagen deseada.

Situaciones a las que pueden estar expuestas las personas trans:

- Temprana expulsión familiar o negación y ocultamiento de la situación (el primer caso es más frecuente en mujeres, el segundo en varones trans).
- Exclusión de los grupos de pares (niñez y adolescencia).
- Expulsión del sistema educativo formal. Interrupción de las trayectorias educativas y bajo nivel educativo por falta de sentimiento de inclusión en las instituciones educativas.
- Expulsión del sistema de salud. Falta de formación de profesionales de la salud, que conlleva a iatrogenia y atención inadecuada.
- Exclusión social y laboral. Dificultades de acceso al trabajo formal.
- Situación de precariedad y dificultad de acceso a derechos y prestaciones sociales como la seguridad social.
- Mayor incidencia de ITS en particular VIH (epidemia concentrada en mujeres trans).
- Prácticas que les exponen a situaciones de riesgo (sobre todo en mujeres trans, cuando el medio de vida es el trabajo sexual).
- Violencia transfóbica.
- Crímenes de odio.

Estas situaciones ofician como condicionantes de la calidad de vida de las personas trans, les exponen a situaciones de violencia que afectan de diversos modos su salud y condicionan su morbimortalidad, a la vez que les colocan una y otra vez en el ciclo

de la marginación. No hay datos certeros respecto del número específico de varones y mujeres trans en nuestro país, ya que la identidad de género fue relevada por primera vez en el censo de 2023. Más allá de las limitaciones que presentó, un 0,5% de la población declaró una identidad diferente del sexo asignado (INE, 2024). La implementación de la Tarjeta Uruguay Social (TUS), por intermedio del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), permitió aproximarse a una caracterización de la población trans (Lukomnik, 2013). Como parte del proceso de otorgar la TUS a personas trans, se recolectan datos demográficos, económicos, educacionales, entre otros. Sin embargo, dicha caracterización no representa a todo el colectivo de mujeres y varones trans. Muchos de los planes sociales y de salud implementados han tenido como usuarias, sobre todo, a las mujeres trans. Probablemente, esto se deba al alto impacto que tiene el trabajo sexual como medio de vida de gran parte de estas mujeres (53,4% según cifras del MSP, 2013), algo que pone en evidencia la desprotección de esta población. En contraste con cierta visibilidad de las mujeres trans en el ámbito público, es necesario incrementar los esfuerzos para la captación, que tienen características y necesidades de salud específicas, y son una población invisibilizada muchas veces, incluso a la interna de sus propias familias.

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

A nivel económico, la última información disponible sobre los ingresos de las personas trans es que un 62,3% percibía 5.000 pesos mensuales o menos, mientras que el 29,8% tiene ingresos entre 5.001 y 10.000 pesos mensuales (Lukomnik y Ramos, 2012). La exclusión temprana del sistema educativo disminuye las oportunidades laborales, sumado a un habitual escaso sostén familiar, impacta negativamente en las trayectorias educativas y laborales de esta población. El nivel educativo alcanzado por la población trans destinataria de la TUS es bajo, el 71,6% no tiene ciclo básico completo (en población general esa cifra disminuye al 51%), y a mayor edad, menor es el nivel educativo alcanzado. Por ejemplo, en la franja entre 18-29 años solo el 6,9% tiene primaria incompleta, en cambio en la franja de 51 años en adelante asciende a un 26,2 %. (Lukomnik, op. cit.).

Personas trans en el sistema educativo

La orientación sexual, identidad de género e incluso la expresión de género pueden ser factores predisponentes de situaciones de discriminaciones y exclusión en el ámbito educativo, cuando no condicen con el modelo heteronormativo. Connell (1989) y

Gowran (2004) afirman que los centros educativos reflejan los valores y actitudes de la sociedad en general, lo que puede configurarlos como potentes reproductores de las relaciones de género y los modelos de masculinidad – femineidad hegemónicos, que desacreditan las formas no heteronormativas de sexualidad. Tiene sentido que la principal exclusión de población trans se produzca en Ciclo Básico y no en otro nivel, dado que es en esta etapa del ciclo de vida que los cambios de la pubertad comienzan, y las identidades de género discordantes en relación al sexo asignado se hacen manifiestas.

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

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

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

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

Todas estas violencias padecidas pueden predisponer a:

- interrupción de las trayectorias educativas por no sentirse incluidas en las instituciones
- interrupción de las trayectorias educativas por percibirlas inútiles, vinculado a la transfobia en el ámbito laboral
- la aparición de cuadros depresivos y de ansiedad
- el uso y abuso de sustancias tóxicas
- intentos de autoeliminación y suicidios

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

Salud y calidad de vida en población trans

La esperanza de vida de la población trans se ubica en menos de 35 años (CIDH, 2020), mientras que el resto de la población tiene una esperanza de 78,64 años (INE, 2019), es decir más del doble. Muchas son las variables que podrían explicar este fenómeno: exclusión social, asesinatos transfóbicos, epidemia de VIH (que se concentra en un número importante de mujeres trans), suicidios, entre otros. Por otro lado, sus propias rutinas y actividades (sobre todo cuando se dedican al trabajo sexual), sumadas a factores de riesgo presentes en parte de esta población como estrés crónico y depresión, favorecen el consumo abusivo de algunas sustancias que perjudican la salud (tabaco, alcohol y drogas ilegales)[38]. Por lo anteriormente dicho se puede afirmar que en Uruguay ser trans acarrea un costo muy alto en todo sentido, significando una condición de máxima vulneración.

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

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

38 En el capítulo de Promoción de Salud se amplía sobre el concepto de "Modelo de Estrés de las Minorías", que profundiza sobre este tema.

En 2014, se comenzó a atender las demandas de la población trans desde el servicio de la UDA Saint Bois, y se volvieron a realizar intervenciones de afirmación de género, desde una perspectiva de salud y con un método innovador en el Hospital Pereira Rossell (MIDES, 2016). Este nuevo modelo parte de la premisa de que **la identidad de género es definida por la persona**, y que quienes acceden a estos procesos (desde la hormonización hasta diversos cambios corporales), son **personas sanas que deciden a qué tratamientos someterse** y a cuáles no. Es prioritario que se emplee una transversalización en el sistema sanitario desde una perspectiva de derechos humanos, género y diversidad reconociendo como derechos de la salud e identidad, los cambios corporales y los distintos tratamientos hormonales que requiere la población trans (Lukomnik, 2013).

Acceso a los servicios de salud de personas trans

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

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

Para los/as médicos/as (y otros integrantes del equipo de salud) se dificulta establecer un vínculo adecuado con la población usuaria, pues muchas veces no tienen en su formación un saber específico acerca de la población trans. La anatomía y la fisiología de las personas trans pueden haber sido objeto de intervenciones (hormonales y/o quirúrgicas) y esto será diferente en cada una de ellas. Las personas trans llegan buscando ayuda, a veces de urgencia, y es difícil decidir cómo actuar cuando no se sabe a ciencia cierta en qué forma ha sido intervenido ese cuerpo. Por ejemplo, si se trata de efectos secundarios de las siliconas, de las hormonas o de alguna intervención casera (Leone et al. 2008). Es importante conocer si la persona trans que se está entrevistando ha usado hormonas o ha realizado cambios en su cuerpo, explicándole la importancia de esta información para lograr una mejor atención y disminuir riesgos.

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

En lo que refiere al examen físico, la terapia hormonal puede producir variados efectos en diversas escalas: a) los varones trans pueden tener crecimiento de vello facial (variable de acuerdo al período de tiempo de aplicación de la terapia hormonal), clitoromegalia, acné y alopecia androgénica y distintos niveles de crecimiento del vello corporal; b) las mujeres trans pueden tener mamas en tamaño y forma femenina. Las mismas pueden ser fibroquísticas si ha habido inyección de silicona. La galactorrea es vista en ocasiones en pacientes con altos niveles de prolactina (Schlatterer et al. 1998).

> El examen físico muchas veces confirma la aparición de masas palpables sólidas (nódulos únicos o múltiples), con sensación dolorosa importante, cambios locales cíclicos de duración variable consistentes en eritema, edema, hiperpigmentación, drenaje crónico del material inyectado, abscesos o fístulas de difícil solución, diseminación linfática, y necrosis de los tejidos involucrados (Centurión et al. 2008, p.45).

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

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

En el siguiente cuadro se presentan problemas de salud generales y específicos en mujeres y varones trans. La clasificación es realizada con fines didácticos, pero es importante tener en cuenta que ésta segmenta problemas de salud que están integrados y que deben ser incorporados en un enfoque de atención integral de acuerdo con la normativa vigente en Uruguay (Nº 19.684, 2018).

Dimensión	Específicos varones Trans	Específicos mujeres trans
Prácticas sexuales Las personas trans, principalmente las mujeres, frecuentemente realizan trabajo sexual lo que las expone a riesgos (MSP, 2019).	Dificultad de acceso al PAP: Infecciones genitales e ITS incluyendo HPV/ Riesgo potencial de cáncer de mama y cuello uterino.	Mayor incidencia de ITS, especialmente Sífilis y VIH Problemas de salud anal producto de la realización excesiva de enemas, lo que no es exclusivo de esta población.
Adecuación corporal Las personas trans frecuentemente buscan que su expresión de género y su cuerpo coincida con su identidad. Cuanto más barreras encuentran en el sistema de salud, mayor es la posibilidad de que recurran al mercado clandestino.	Posibles consecuencias de la hormonización fuera de pautas clínicas: impulsividad, agresividad, aumento del hematocrito, trastornos hormonales, entre otros. Problemas de salud por uso prolongado de fajas inadecuadas para ocultamiento mamario: -Lesiones de piel -Cervicalgia -Disfonías	Posibles consecuencias de la hormonización fuera de pautas clínicas: labilidad emocional, trastornos del humor, IAE, trastornos hormonales, entre otros. Problemas de salud por uso de productos tóxicos, siliconas industriales, aceite de avión, etc.: -Hematomas, infecciones locales y generalizadas, necrosis de tejido, insuficiencia renal, etc. –Migración de las siliconas, plenitud precoz, discapacidad, dolor crónico, etc. Infecciones de piel por depilación inadecuada. Infertilidad y cáncer de testículo por uso prolongado de bombacha trucadora.
Uso de fármacos El uso de fármacos puede utilizarse para la adecuación corporal y/o para disminuir alguno de los efectos de la hormonización.	Los problemas de salud a consecuencia de la hormonización fuera de pautas antes descritas.	Los problemas de salud a consecuencia de la hormonización fuera de pautas antes descritas. Problemas de salud por el uso excesivo y prolongado del sildenafil o similares: -Sibilancias, mareos, disnea e hinchazón en la cara, párpados, labios o garganta consecuencia de reacciones alérgicas. -Priapismo (erección prolongada). - Efectos antagónicos intermitentes si se mezcla con la hormonización. Las hormonas generan disminución del efecto del sildenafil en la erección, lo que puede provocar que la persona aumente excesivamente la dosis para conseguir la erección deseada. -Cuadro grave de hipotensión o infarto de miocardio si se mezcla con otras sustancias.

Hábitos Las situaciones a las que frecuentemente están expuestas las personas trans pueden generar hábitos que producen problemas de salud.	Problemas de salud vinculados al uso problemático de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, benzodiacepinas, hormonas, entre otras).
Salud mental Los problemas de salud mental son más frecuentes en las personas trans, principalmente asociados a las vulneraciones, estigma, discriminación y violencias a las que están expuestas.	Depresión, ansiedad, IAE, LAI, trastornos del sueño, trastornos de alimentación, estrés postraumático.
Estigma y discriminación. Esta dimensión cobra especial importancia porque son habituales en las trayectorias de las personas trans y transversalizan su salud.	Exclusión y expulsión de diferentes ámbitos de la vida (familiar, educativo, laboral, comunitario), causan, potencian y agravan los problemas de salud mencionados. Violencia transfóbica.

Fuente: Elaboración propia. Márquez, Taboada y Ramos, 2024.

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

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

De acuerdo con los datos nacionales más recientes, en lo que a cambios corporales refiere, en un estudio del MSP de 2013 con una muestra de 640 mujeres trans, un 41% había recibido inyecciones de silicona alguna vez, y dentro de ese porcentaje

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

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

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

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

Respecto al trabajo sexual, en los datos de ese estudio lo ejercía un 53,4% y además un 29,1% de quienes contestaron negativamente lo ejercieron alguna vez, es decir, un total de 82,5% de las mujeres trans se vincularon con el trabajo sexual. El 60% de estas mujeres refirió historias previas de explotación sexual comercial (antes de los 18 años). El 50% de las mujeres trans que se dedicaban al trabajo sexual mantenían un contacto con el sistema de salud a través de los controles que deben hacerse cada 3 meses, de acuerdo con la Ley Nro. 17515 de reglamentación del trabajo sexual (MSP, 2013). Esos controles, establecen pruebas de detección de Hepatitis B, VIH/SIDA, Sifilis y otras ITS (Lukomnik y Ramos, 2012). Sin embargo, la mitad que no cumple con los controles necesarios, por lo general tampoco asiste a consultas de salud. Solo un 18% lo hace una vez al mes, 29% dice hacerlo “a veces”, y un 45%

no acude nunca (MSP. 2013). Una pregunta que no fue incluida en este estudio es el porqué de esa ausencia.

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

Pautas para guiar la atención

Línea de la vida modificada

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

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

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

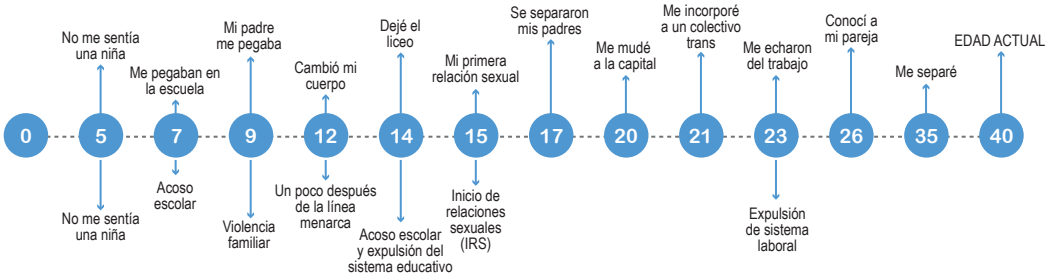
- Relación con integrantes del núcleo familiar
- Edad de autopercepción de la identidad de género
- Anécdotas de socialización en la escuela y liceo
- Juegos en la primera infancia
- Vivencia de los cambios en su cuerpo a causa de los caracteres sexuales secundarios
- Conductas de riesgo o abuso de sustancias
- Experiencia laboral
- Si comenzó un proceso de hormonización en algún momento sin monitoreo de un profesional.

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

En la siguiente imagen se representa, a modo de ejemplo, la línea de vida de un usuario ficticio: Joaquín, varón trans, 40 años.

Línea elaborada por Joaquín:

Intervención del técnico en la línea de Joaquín:



Proceso de hormonización

Este proceso requiere de un seguimiento médico. Las dificultades que a veces se presentan en la accesibilidad a los servicios de salud hacen que muchas personas trans apelen al mercado clandestino, adquiriendo fármacos y consumiéndolos en dosis no adecuadas e incluso combinando fármacos de alto riesgo. Eso lleva a que se susciten inconvenientes de todo tipo, poniendo en riesgo su salud. "El objetivo específico del tratamiento hormonal, en este caso, es suprimir o minimizar los caracteres sexuales secundarios originales e inducir ciertas características del sexo sentido" (Centurión et al. 2008, p.29). Cuando una persona se somete a un proceso de hormonización, no solo se producen cambios fisiológicos y biológicos, sino que además, el efecto psicológico de iniciar un cambio deseado le permite posicionarse de otro modo, aumentar la seguridad en sí misma, lo que puede llevar también a observarse en el lenguaje paraverbal.

Ambos procesos (el biológico y el psicológico) en conjunto fundan un nuevo modo de verse, sentirse y ser de ese sujeto. Cabe señalar que las hormonas generan efectos diferentes dependiendo de cada persona, por tanto, el tratamiento hormonal debe ser individualizado. En algunas personas, los cambios son notorios y en otras no tanto, eso depende de un cúmulo de factores y variables como pueden ser: la respuesta individual, la edad a la hora de iniciar el tratamiento, el funcionamiento orgánico, entre otros.

Es necesario aclarar que el hecho de que una persona usuaria atraviese un proceso de hormonización no quiere decir que luego desee someterse a una cirugía.

Pasos para acceder a la hormonización

En el servicio que lleva adelante la UDA se confeccionó un protocolo de atención diferente a lo que habitualmente aparece en los protocolos internacionales, ya que no patologiza las identidades trans y, por tanto, no requiere un diagnóstico de "disforia de género", ni una consulta psicológica y psiquiátrica para brindar la prestación. Dicho protocolo se encuentra como anexo en la edición 2015 de la presente guía.

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

El servicio ofrece también la posibilidad de acompañar, en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el proceso del trámite de cambio de nombre y sexo registral. Se pretende el mejor tratamiento que se encuentre disponible sin discriminar por orientación sexual y/o identidad de género. La participación activa del MIDES en

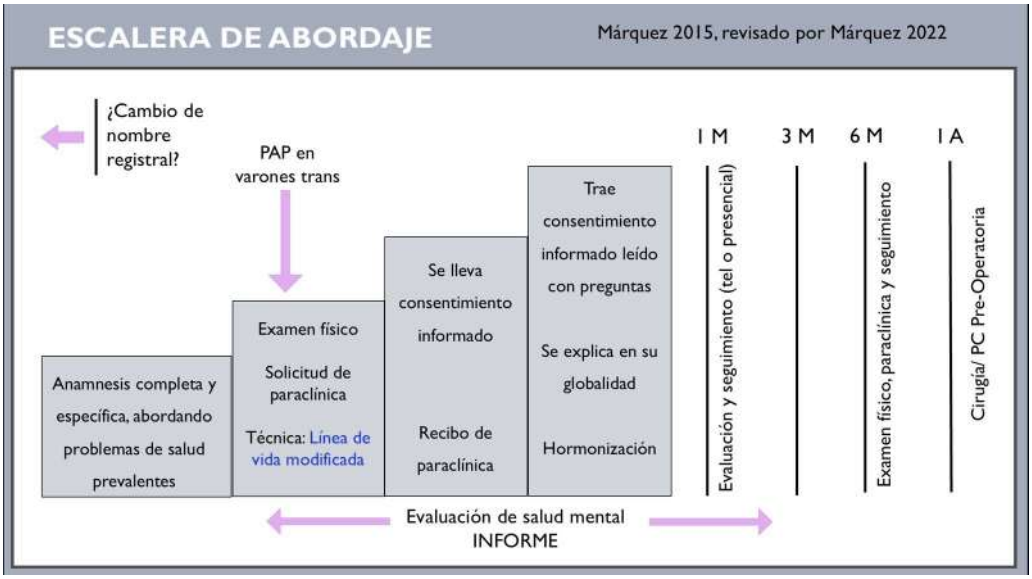
la agenda de salud contribuye a abordarla de forma integral y a articular las políticas del sector sanitario, con el resto de las que conforman la matriz de protección social (Gainza, 2015; Márquez, 2015).

La escalera de abordaje

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

Entre los aspectos sanitarios, se realiza un examen físico inicial, un segundo examen físico genital, la realización de paraclínica específica previa a la indicación de hormonoterapia y monitoreo periódico del proceso de hormonización. La hormonoterapia requiere la firma de un consentimiento informado, a través del cual se comunica cuáles son las transformaciones esperadas, en qué tiempo es esperable que ocurran y la reversibilidad o no de los efectos. El consentimiento informado para el tratamiento hormonal corresponde al Ministerio de Salud Pública y se encuentra disponible para ser consultado y descargado en su página web.

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



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

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

Escalón 2: Se realiza un examen físico completo y se solicita la paraclínica. En el primer encuentro se le comunica a la persona que, en la siguiente consulta, se llevará a cabo un exhaustivo examen físico para prevenir situaciones con potencial para obstruir un desarrollo normal del proceso. El examen tiene, entre otros objetivos, descartar lesiones causadas por prácticas sexuales y observar la presencia o no de signos de ITS. Se pueden encontrar: fisuras anales, verrugas por HPV, chancro luético, vesículas o úlceras herpéticas, secreciones uretrales dadas por uretritis gonocócicas y no gonocócicas, entre otros. También se realizará un examen de piel y mucosas, en búsqueda de lesiones (máculas, pápulas, úlceras, ampollas o verrugas producidas por ITS). Además, se informa sobre los métodos de prevención de ITS.

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

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

Para algunas personas trans esta instancia es todo un desafío porque les enfrenta con sus propios genitales, las expone a ser observadas, tocadas, evaluadas, y puede gene-

rar ansiedades y angustia. Es importante que quien realiza el examen sea consciente de esto en todo momento.

Escalón 3: Se procede a la devolución de los resultados del examen paraclínico y por otro lado se firma el consentimiento informado que se busca se vivencie como parte del proceso y no como un mero trámite. Allí están descriptos los efectos reversibles e irreversibles que tendrá el tratamiento. Se recomienda que el consentimiento informado sea leído en conjunto con la persona, que sea explicado con vocabulario accesible y que se verifique la comprensión del mismo. En caso que los resultados de los exámenes impidan comenzar o indiquen postergar con la hormonización, se sugiere que esa situación sea comunicada con mucho cuidado y sensibilidad, teniendo en cuenta que puede producir en la persona trans mucha angustia, ira o agresividad, por lo frustrante que resulta la situación.

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

Estudios previos al inicio del tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento es necesaria una evaluación integral del individuo, con historia clínica detallada, evaluación del riesgo cardiovascular, antecedentes, hábitos tóxicos (incluido el tabaquismo), tratamientos farmacológicos, antecedentes de cáncer hormonodependientes, indagar aspectos laborales, vínculos familiares y otros vínculos afectivos, entre otros. Es necesario un examen físico completo, atendiendo especialmente a situaciones como la inyección de silicona industrial y examen genital incluyendo medición de los testículos cuando corresponda. Tanto la paraclínica previa como la de seguimiento puede consultarse en la Guía Clínica para la hormonización en Personas Trans (MSP, 2016).

Criterios para la indicación del tratamiento hormonal

- Tanto en población adulta como adolescente, tener la capacidad y el grado de madurez necesarios para la toma de decisiones en forma válida, sabiendo las consecuencias de las acciones. En caso de adolescentes con autonomía progresiva rigen los mismos criterios que para las demás consultas médicas y en SSR, ésta es valorada por el equipo de salud, como en otros actos médicos, y en caso de duda puede realizarse interconsulta con especialistas en psicología y psiquiatría adolescente. Al igual que en otras situaciones, como establece la normativa se propenderá a que las decisiones se adopten en concurrencia con su madre, padre u otros referentes adultos de su confianza en caso de tenerlos, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes y la confidencialidad y autorización a contactar con la persona adulta

referente. Es importante evaluar vínculos favorecedores y protectores, previos a la comunicación con la persona adulta.

- Conocimiento de riesgos y beneficio de la hormonoterapia (Consentimiento informado).

- Se recomienda al menos un año de experiencia de vida con la identidad de género autopercibida. Es importante identificar la experiencia durante ese tiempo indagando autopercepción, forma en que se autorreferencia, vivencia, continuidad, etc. Hay personas trans que pueden mostrar diferentes expresiones de género dependiendo de lo amigable u hostil de los entornos, lo cual es muy importante identificar y abordar. Por ejemplo, si la persona no muestra su expresión e identidad de género autopercibida en todos los espacios por los que circula, es importante explicitar que esto con la hormonización va a cambiar, para hacer una adecuada evaluación de riesgos potenciales con la persona y pensar estrategias para poder abordarlos.

- Descartar psicopatía asociada que pueda ser agravada por el tratamiento hormonal. El médico valorará la necesidad y oportunidad de realizar interconsulta con salud mental.

Es clave para indicar un tratamiento hormonal tomar en consideración las contraindicaciones y riesgos. Si no se cumplen estos criterios no se debe iniciar ningún tratamiento (Guía MSP, 2016).

En los cuadros a continuación, se presentan tratamientos hormonales para personas trans teniendo en cuenta que cada presentación farmacológica y dosis debe ser seleccionada siguiendo el instrumento de la escalera de abordaje.

Tratamiento a mujeres trans

Con antiandrógenos		
Fármaco	Dosis Inicial	Dosis Máxima
Acetato de Ciproterona	50 mg/ día v.o.	100 mg/ día v.o. (se indicará en excepciones ya pueden aumentar los efectos adversos)
Espironolactona	100 mg/ día v.o.	200 mg/ día v.o.

Fuente: Modificado Guía MSP, 2016. Elaboración propia.

Con estrógenos		
Fármaco	Dosis Inicial	Dosis Máxima
Valerato de Estradiol	1.0 mg/ día v.o.	De 1 a 4.0 mg/día v.o. (mayor a estas dosis debe valorarse efectos adversos).
17 β – estradiolgel	Acorde al preparado el tratamiento puede ser continuo o cíclico.	Se estudiará en cada caso
17 β – estradiolgel parche transdérmico	Ídem	Ídem

Fuente: Modificado Guía MSP, 2016. Elaboración propia.

Tratamiento a varones trans

Fármaco	Dosis inicial	Dosis Máxima
Enantato de testosterona i/m	125 mg/28 días	250 mg/15 días (en excepciones pues son muy factibles los efectos adversos).
Testosterona gel 1%	50 mg/día	100 mg/día solo en excepciones.
Undecanoato de testosterona i.m.	1000 mg/ 90 días	Mayor a dosis inicial solo en excepciones

Fuente: Modificado Guía MSP, 2016. Elaboración propia.

Efectos

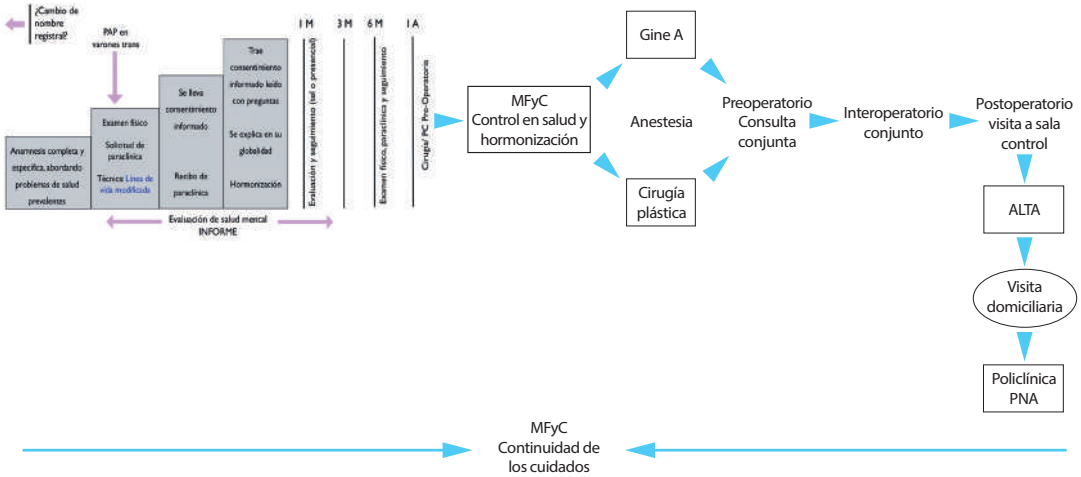
El uso regular e irregular de hormonas puede tener efectos sobre el estado de ánimo de la persona, predisponiendo a oscilaciones del humor. Asesorar a la persona para entender estos fenómenos, puede significar una mejora importante en su calidad de vida.

La terapia hormonal puede producir efectos en diversas escalas lo que se puede evidenciar en el examen físico. Se sugiere ampliar sobre este tema en la bibliografía recomendada (Guía Salud y Diversidad Sexual, p. 183-184).

Continuidad de los cuidados

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

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



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

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

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

Referencias Bibliográficas

American Psychological Association. (2014). DSM- V. Washington: APA.

Bye, L; Gruskin, E; Greenwood, G; Albright, V. y Krotki, K. (2004). The 2003 California Lesbian, Gays, Bisexuals, and Transgender (LGBT) Tobacco Survey, San Francisco. CA: Field Research Corporation,

Berkins, L. y Fernández, J. (2007). La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo.

Calvo, M. (2011). Si la biología no es determinante, que la cultura no sea limitante: Aportes para incorporar la realidad de las personas trans a las políticas de juventud. Montevideo: MIDES.

Centurión, M; Duranti, R; Hessling, M; Leone, G y Sotelo, J. (2008). Salud, VIH-SIDA y sexualidad trans. Atención de la salud de personas travestis y transexuales. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

Chu, J; Gange, S; Anastos, K; Minkoff, H; Cejtin, H; Bacon, M; Levine, A y Greenblatt, R. (2005). Original contribution-Hormonal Contraceptive Use and the Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy. American Journal of Epidemiology, 161(3), 881-890.

Clements-Nolle, K; Katz, M. H. y Marx, R. (1999). Transgender Community Health Project: Descriptive results. San Francisco: San Francisco Department of Public Health.

Connell, R. W. (1989). Cool guys, swots and wimps: the interplay of masculinity and education. Oxford review of education, 15(3), 203-291.

Coppolillo, F. (2013). Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la Atención Primaria y la Medicina Familiar. Archivos de Medicina Familiar y General, 10 (5), 45-50.

Escuredo, B. y Limon, E. (2011). Enfoque personal y familiar en aps. Atencion familiar y salud comunitaria. Elsevier, 1(3), 19-33.

Filardo, V. (2010). Transiciones a la adultez y educación. Montevideo: Cuadernos del UNFPA, 4(5).

Futterweit, W. (1998). Endocrine Therapy of Transsexualism and Potential Complications of Longterm Treatment. Arch Sex Behav, 27(2), 209-226.

Gooren, L; Giltay, E y Bunck, M. (2007). Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 93(4), 119-125.

Gowran, S. (2004). 'See no evil, speak no evil, hear no evil? The experiences of lesbian and gay teachers in Irish schools. Primary voices: Equality, diversity and childhood in Irish primary schools, 37-55.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020) Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Relatoría Especial sobre los derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales. OEA. CIDH.

Instituto Nacional de Estadística. (2019). Proyecciones INE.

Israel, G. y Tarver, D. (1997). Transgender Care-Recommended guidelines, practical information and personal accounts. Philadelphia: Temple University Press, Philadelphia.

Lukomnik, J. (2013). La identidad de género en las políticas sociales. Informe de monitoreo de las políticas de inclusión para población trans. Montevideo: MIDES.

Lukomnik, J. y Ramos, M. (2012). Relevamiento de necesidades de salud en personas trans. Montevideo: MYSU.

Ministerio de Desarrollo Social (2016) Corporalidades trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois. Informe final. MIDES, Uruguay.

Ministerio de Salud Pública. (2009). Directrices para la atención integral de la salud de las/os trabajadoras/es sexuales. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública, (2013). Situación y desafíos para la inclusión social y el derecho a la salud de las personas trans femeninas en Uruguay. Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial para el SIDA – MSP y Grupo RADAR con apoyo financiero de El Fondo Mundial De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública, (2016). Guía Clínica para la hormonización en personas trans. Uruguay, MSP, UNFPA.

Ministerio de Salud Pública. (2019). Pautas para la atención integral de personas que ejercen el Trabajo Sexual. Uruguay.

Moore, E; Wisniewski, A. y Dobs, A. (2003). Endocrine Treatment of Transsexual People: A Review of Treatment Regimens, Outcomes, and Adverse Effects. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 88(3), 3467-3473.

ONU. (2006). Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género. Ginebra: ONU.

Prior, J; Vigna, Y y Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male to female transsexualism. Arch. Sex. Behav, 18(2), 49-57.

Roa, R. y Siede, J. (2001). Proceso clínico centrado en el paciente. Ed. Medica Panamericana, 13(4), 53 -63.

Rocha, C. (2013). Políticas de juventud y diversidad sexual. Aportes desde el análisis del programa "+ Centro: Centros Educativos Abiertos". En Asesoría Marco en Políticas Sociales (2013). Políticas públicas y diversidad sexual: Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones. Informe Final. Montevideo: MIDES.

Saez, M. (2008). Modelo clínico centrado en el paciente. Archivo de Medicina Familiar, 5(1), disponible en http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/64/

Sáez Sesma, S; Rullán Bertson, R; Luengo Matos, S; Bataller, V; Cambasani, O; Casanova, A; Becerra Fernández, A; Abenoza, R y Antonelli, C. (2003). Guía Transexualidad. Zaragoza: Consejo de la Juventud del Principado de Asturias.

Schlatterer, K; von Werder, K. y Stalla, G. (1996). Multistep treatment concept of transsexual patients. Munich: ExpClinEndocrinol Diabetes.

Schlatterer, K; Yassouridis, A; Von Werder, K; Poland, D; Kemper, J; y Stalla, G. K. (1998). A follow-up study for estimating the effectiveness of a cross-gender hormone substitutiontherapy on transsexual patients. Archives of Sexual Behavior, 27(6), 475-492.

Segunda parte: la voz como identidad

Esteban Moreira[39] y Daniel Márquez[40].

La voz es una parte fundamental del proceso identitario y de reafirmación de género de las personas trans. En el caso de las personas no binarias el vínculo con la voz es diverso y flexible, a la vez que no necesariamente refleja un tránsito hacia un género específico; acompañar su exploración permite que construyan su identidad y que desarrollen un proceso identitario que desafía los estereotipos binarios.

"*Consideramos la voz como una manifestación expresiva de la persona en su totalidad, a través de ella cada individuo logra expresarse y comunicarse con sus semejantes de una manera singular y única. La voz trasluce la vida psíquica y emocional de quien se expresa y en ella subyace una compleja acción de nervios, huesos, cartílagos y músculos que implica al cuerpo de manera global. La voz sirve para la emisión de las palabras y éstas a su vez lo son para comunicar, intercambiar o compartir nuestras emociones y sentimientos*" (Bustos Sánchez, 1995).

Entendida de esta forma, la voz es el soporte físico de la comunicación oral humana y es producida a nivel de la laringe: el órgano emisor. Ésta se produce por el pasaje de aire a través de los repliegues vocales aducidos. El sonido producido es el resultado de un complejo proceso en donde participa el órgano emisor, sistema respiratorio y las cavidades de resonancia que da como resultado LA VOZ, una cualidad personal, única e irrepetible. "Para que la voz tenga calidad sonora, debe existir un funcionamiento sinérgico entre elementos anatómicos y fisiológicos, y a su vez equilibrio psicológico, neurovegetativo y nervioso, y una correcta regulación hormonal." (Erro, 2017) (p. 2).

La disconformidad con la voz y el deseo de cambiarla es un motivo de consulta frecuente. Específicamente, entre los cambios propios que se producen en la adolescencia, se encuentra la voz. Al igual que otras transformaciones, este cambio propio de la edad no acompaña el proceso identitario. Allí también se dan estas consultas, acompañadas de la imposibilidad de comunicarse en el proceso de socialización, de expresarse en clase o con el grupo de pares, de mandar audios, de hacer videos para

39 Licenciado en Fonoaudiología

40 Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar.

redes sociales, etc. Otro elemento importante a tener en cuenta es el vínculo entre el tratamiento hormonal y voz; las mujeres trans no logran modificaciones significas en la voz producto de la hominización, mientras que en los varones trans sí se producen y son irreversibles. El equipo de salud debe contar con la capacidad de realizar las orientaciones fundamentales en este proceso para que no se produzca daño y realizar una correcta asesoría.

Los esfuerzos para cambiar la voz, "actuar" una voz que no es la que se produce de forma natural, se suma a todos los otros esfuerzos que las personas realizan en el proceso identitario. Asociado a esto se presentan daños y otros motivos de consulta como: disfonías causadas por forzar la voz, dolor muy frecuente en cuello y cervicalgia a causa del uso de binder y otros elementos que comprimen el tórax, afectando su expansividad, la columna de aire, la fonación y los músculos accesorios.

La voz, posee diferentes cualidades que "*...varían de acuerdo al sexo, la edad, las características físicas y de uso de la voz, a las que se conoce como cualidades fonoacústicas del sonido vocal. La voz asume un papel sumamente importante en la identificación de los géneros, principalmente a partir del proceso de muda vocal, siendo un carácter sexual secundario...*" (Le Houche 2003). La convención indica que, en varones cisgénero, con independencia de su tipo vocal (tenor, barítono o bajo) la voz debe ascender obligatoriamente en la escala musical hasta la nota MI de la tercera octava y descender obligatoriamente hasta la nota musical LA de la primera octava. Para las mujeres cisgénero plantea que el ascenso obligado es hasta la nota SOL de la cuarta octava mientras que el descenso debe ser necesariamente hasta la nota SOL de la segunda octava.

A pesar de estos parámetros técnicos que distinguen las voces, cualquier oyente puede identificar una voz femenina y una voz masculina, más no es posible poder identificar una identidad femenina ni masculina. Para las personas trans, la voz no es solo algo a ser modificado, es una adaptación al género de la persona. La voz es el instrumento de comunicación por excelencia y aporta al lenguaje aspectos que van más allá de la comunicación cognoscitiva. Traduce sentimientos, emociones, por lo que voz, lenguaje oral y comunicación tienen relación directa.

El proceso de construcción de identidad de género está rodeado, en muchos casos, de situaciones muy estresantes. Las personas trans, están expuestas diariamente y a lo largo de sus vidas a situaciones de violencia. Estos factores, sumados a las pocas oportunidades, el escaso soporte afectivo y la falta de espacios donde satisfacer las demandas, conllevan a que las personas generen y adapten muchas situaciones a su vida de forma autónoma. En base a la práctica clínica se puede afirmar que, la población trans con el fin de conseguir una voz que se adapte a su identidad de género y lograr sentirse menos discriminadas realizan muchas modificaciones. El *passing* es una "estrategia de supervi-

vencia" en una sociedad que es transfóbica. Lo que le da sentido a que la gente quiera pasar desapercibida, porque ser visiblemente trans es hostil siendo la "normalización" premiada y la disidencia castigada

Modificaciones vocales:

La voz como un sistema primordial en la comunicación posee propiedades como la intensidad, dependiente del nivel respiratorio e influida por el nivel auditivo; el tono, creado por el nivel emisor e influida por los niveles de comando, endócrino y auditivo y por último el timbre generado por el nivel resonancial.

El uso saludable o patológico de una voz **NO** depende sólo de que la LARINGE funcione correcta o incorrectamente, sino de que se realice una adecuada fonación dando por resultado la emisión de una voz saludable. Para que la voz se produzca sin dificultades, debe actuar sinérgicamente un conjunto de órganos que configuran el sistema fonatorio, que divide en niveles: de comando, postural, respiratorio, resonancial, endócrino, auditivo y emisor.

- **Nivel de comando:** está determinado por todos los elementos neurológicos que intervienen en el movimiento y sensibilidad de todas las estructuras que intervienen en el aparato fonador (corteza cerebral, tálamo, cerebelo, vías de conducción y nervios, etc.).
- **Nivel postural:** es quien interrelaciona las estructuras óseas y musculares que dan como resultado la postura del cuerpo en general. Por lo tanto, cualquier parte del cuerpo que adopte una mala postura, modificará el equilibrio del sistema en general, alterando el tono muscular (generando contracturas) e influirá en la acción muscular. Esto afectará principalmente la posición y movimientos del cuello, la cabeza, la laringe, cuerdas vocales, así como el funcionamiento de la respiración y de todas las funciones relacionadas con el sistema fonatorio entre otras.
- **Nivel respiratorio:** involucra las vías respiratorias, abdomen, tórax, estructuras óseas y grupos musculares que participan en el proceso de entrada y salida del aire, destacándose el diafragma y los músculos intercostales los cuales utilizamos en la respiración costodiafragmática. La respiración y postura van de la mano, por lo que cuando esta última se encuentra alterada también se altera el tipo respiratorio y se limita la capacidad respiratoria.
- **Nivel emisor:** es la laringe por acción de la vibración de las cuerdas vocales. Lo componen tres grupos de órganos, los de la respiración (Cavidades infraglóticas: pulmones, bronquios y tráquea), los órganos de fonación (Cavidades glóticas: laringe, cuerdas vocales y resonadores) y los órganos articulatorios (Cavidades supraglóticas: paladar, lengua, dientes, labios y glotis).

Cuando se fona se ponen en movimiento muchos órganos. Los pulmones: empujados por el diafragma, se encargan de suministrar el aire necesario para emitir el sonido, el aparato fonador que permite que el aire suba por la tráquea y se convierte en sonido al vibrar las cuerdas vocales situadas en la laringe, el aparato resonador permitiendo que el sonido producido se transforme y amplifique por medio de los resonadores como la lengua, la boca, los labios, los huesos de los pómulos y el cráneo.

Cuando el proceso de búsqueda vocal se realiza sin supervisión, se producen alteraciones en todos los niveles de la fonación modificando las cualidades y características propias de la voz.
Es frecuente observar en la práctica clínica, que las mujeres trans, buscan un tono más agudo, utilizan la resonancia nasal de forma excesiva, realizan modificaciones a nivel postural, alterando el esquema corporal vocal. Todas estas adaptaciones, exponen a las mujeres trans a la aparición de patologías vocales como nódulos, pólipos entre otras. En los varones trans ocurre algo similar, pero con algunas salvedades, ya que la terapia hormonizante, colabora con la producción de un sonido de tonalidad más grave. De todas formas, es posible observar un mal manejo del aire, alteraciones a nivel postural y a nivel articulatorio resonancial. Se deberá vivenciar la terapia vocal como una herramienta fundamental, que colabora en el proceso de búsqueda de la identidad, teniendo repercusiones sobre la persona, incidiendo en su confianza, autoestima y adaptación al medio.

La coordinación entre el equipo de salud es clave para lograr la longitudinalidad en la atención, tanto que sea la primera consulta con enfermería, con fonoaudiología o con medicina. La carencia de fonoaudiólogos/as formados en la modificación de la voz con una mirada de reafirmación de género es importante.

El rol del fonoaudiólogo/a en la búsqueda de la identidad vocal

En el primer encuentro con las personas usuarias es primordial, realizar una exhaustiva anamnesis. Tal como plantea Tabó en “Entrevista, devenires de la Clínica” (2010), se trata de una entrevista de tipo semidirigida, que debe realizar el técnico al usuario como etapa del proceso de evaluación inicial. Su objetivo principal es obtener el mayor número posible de datos de la persona para, finalmente, formar un juicio clínico.

La atención debe ser centrada en la persona, procurando dar una respuesta integral que promueva su salud integral. No se debe caer en el error de atender solo los problemas de salud relacionados con su identidad de género. En la práctica se observa que la población trans manifiesta el deseo de realizar modificaciones en el tono, timbre e intensidad, así como también en las modalidades fonatorias.

Estudios previos al inicio del tratamiento fonoaudiológico

Para poder trabajar en estas cualidades del sonido, es primordial que la persona no presente ninguna patología que le impida trabajar en la búsqueda de su identidad vocal. La valoración clínica se realiza mediante una anamnesis fonoaudiológica (exclusiva de voz) así como de la aplicación de pruebas perceptuales, son elementos primordiales antes de comenzar cualquier tratamiento. La confirmación de los datos allí obtenidos y la valoración de otros ítems, requieren de la coordinación con profesionales que se desempeñan en el segundo nivel de atención.

Algunas de las valoraciones que se pueden solicitar, para comenzar a elaborar los planes de tratamiento personalizados son:

- Valoración auditiva
- Laringoscopia indirecta
- Laringoscopia directa
- Laringoestroboscopía
- Análisis acústico de la voz

Valoración auditiva

Previo al comienzo del tratamiento resulta interesante poder realizar un análisis exhaustivo de la capacidad auditiva de la persona. Mediante la realización de un audiograma tonal liminal se realiza una evaluación cuantitativa. La aplicación de esta prueba por parte de los Licenciados en Fonoaudiología consiste en "...determinar, mediante el envío de tonos puros a través del audiómetro, el umbral auditivo para cada frecuencia. Es un método de exploración electrónico, que permite cuantificar las pérdidas auditivas para las distintas frecuencias exploradas como la intensidad mínima a la que la persona percibe el tono puro para la frecuencia estudiada. La técnica se repetirá para cada una de las frecuencias y para cada oído. Los datos se reflejarán en un eje de coordenadas, graficando en las abscisas las frecuencias exploradas y en el eje de las ordenadas las intensidades (dB)." (De Sebastián, G.) (p.32).

Métodos de exploración y evaluación de la laringe y la voz

Los métodos para explorar la laringe y la voz se pueden dividir dos grandes grupos:

- Métodos de exploración endoscópica: Laringoscopia indirecta y Laringoscopia directa.
- Métodos de exploración funcional: análisis acústico de la voz o laboratorio de la voz.

Métodos de exploración endoscópica: la exploración endoscópica y la labor del Otorrinolaringólogo (ORL) son fundamentales en éste escalón del proceso de búsqueda de la identidad vocal. Las maniobras que se llevan adelante en coordinación con esta especialidad médica son:

- **Laringoscopia indirecta:** "Para ésta técnica, el ORL utiliza un pequeño espejo el cual es introducido por vía oral hasta el fondo de la orofaringe del paciente. La fuente de luz externa (espejo o luz frontales) es dirigida hacia la superficie reflectora del espejo laríngeo situado en la orofaringe y éste a su vez proyecta la luz reflejada en las cuerdas vocales. Ésta maniobra, permite una exploración rápida y cómoda para la persona, aunque no siempre es bien tolerada por aumento del reflejo nauseoso al introducir el espejo en la cavidad oral." (Fowler, Dumas. 2010) (p. 79). La desventaja principal pasa porque no se realiza en posición de fonación (con la lengua exteriorizada no se puede hablar ni cantar) y a su vez no es posible grabar una imagen para un posterior análisis, sólo permite observar parte de la laringe por lo que en conclusión es un método básico e insuficiente para detectar muchas de las patologías laríngeas.

- **Nasolaringoscopia directa:** el instrumento utilizado para la realización de este examen se denomina fibroscopio flexible, "consiste en un "cable" compuesto por dos haces de fibra óptica. La introducción del fibroscopio es por vía nasal y se utiliza anestesia tópica en la mayoría de los casos. En general ésta maniobra presenta mayor tolerancia, no provoca reflejo nauseoso ya que no es introducido por vía oral, permite la exploración de fosas nasales, rinofaringe, velo del paladar, tracto vocal y laringe. Explora todas las funciones laríngeas (Fonación, respiración y mecanismos de protección), es útil para una buena valoración de los trastornos funcionales de la voz y exploración en condiciones fisiológicas (el paciente puede hablar o cantar durante la realización del examen)." (Gil. J, Palau. A. 2002) (p.44) Considerando lo antes dicho, mediante este método es posible diagnosticar la mayoría de las alteraciones orgánicas.

- **Análisis acústico de la voz o laboratorio de la voz: e**l laboratorio de voz es una forma de analizar y estudiar en forma objetiva la voz de una persona. El hecho de que sea objetivo permite eliminar la subjetividad de la evaluación realizada con el oído del evaluador. El análisis acústico de la voz es un estudio no invasivo como lo explican Baken y Orlikoff (2000) consiste en "...grabar la voz de la persona a través de un micrófono. Se le solicita al paciente que realice una serie de emisiones. Estas señales acústicas, ingresan a un software el cual capaz de extraer las dimensiones físicas de una onda sonora, analizarlas en forma cuantitativa y cualitativa, y finalmente entregar valores numéricos de la frecuencia y amplitud de la onda de sonido (la voz) y de sus componentes a lo largo del tiempo. Es una representación gráfica de aquello que el oído

humano percibe. Muestra las frecuencias formantes del tracto vocal y permite estudiar la formante del cantante, el vibrato y otros fenómenos de la voz." Aguirre y Otero (2016) afirman que "...es una herramienta muy interesante para tratamientos, pues facilita la comprensión de los procesos de la fonación." Para el presente trabajo resulta interesante en la labor clínica, aplicar esta técnica antes comienzo del tratamiento, durante y posterior a éste para tener un acercamiento más objetivo al progreso del trabajo de la persona.

Elementos externos que repercuten en la voz de las personas

Uso de binder o faja de compresión:
El binder es una prenda interior que tiene como función comprimir el pecho con el fin de disimular la apariencia de los senos, aunque su uso va más allá de algo simplemente estético. En un estudio realizado por "The Binding Health Project" se explicita que " para la mayoría de los participantes el hecho de ocultar sus pechos mediante compresión suponía una experiencia positiva y desembocaba en una mejora del estado de ánimo y la autoestima, minimizaba la disforia de género, la ansiedad y la depresión, y les ayudaba a sentir que tenían el control de sus cuerpos" "De hecho, algunos de los participantes afirmaron que el impacto positivo sobre su salud emocional y conductual hacía que la incomodidad física de comprimir el pecho tuviera positivos resultados en la parte psicológica".

El uso de Binders puede traer consigo un aumento de afecciones a la piel, músculos y la restricción de algunos movimientos, sobre todo si son utilizados durante largos periodos de tiempo. Cubrir la piel con elementos que no permiten que el aire fluya libremente, puede crear ambientes aptos para el desarrollo de infecciones. Utilizar las fajas con excesiva tensión, puede generar daños en los tejidos, restringiendo los movimientos e incluso, alterando la capacidad respiratoria de una persona.

Los efectos secundarios más observados en la práctica clínica derivan en: problemas de piel (sensibilidad, cicatrices, hinchazón, picor, infecciones), dolor en el pecho, los hombros, la espalda o el abdomen; dificultades respiratorias y síntomas musculoesqueléticos, como cambios posturales, desgaste muscular o fracturas de costillas.

Vendaje con cintas:
Conocidas popularmente como "Trans tapes", son cintas kinesiológicas para vendaje neuromuscular, fabricadas en microfibra o algodón, resistentes al agua y de material hipoalergénico. Utilizan adhesivo acrílico para pegarse a la piel el cual tiene ciertas características de elasticidad y transpirabilidad que aumenta su comodidad y proporciona cierta resistencia al desgaste. La finalidad de su uso, al igual que en el uso del "Binder" es comprimir los senos dando una sensación de tórax plano, sin relieves. Al

ser un método que utiliza adhesivos genera lesiones en la piel y en los pezones al momento de ser cambiadas.

Inyecciones con silicona industrial:
Con frecuencia las personas trans se enfrentan a barreras que incluyen la falta de conocimiento y sensibilidad cultural de parte de los centros de atención, esto hace que muchas personas realicen intervenciones de manera "casera" sin indicación del equipo de salud especializado, siendo las inyecciones de silicona industrial (con un fin estético) que lejos de ser beneficioso para su salud genera innumerables complicaciones que en muchas oportunidades son irreversibles. Si se aplican en el rostro, cuello o áreas cercanas a las vías respiratorias, pueden afectar seriamente la voz. Si la silicona migra o genera una reacción inflamatoria en la laringe, puede alterar la vibración de los repliegues vocales, causando disfonías, afonías hasta parálisis de las cuerdas vocales. La silicona puede generar fibrosis o granulomas que dificulten el paso del aire y la producción vocal, se pueden ver afectados los músculos que controlan la voz, puede reducir su movilidad y alterar la producción del sonido. La silicona industrial no es biocompatible, por lo que puede causar infecciones graves y daño tisular permanente en la laringe.

Implantes mamarios clandestinos:
Si se inyecta silicona industrial en las mamas, se puede afectar seriamente la movilidad del tórax y la respiración, además de causar otros graves problemas de salud. La silicona industrial lleva a una reacción inflamatoria crónica, dando lugar a una reducción en la elasticidad de la piel y los músculos del tórax. El resultado será una reducción de la movilidad torácica, provocando dificultades en la expansión y una clara dificultad al respirar. A diferencia de las prótesis mamarias seguras, la silicona inyectada no se encapsula y puede migrar hacia otras zonas circundantes, afectando músculos y estructuras cercanas. La inflamación y la fibrosis pueden generar *dolor crónico*, lo que indirectamente puede llevar a una respiración no funcional para evitar molestias generando modificaciones en el gesto y tipo respiratorio lo que repercute seriamente en la producción del sonido. En casos graves, la acumulación de material y la inflamación pueden reducir la capacidad de expansión pulmonar, dificultando una respiración profunda. El daño puede ser muy difícil de revertir, porque la silicona se dispersa por los tejidos y no siempre puede extraerse completamente. En muchos casos, se necesita cirugía para retirar la mayor cantidad posible, pero puede dejar secuelas.

Referencias Bibliográficas

Aguirre Ariel, O.L. (2016) Características de la Voz en Personas Transexuales: el género expresado y el género percibido. Buenos Aires. Argentina.

Baken, R. J., y Orlikoff, R. F. (2000). Clinical Measurement of Speech and Voice, 2ª ed. San Diego: Singular Publishing Group.

Bustos Sánchez, I. (1995). Tratamiento de los trastornos de la voz. Madrid, España: Editorial CEPE.

De Sebastián, G. 1967. Audiología práctica. Buenos Aires. Editorial El Ateneo.

Erro Maite (2017), TFG: "Patología vocal en el canto en murga" EUTM. Montevideo. Uruguay

Fowler C, Dumas C. (2010) Laringoscopia indirecta espejo. ed. Pfenninger and Fowler's. 3rd ed. Filadelfia. Estados Unidos

Gooren. L (2006) Hormone treatment of the adult transsexual patient. Amsterdam. Holanda: VU medical center.

Le Huche, F. & Allali, A., (2004). La Voz (T.1): Anatomía y fisiología de los órganos de la voz y el habla. Barcelona, España: Masson.

Le Huche, F. & Allali, A. (2001). La voz, Patología vocal de origen funcional. Paris, Francia: Masson.

Tabó, J. (2007)Entrevista. Devenires de la Clínica. Montevideo: Psicolibros.

Tercera parte: cirugías en personas trans y no binarias

Durante mucho tiempo se utilizó el término reasignación de sexo para describir una serie de procedimientos médicos y quirúrgicos que buscan modificar las características corporales de una persona para que coincidan con su identidad de género. Posteriormente, se ha optado por el uso del término intervenciones de afirmación de género, para referir a un proceso integral que busca apoyar la identidad de género, asegurando que su expresión y vivencia del género coincidan con su identidad. A su vez, mientras el primer término hace foco en el procedimiento llevado a cabo por el equipo de salud, la segunda denominación lo centra en la persona usuaria.

Si bien estos procesos son una parte importante de la transición de género para muchas personas trans y no binarias, es incorrecto asociar que todas las personas trans sienten disconformidad con su cuerpo y optan por una cirugía. Hay personas que afirman su identidad de género a través de la vía medicamentosa, hábitos y prácticas, mientras otras no recurren a ningún tipo de intervención o adecuación genital.

Tal como se aborda en el capítulo sobre marco normativo de la presente guía, la Ley integral para personas trans incluye las intervenciones de afirmación de género dentro de las prestaciones obligatorias que deben ser brindadas por el sistema de salud. La indicación de cirugías sigue un protocolo que se adapta a la situación particular y única de cada persona, conjugada con las expectativas e identidad de género.

Las cirugías se encuentran centralizadas ya que requieren una tecnología no disponible en el Primer Nivel de Atención. Por eso es fundamental que los equipos tratantes en el territorio, informen al hospital o sanatorio si la persona usuaria se encuentra en oportunidad de realización de cirugía, para su posterior valoración por el equipo quirúrgico.

Cuando el equipo de salud tratante envía una referencia a cirugía para realizar un procedimiento de afirmación de género, luego de realizadas las acciones quirúrgicas es clave que el especialista focal envíe contra referencia al equipo tratante quien será el responsable de los cuidados posteriores.

El consentimiento informado es una pieza muy importante del proceso, y no alcanza con brindarlo por escrito y solicitar a la persona que lo lea y firme si está de acuerdo. Es necesario destinar tiempo de la consulta para explicar el consentimiento y para que la persona pueda esclarecer sus dudas. Muchas veces las expectativas de las personas en los procesos de afirmación de género pueden no coincidir, por lo cual es importante explicar que los resultados son persona - dependientes. Es fundamental que la persona comprenda cuándo se trata de un proceso reversible y cuándo no lo es.

Es clave lograr la continuidad de la atención, recibiendo cuidados integrales e independientemente del nivel de atención que intervenga. Según Bárbara Starfield (2004), la continuidad se refiere a la capacidad del sistema de salud para ofrecer atención coherente y coordinada a lo largo del tiempo y en diversos niveles de atención. Esto implica que las personas reciban cuidados integrales y consistentes, facilitando una relación continua con su equipo de salud, lo que mejora la calidad de la atención y la satisfacción del paciente. Por otro lado, la fragmentación de la atención describe la falta de coordinación y continuidad en los servicios de salud, donde los cuidados se ofrecen de manera discontinua y desorganizada. Esto puede resultar en duplicación de esfuerzos, pérdida de información clínica y una experiencia de atención insatisfactoria para la persona. La fragmentación es un obstáculo para la calidad de la atención y la eficiencia del sistema de salud.

Abordaje gineco-quirúrgico a personas trans

Edición 2015: Sebastián Ben, Rosina Silva Ledesma, Gabriela Ramos, Soledad Pérez, Luciana Miranda y Leonel Briozzo. Revisión y aportes 2025: Sebastián Ben, Rosina Silva Ledesma Verónica Fiol y Leonel Briozzo[41].

El abordaje de las personas trans significa un cambio de paradigma para la ginecología, ya que esta es una especialidad clásicamente asociada exclusivamente a las mujeres cis. En Uruguay, desde la Unidad Académica Ginecotocológica “A”, de la Facultad de Medicina UdelaR, se ha abordado desde el punto de vista integral a los varones trans y personas no binarias, realizando intervenciones quirúrgicas como parte de la afirmación de género en casos seleccionados, puntualmente sobre los genitales internos (histerectomía y/o anexectomía con abordaje mínimamente invasivo).

La metodología incluye trabajo en equipo en forma interdisciplinaria, coordinando en conjunto con medicina familiar y comunitaria, el área de salud mental, trabajo social, enfermería y cirugía plástica.

El abordaje en la consulta ginecológica de las personas debe ser integral, y abarca múltiples aspectos en salud sexual y salud reproductiva, que exceden el enfoque úni-

41 Unidad Académica Ginecotocológica “A”. Facultad de Medicina. Udelar.

camente quirúrgico. Aspectos vinculados con anticoncepción, manejo del sangrado uterino anormal, sexualidad, prevención del cáncer genito-mamario, deseos reproductivos y control embarazo, son algunos de los ejemplos que requieren un abordaje interdisciplinario. Desde la ginecología debe existir preparación para realizar una asistencia de calidad en esta población. Es importante una adecuada capacitación que comprende la adquisición de habilidades y destrezas para la correcta atención en salud en personas trans y no binarias. Cabe aclarar que no todas estas personas requieren intervención quirúrgica de afirmación de género.

Intervenciones quirúrgicas:

- Cirugía sobre genitales internos (histerectomía, anexectomía y vaginectomía)
- Cirugía sobre genitales externos (metoidioplastia, faloplastia con alargamiento uretral, orquiectomía, escrotoplastia, implantación de prótesis testicular o peneana)
- Cirugía mamaria y pectoral (mastectomía con masculinización de tórax)
- Otras: cirugía sobre cuerdas vocales, redistribución de la grasa, masculinización facial.

En este apartado se abordará la cirugía sobre genitales internos en varones trans y personas no binarias con indicación para este procedimiento, que abarca Histerectomía y Anexectomía; es decir la extirpación del útero, trompas de Falopio y ovarios.

Indicación de la cirugía

Se destaca que las cirugías antes mencionadas se realizan en personas habitualmente sanas, siendo este uno de los cambios de paradigmas más importantes. Cuando se hace referencia a una persona sana, se considera a la salud como bienestar biológico, psicológico y social, tomando a la persona como un todo integrado. Desde esta perspectiva, la identidad de género no refiere a una patología, así como tampoco un trastorno o disforia, adhiriendo al paradigma de despatologización de las identidades trans.

Se tiene en consideración que puede resultar polémico el hecho de realizar cirugías mayores en personas sin una patología ginecológica específica. Dichas resistencias pueden ser reflejo de concepciones económico-culturales y religiosas que intentan justificarse en la adecuada administración y gestión de recursos en salud, así como en las concepciones dogmáticas biologicistas que no incluyen la categoría de género en el análisis. Desde esta perspectiva, se apela al concepto ético de equidad expresado en el principio bioético de justicia, en un intento de elevar la calidad de la asistencia. Se considera que brindar esta prestación a las personas trans es reforzar, proteger y

promover su salud, y reconocer sus identidades más allá de la complejidad y posibles complicaciones que la intervención quirúrgica conlleva.

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

- Voluntad expresa de la persona
- Evaluación de parte del equipo interdisciplinario en sus distintas etapas
- Preferentemente tener la escalera de abordaje completa (ver parte 1 de abordaje integral de la salud de personas trans y no binarias)

Cirugías ginecológicas

La extirpación de útero y ovarios (histerectomía y anexectomía) se puede realizar de acuerdo con diferentes abordajes quirúrgicos: convencional (laparotomía), vaginal o laparoscópico. En los usuarios trans o personas no binarias consideramos la cirugía laparoscópica de elección, siendo esta una técnica mini-invasiva en la cual se realizan pequeñas incisiones abdominales, se insufla la cavidad abdominal y, mediante la utilización de instrumentos y una cadena de visión, se realiza la cirugía. Con este abordaje se conservan vasos, músculos y nervios que pueden ser necesarios en otras etapas de cirugías de adecuación genital en el marco de la afirmación de género. En comparación con la vía abdominal laparotómica, la vía laparoscópica produce menos dolor post operatorio, menos necesidad de analgésicos, permite otorgar un alta precoz, menos adherencias intraabdominales y menor sangrado. La recuperación es más rápida y a nivel estético los resultados son mejores (se evita la presencia de cicatrices que impresionan como cesárea en el cuerpo de varones trans). En los casos en los que se planifica una vía laparotómica es importante discutir en el prequirúrgico que tipo de cicatriz prefiere evaluando riesgos, beneficios y complicaciones.

Las “Normas de atención de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero” (International Journal of Transgenderism) proponen: para usuarios sin cirugías abdominales anteriores, se recomienda la técnica laparoscópica para la histerectomía y salpingo-ooforectomía con el fin de evitar una cicatriz en el abdomen bajo. El acceso por vía vaginal puede ser difícil ya que la mayoría de esta población es nulípara y en muchas ocasiones no han experimentado sexo vaginal receptivo.

Principales aspectos del pre- operatorio

Se requiere de un poder de coordinación y una gestión efectiva y eficiente. Se realiza una historia clínica completa mediante anamnesis general y específica, deteniéndose en antecedentes sexuales, tales como el disfrute en las relaciones sexuales y expecta-

tivas del proceso de readecuación, puntualmente de la histerectomía y anexectomía. Luego se procede al examen físico. La historia clínica en sus respectivas etapas se realiza en tiempos que son variables e implican generar un clima de confianza, especialmente necesario en esta población. Se valoran los estudios paraclínicos preoperatorios generales y específicos (ecografía y screening cervical). Se explican los beneficios, riesgos y complicaciones. Este proceso incluye la firma de un consentimiento informado específico.

Se sugiere realizar una sensibilización del personal médico y no médico que participa en la atención, para evitar situaciones de mayor estrés a la persona que será intervenida.

Puede considerarse la posibilidad de realizar la histerectomía sin ooforectomía de acuerdo con las preferencias. En estos casos se recomienda la exéresis de las trompas de Falopio, reduciendo así el riesgo de cáncer de ovario epitelial. Es importante concientizar de la necesidad de mantener controles ginecológicos según los programas vigentes para la detección de patología anexial.

Con respecto al riesgo de desarrollo de patología maligna asociada a la exposición de altos niveles androgénicos por la hormonización en varones trans, no existe evidencia científica de calidad que muestre asociación con cáncer de ovario/trompa/peritoneo o cáncer uterino.

En la práctica clínica suele observarse sangrado genital irregular, síntoma que genera en muchos casos disconfort y que puede derivar en la indicación de histerectomía. La extirpación de los ovarios puede conllevar serias repercusiones en la salud. Las más importantes como la salud ósea (osteoporosis) o los síntomas vasomotores que pueden ser atenuados por la terapia hormonal con testosterona.

Se debe informar del carácter irreversible de los procedimientos quirúrgicos. Es clave en la evaluación prequirúrgica ofrecer una consulta con especialistas de fertilidad. Informar sobre la posibilidad de preservación de gametos (criopreservación de ovocitos o tejido ovárico) previo a la cirugía.

Complicaciones de la cirugía

Como toda cirugía mayor puede presentar complicaciones, aunque muchos de esos riesgos son poco frecuentes. Algunos de ellos son: complicaciones anestésicas, infección, hemorragia, trombosis, lesión de vísceras huecas, lesión de los uréteres, incontinencia de orina, fístulas, dolor, complicaciones de la pared abdominal. El riesgo vital es muy bajo. Se hace mención a la abolición de la capacidad reproductiva y a la posible afectación del metabolismo óseo, como efectos secundarios de la cirugía en los casos que se realice la ooforectomía bilateral.

Principales aspectos del post – operatorio

El tiempo de internación normalmente es de 24 a 48hs. Se sugiere el seguimiento del usuario durante la internación por parte del equipo tratante del Primer Nivel de Atención. Luego del alta hospitalaria se recomienda realizar un plan de atención domiciliaria que permita continuar evaluando los cambios y las respuestas del usuario, intentando no volverse intrusivos.

Perspectivas de futuro

El cambio de paradigma de la ginecología que se propone desde la Unidada Académica Ginecotocológica "A", en la que la ginecología abarca aspectos de salud no solo de mujeres, constituye un pilar para la formación de postgrados en ginecología con habilidades y destrezas necesarias para la atención integral de la población usuaria trans.

El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, con todas las ventajas mencionadas, es fundamental para ofrecer el mejor tratamiento a las personas trans y no binarias. El trabajo interdisciplinario con otras especialidades quirúrgicas permitirá ofrecer mayores opciones quirúrgicas de mayor complejidad.

Referencias Bibliográficas

E. Coleman, A. E. Radix. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, International Journal of Transgender Health. 2022 DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644

Protocolo regional de atención sanitaria a personas trans. Región de Murcia

Consejería de Salud. Servicio Murciano de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria.dic 2020

Hadj-Moussa M, Agarwal S, Ohl DA, et al. Masculinizing GenitalGender Confirmation Surgery. Sex Med Rev 2019;7:141e155.

Cirugía Plástica mamaria

Edición 2015: Carlos Arrué. Revisión y aportes 2025: Carlos Arrué[42] y Gabriel Otormin[43]

La cirugía mamaria es un eslabón más en la búsqueda lograr la imagen corporal acorde a la identidad de género. Es, generalmente, el primer procedimiento quirúrgico en la búsqueda de esa consonancia identidad/expresión de género, y muchas veces el único. El abordaje y la preparación de las personas que requieren estas cirugías no debe ser, sin embargo, solo quirúrgico, y debe involucrar a todas las especialidades médicas y disci-

42 Especialista en Cirugía plástica. Responsable del Área de Cirugía Plástica, Servicio de Diversidad Sexual, del Hospital de la Mujer, CHPR.

43 Ex asistente Cátedra Cirugía Plástica Udelar. Coautor en la edición 2025.

plinas de salud que han tomado contacto con estas personas. La cirugía plástica, encargada del procedimiento quirúrgico es, por tanto, el último escalón a través de un equipo de salud integral amplio y coordinado. Este equipo se encargará de evaluar que la persona esté en óptimas condiciones físicas y psíquicas para tan ansiado procedimiento. Se busca solucionar las necesidades quirúrgicas con altos estándares de calidad.

Mecanismos de acceso a la consulta

Teniendo en cuenta lo expresado en el apartado anterior, a la consulta con cirugía plástica se llega luego de que haya existido un abordaje inicial por un equipo de salud interdisciplinario, que podrá estar inserto en el Primer Nivel de Atención (PNA), o tratarse de un centro de referencia nacional, como el que existe en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Lo importante en cualquier caso es que exista un equipo de referencia para la persona que asegure la preparación pre quirúrgica y el seguimiento posterior.

Indicaciones/contraindicaciones

Esta cirugía se indica a personas trans o no binarias que presenten disconfort con su región torácica/mamaria. No necesariamente todas las personas desean esta cirugía.

El procedimiento se contraindica en personas con:

- Comorbilidades generales severas que comprometan la vida o el mismo procedimiento quirúrgico.
- IMC mayor a 40.
- Infecciones en curso.
- Tabaquismo intenso.
- Expectativas irreales.
- Patología aguda mental.
- No contar con la indicación de oportunidad del equipo de salud tratante.

Oportunidad

La persona se encuentra en oportunidad quirúrgica una vez que ha cumplido las etapas de evaluación del equipo de salud integral. Si bien no es requisito, se recomienda al menos un año de hormonización antes de la cirugía ya que tiene mejores resultados clínicos.

Valoración y cuidados preoperatorios

En las consultas se realiza una valoración completa de la región mamaria y el tórax en general. Es fundamental conocer el estado de la piel de las mamas y su estado de salud. En particular en varones trans, por ejemplo, tener presente que las lesiones por

fricción, producto del uso de vendas apretadas, obligan a realizar tratamiento reconstituyente cutáneo previo a la coordinación quirúrgica.

Es necesario conocer forma y tamaño de las mamas, así como diámetro de la aréola, proporciones del pezón y su relación con el surco submamario. Se debe valorar el espesor del panículo adiposo en la mama y en sus prolongaciones axiales y torácicas.

Dependiendo de las dimensiones mamarias se realiza el plan quirúrgico, exponiendo detalles, alcances y expectativas. Se busca la opinión y expectativas de la persona y se intenta saldar sus inquietudes.

Se indica y asesora sobre la faja postoperatoria que deberá usar durante un mes tras la cirugía, la cual debe llevarse al hospital el día de esta.

Estudios que solicitar:

- Paraclínica general preoperatoria que además incluya hemograma, crasis, y dosificación de testosterona libre y total.
- Ecografía mamaria, para conocer el estado del parénquima mamario y descartar malignidad (según el caso, puede estar indicada la mamografía).

Una vez completada esta valoración es mandatoria la valoración anestesiológica y dependiendo de edad y comorbilidades coexistentes se solicitará valoración por cardiólogo. En personas mayores de 40 años, fumadoras, con patología cardiovascular o pleuro pulmonar requerirán electrocardiograma (ECG), Rayos X (radiografía) de tórax, consulta con cardiólogo.

Una vez completados todos estos pasos y con inmunización antitetánica al día se realiza la coordinación quirúrgica.

Cuidados preoperatorios específicos

- De ser posible, suspender la hormonización 2-6 semanas antes para minimizar las potenciales complicaciones tromboembólicas y sangrado. Este es un punto controversial en el último tiempo ya que en estudios recientes no se ha encontrado diferencia vs personas del grupo control que no lo han suspendido.
- No consumir ácido acetilsalicílico (AAS) en los 7 días previos para minimizar el sangrado intra y postoperatorio.
- Suspender el tabaco, suplementos de nicotina y consumo de cannabis un mes previo a cirugía para mejorar potencialidad de cicatrización y disminuir posibilidad de necrosis de tejidos y dehiscencia de sutura.
- Suspender el uso de vendas o fajas mamarias compresivas que puedan generar daño cutáneo.

- Suspender la depilación y afeitado local 72 horas antes para disminuir la irritación local y la posibilidad de foliculitis.

Aspectos Quirúrgicos

Son dos los tipos de cirugías mamaria:

- Masculinización torácica. Este procedimiento está destinado a extirpar la glándula mamaria, resecar piel y reposicionar la areola/pezón a una topografía masculina.
- Mamoplastia de aumento. En este procedimiento se busca feminizar el tórax colocando implantes mamarios y/o tejido adiposo reposicionando el surco submamario.

Anestesia

Este tipo de cirugía mamaria puede realizarse con anestesia general o local potenciada con sedación, en caso de tratarse de mamas pequeñas, no obstante, en todos los casos es necesaria la presencia de Anestesiología.

Masculinización de tórax

La intervención consiste en extirpar la glándula mamaria, realizando una mastectomía subcutánea. Se debe preservar la piel, la cual será readaptada al nuevo contorno masculino, eventualmente resecando el excedente de esta, así como remodelado y reposicionando el complejo areola/pezón hacia una ubicación anatómicamente masculina.

Dependiendo del tamaño de las mamas y la posición del complejo areola/ pezón con relación al surco submamario, el procedimiento podrá realizarse mediante dos tipos de incisiones que a su vez definen el tipo de cirugía:

- cirugía con abordaje periareolar (reservada para mamas pequeñas con complejo areola/pezón por encima del surco submamario),
- cirugía con doble abordaje (mamas grandes, ptosis mamaria, con complejo areola pezón a la altura o debajo del surco submamario), en este último caso se realiza abordaje a nivel del surco pectoral y se injerta el complejo areola/ pezón masculinizado.

A través de las incisiones periareolar o surco pectoral, se extirpa la glándula mamaria incluyendo la prolongación axilar.

Tanto las areolas como los pezones serán de preferencia modificados en el mismo acto. De esta forma se disminuyen sus dimensiones, reduciendo el diámetro areolar así como el diámetro y proyección del pezón. No obstante, el pezón puede

ser remodelado en la evolución y con anestesia local para evitar mayor traumatismo. La lateralización del complejo areola/pezón es necesaria para otorgar aspecto masculino a la región.

Es obligatorio el estudio anatomopatológico de la pieza resecada para descartar enfermedad neoplásica silente, la cual debe enviarse preparada en formol.

El control de la hemostasis es clave para evitar una de las complicaciones más frecuentes en esta cirugía, el hematoma.

En caso de contar con adiposidad localizada tanto en el pilar axilar de la mama así como en la prolongación torácica lateral de la misma, podremos recurrir a la lipoaspiración de esas regiones para lograr la armonización masculina de la región.

El lipoinjerto graso intra-músculo pectoral puede asociarse en casos de hipotrofia de tal músculo lo cual aumenta la apariencia masculina de la región.

Antes de comenzar el cierre de los tejidos puede realizar el bloqueo anestésico de la región mamaria/pectoral mediante la infiltración de lidocaína y bupivacaína en los nervios proporcionar un mejor control del dolor postoperatorio .

La colocación de drenajes aspirativos es recomendada en estas cirugías dada la alta frecuencia de seroma/hematoma en el postoperatorio. Los drenajes serán retirados cuando el gasto sea menor a 40 cc/día lo que habitualmente sucede entre los 4 y 7 días.

En el postoperatorio inmediato, se coloca por sobre las curaciones la vestimenta compresiva o faja que disminuye el edema postoperatorio, y la cual debe usarse las 24 hs del día durante al menos un mes.

En el postoperatorio mediato puede requerir drenaje linfático manual para disminuir edema de la región, sobre todo en caso de haber recurrido a lipoaspiración como procedimiento complementario. Los mismos se indicarán de forma bisemanal según necesidad.

Evolución, complicaciones y cuidados postoperatorios específicos

La evolución postoperatoria es generalmente favorable. El dolor es bien tolerado. No obstante, se confeccionará un plan de analgesia, personalizado y escalonado, con opiáceos, y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), principalmente para las primeras 48 horas.

Son claves:

- Deambulación precoz.
- Antibioticoterapia oral.
- Hidratación, para disminuir complicaciones tromboembólicas.
- Control de drenajes.

Las complicaciones inmediatas más importantes para identificar son:

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

• Necrosis del complejo areola/pezón: una congestión venosa mantenida, curaciones muy apretadas, faja demasiado comprimida, hematoma subyacente, tabaquismo intenso, pueden ser causantes de una isquemia del complejo areola/pezón en estas cirugías. Es necesario el control precoz para descartarla en cuyo caso, la aplicación de compresas tibias, retiro de faja y curaciones apretadas, drenaje de colecciones, o incluso la administración de fármacos pueden ser necesarias para mejorar la vitalidad del tejido.

• Infección: es una complicación rara dado el uso de antibióticos de manera profiláctica, sin embargo, es fundamental identificar su aparición generalmente después de las 48 horas postoperatorias.

En la evolución es muy frecuente realizar cirugías menores correctivas de cicatrices, corrección de “orejas de perro” o remodelación del complejo areola/pezón, los cuales se realizan una vez completado el proceso de cicatrización.

Feminización de tórax

Los procedimientos de feminización torácica tienen el objetivo de lograr una apariencia cosméticamente femenina en un tórax anatómicamente masculino. No se trata únicamente de aumentar el volumen mamario, sino de crear un surco submamario y generar naturalidad en el montículo mamario.

El aumento mamario puede conseguirse mediante 3 formas:

1. Implantes de silicona médicos: se encuentran cubiertos por una cápsula de 7 capas de silicona, siendo su contenido gel de alta cohesividad. Los implantes pueden ser redondos o de perfil anatómico. Su superficie lisa o texturizada y su perfil varía entre la baja proyección a la muy alta proyección. La elección del tamaño del implante depende de la relación entre tamaño del tórax y base de la mama que recibirá el implante.

2. Tejido adiposo autólogo: en este caso se toma tejido adiposo abdominal mediante lipoaspiración en circuito cerrado, y luego de un proceso de decantación es injertado en las mamas. Este procedimiento de forma exclusiva es re-

servado para personas que no desean la colocación de implantes de silicona. Su principal desventaja radica en qué aproximadamente un 30-35% del tejido injertado es reabsorbido, requiriendo de varios procedimientos quirúrgicos para lograr un volumen satisfactorio.

3. Combinación de ambas: mamoplastia híbrida, reservada para personas muy delgadas donde el lipoinjerto de tejido adiposo en la región superior y media de la mama otorgará naturalidad al escote.

La incisión de elección para la colocación de los implantes es realizada a nivel del neosurco submamario, sexto arco costal, no a nivel del surco pectoral, y su tamaño será entre 4 y 5 cm según el volumen del implante necesario.

A través de la incisión se realiza un bolsillo para la colocación protésica, la que puede ubicarse retroglandular, subfascial pectoral o sub músculo pectoral parcial ("dual plane" en inglés) según la evaluación preoperatoria.

Previo a la colocación del implante se realiza un correcto control de la hemostasis para disminuir la posibilidad de hematoma.

Se debe fijar el neosurco submamario mediante sutura directa a la sexta costilla para evitar la ptosis del implante mamario con la consiguiente distopía del complejo areola /pezón

Finalmente se cierra la herida por planos para proteger al implante adecuadamente y prevenir la dehiscencia. En algunos casos puede ser necesario la utilización de algún tipo de drenaje.

En el postoperatorio inmediato se coloca por sobre las curaciones la vestimenta compresiva o faja que disminuye el edema postoperatorio, y la cual debe usarse las 24 hs del día durante al menos 1 mes.

Evolución, complicaciones y cuidados postoperatorios específicos

La evolución postoperatoria es generalmente favorable. El dolor es bien tolerado gracias al bloqueo anestésico de la región pectoral realizado previo a la colocación definitiva de los implantes. No obstante, se confeccionará un plan de analgesia, personalizado y escalonado, con opiáceos, principalmente para las primeras 48 horas, y antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Son claves:

- Deambulación precoz.
- Antibioticoterapia vía oral.
- Evitar movimientos bruscos de los brazos y tareas de fuerza.
- Uso de top mamario post operatorio durante un mes.

Las complicaciones inmediatas y alejadas a identificar son:

• Hematoma. Es la complicación más importante para descartar en las primeras 24 horas. Es evidenciable como un aumento repentino del volumen mamario con gran tensión en la piel. Su drenaje quirúrgico debe ser realizado solamente por equipo entrenado en condiciones de asepsia adecuadas para evitar la contaminación del implante. El mismo debe diferenciarse de las equimosis subcutáneas, presentes habitualmente. Estas no presentan aumento de volumen y no requieren tratamiento quirúrgico. Un hematoma no tratado puede determinar dehiscencia de sutura, exposición protésica e infección.

• Seroma. Puede aparecer en los primeros días, pero también puede aparecer después del mes o hasta años después de la cirugía. Se debe sospechar la presencia de un seroma en aquellos casos en que haya un aumento repentino del volumen, con calor y eritema local. Puede haber salida de líquido citrino por la herida/cicatriz. Su tratamiento cuenta con amplio espectro, desde antibioticoterapia, punciones bajo ecografía o drenaje quirúrgico.

• Dehiscencia de sutura. Es una complicación muy importante que debe ser descartada precozmente porque puede conducir a la exposición del implante, su subsecuente contaminación y necesidad de extracción. La dehiscencia puede ser inmediata (en los primeros días) o tardía (hasta cerca de un mes o más) por necrosis tisular o colección líquida periprotésica no tratada.

• Infección. Es rara dado el uso de antibióticos de manera profiláctica, sin embargo, es fundamental identificar su aparición, generalmente después de las 48 horas postoperatorias. El tratamiento sigue las líneas habituales según necesidad: antibioticoterapia oral, intravenosa, drenaje quirúrgico en caso de colección. La infección franca requiere la remoción quirúrgica del implante a cargo de equipo entrenado.

• Alteraciones cosméticas. Estas son de las complicaciones más frecuentes debido a una falla en la fijación del neosurco submamario o confección del bolsillo que genere distopías del complejo areola /pezón.

• Contractura capsular periprotésica. Se trata de la hipertrofia del tejido fibroso de la cápsula periprotésica, manifestado por endurecimiento de grado variable y, en casos avanzados, deformidad y dolor de la mama que obliga a retirar el implante. Su incidencia va desde el 10 al 35%. Su aparición puede tener lugar semanas o años después de la cirugía.

• Linfoma. El linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes de mama (BIA-ALCL) es un tipo de linfoma no hodgkin que se desarrolla principalmente en el líquido o tejido cicatricial que rodea al implante. El BIA-ALCL se desarrolla con más frecuencia en personas con implantes texturizados que en aquellas con implantes de superficie lisa.

• Síndrome autoinmune inducido por adyuvantes (ASIA, por la sigla en inglés de Autoinmune Syndrome Induced by Adjuvants) es una reacción autoinmune o inflamatoria poco frecuente, atribuida a una sustancia extraña al organismo, la silicona.

Controles imagenológicos posteriores.

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

Capítulo 8
Infancias, adolescencias y diversidad sexual

Primera Parte: Aportes para un acompañamiento asertivo en el campo de la salud

Gonzalo Gelpi, Natalia Silvera[44], Daniel Márquez[45], Magdalena Álvarez[46], Valeria Ramos[47], Karina Roselli[48]

En este capítulo se abordan especificidades de la diversidad sexual y de género en la atención a la salud durante la infancia y la adolescencia. Se presenta la experiencia de atención en salud acumulada sobre las distintas manifestaciones de la diversidad sexual en estas etapas del ciclo vital. Se busca poner a disposición información rigurosa para pensar y repensar los dispositivos de atención a la salud y el acompañamiento asertivo a niños, niñas y adolescentes. Para ello, en un primer momento, se aborda brevemente la infancia y adolescencia y sus especificidades en materia de la sexualidad humana. En un segundo momento, se plantean orientaciones de acciones amigables en los servicios de salud, intervenciones oportunas, se socializan herramientas clínicas y se comparten recomendaciones asociadas a buenas prácticas.

Al igual que en la población adulta, las orientaciones, expresiones e identidades sexuales y de género son determinantes de la salud en la infancia y la adolescencia, y cada vez más se reciben consultas al respecto en los servicios de salud. Lo que refiere a la atracción hacia otras personas es más habitual que se presente en la consulta de salud en la infancia avanzada y adolescencia, mientras que lo referido a la expresión y la identidad de género, habitualmente se puede manifestar ya desde la infancia temprana. Los aspectos legales vinculados a esta etapa fueron ya mencionados en el marco normativo.

Conceptualizaciones sobre infancias y adolescencias

La infancia y adolescencia son etapas de la vida claves en el desarrollo de las personas, caracterizadas por grandes transformaciones a nivel biológico, psicológico,

44 Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva, Instituto Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República.

45 Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

46 Programa Nacional de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública

47 Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

48 Colectivo Ovejas negras.

sexual y social. Según OPS (1979) se dividen en primera infancia (0-5 años), infancia media (6-9 años), adolescencia primera o temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19).

Estas etapas son construcciones socioculturales, que surgen en momentos históricos diferentes. La infancia es un producto de la modernidad, especialmente en el siglo XVIII, se presenta la idea de la niñez como una etapa específica diferente a la adulta, con necesidades propias de protección y cuidados. La adolescencia surge posteriormente, fines del siglo XIX–principios del XX como respuesta a nuevas necesidades sociales de la época de contar con un grupo poblacional que se preparara para cumplir con los roles adultos (un tiempo para la capacitación y educación de los varones burgueses y de preparación para el mundo doméstico y matrimonial para las niñas).

Incorporar el enfoque generacional aporta a la práctica clínica. El concepto de generación remite a la edad, pero procesada por la cultura y la historia. Como lo indican Margulis y Urresti (1998), se es generalmente solidario con los códigos culturales incorporados durante la socialización, "hay afinidades con otros miembros de la misma generación con los que se comparten espacios sociales y, por ende, desde esa perseverancia generacional, se entra en contradicción y en desencuentro con las cohortes generacionales siguientes" (p.8). Desde hace algunas décadas, pero particularmente en los últimos años y en contextos socioeconómicos específicos, el movimiento feminista y LGBITQ+ le han brindado al menos a un grupo de niños, niñas y adolescentes nuevos elementos para sus procesos de construcción identitaria. Las generaciones actuales, cuentan con recursos legales, sociales y culturales que les pueden permitir en algunos casos un mayor acceso a oportunidades y derechos que a las generaciones anteriores.

La **infancia** es una etapa especialmente importante del desarrollo biopsicosocial. Es el periodo en el que se experimenta el mayor crecimiento, se generan aprendizajes significativos en todos los niveles, comienza el proceso de socialización y escolarización, de construcción del ser social y de relacionamiento con otras personas. Es un periodo en el que la protección, la atención, la estimulación y el cuidado son fundamentales. Este marco afectivo de estabilidad, satisfacción de necesidades básicas y de certeza de protección proporcionan el contexto necesario para un desarrollo integral saludable. Lamentablemente esto no se cumple en todas las historias de vida. Allí el rol del Estado y las instituciones pasa a ser esencial para garantizar el ejercicio de distintos derechos fundamentales.

La **adolescencia** es una etapa de transformaciones muy importantes en lo físico, cognitivo, emocional, sexual y social, que se reflejan también en comportamientos y actitudes. Al decir de Rodríguez (2012), en la adolescencia, se da un proceso de transformación identitaria y de asumir cambios de roles (definido como tiempo de moratoria) en el que la persona adolescente incorpora sus eventuales responsabilidades del mundo

adulto, que varían según su contexto. Esto incluye el desarrollo de la autonomía progresiva[49] y la confrontación generacional inherente a esta etapa. No hay ninguna otra etapa en la vida, a excepción de la primera infancia, en la que los sujetos tengan tanta potencialidad de cambios y de transformación. Es un período que conlleva pérdidas, duelos (por el cuerpo infantil, por el mundo infantil y por los padres/madres de la infancia), caracterizado por miedos e inseguridades, así como de exploración, "rituales de iniciación", necesidad de pertenencia y de grupos de referencia, descubrimiento, preguntas existenciales y aprendizajes. La regulación emocional[50], el registro de las emociones en los demás y el manejo de las relaciones interpersonales, adquieren características propias y son diferentes a otras etapas de la vida. Es un periodo clave del neurodesarrollo.

La primera infancia, infancia media y la adolescencia son ventanas de oportunidad en el desarrollo, son períodos de gran creatividad.

Género y sexualidad en la infancia y la adolescencia

La sexualidad y los procesos vinculados a la orientación sexual y la identidad de género presentan características, manifestaciones, necesidades y demandas específicas en estas edades donde se juega, experimenta y negocia constantemente con el género y la sexualidad (Connell, 2002).

En la infancia, la sexualidad se da (con diferencias según las edades) a través de la exploración, el autodescubrimiento, las preguntas (sobre el cuerpo, la reproducción, los tipos de familia, las orientaciones sexuales, etc.), las expresiones de cariño, la identificación de sentimientos, el cuerpo como fuente de placer y a veces de padecimiento, los llamados enamoramientos, los juegos sexuales, etcétera. Progresivamente los niños y niñas van siendo conscientes de las diferencias corporales (incluyendo las genitales) y de género, así como de lo que se espera de las personas según su sexo asignado. Aprenden a diferenciar lo público de lo privado. Sobre el final de la infancia suelen comenzar los primeros cambios físicos y el inicio de la pubertad. Se toma mayor conciencia del cuerpo y se puede sentir aún con más fuerza las presiones sociales sobre los cánones de belleza. En la adolescencia, la transformación del cuerpo, las prácticas masturbatorias, el comienzo de la capacidad reproductiva, la sexualidad compartida con otras personas y el proceso de iniciación sexual cobran vital importancia.

En estas etapas también se produce la socialización de género, que es el proceso mediante el cual se aprenden los comportamientos, actitudes y normas que se consideran

49 La autonomía progresiva se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión. (MSP, 2017)

50 Es decir, el reconocimiento y la gestión de las propias emociones.

apropiados para mujeres y varones. La internalización de los estereotipos de género, puede llevar a la reproducción de desigualdades, al limitar las opciones de roles, de juegos, de vínculos y de comportamientos. Lo mismo sucede con la socialización sexual y los modelos hegemónicos de sexualidad, que generalmente afecta el desarrollo y la salud de niños, niñas y adolescentes, siendo una dimensión importante a integrar en la atención.

Desde la planificación del embarazo se inician una serie de supuestos y expectativas atravesadas por mandatos socioculturales respecto al sexo/género del nuevo integrante familiar. Este periodo suele estar condicionado por preconceptos, creencias, ideales y expectativas. Se estila comprar objetos, se imaginan y deciden nombres, se fantasea sobre el temperamento, se piensa qué posibles juegos o actividades le gustarán, qué habilidades tendrá y se realiza toda una proyección de vida sobre la persona a recibir. Cuando la realidad no coincide con las expectativas, pueden desplegarse conflictos.

A inicios de la infancia, se manifiestan indicios de las creencias y pautas conductuales específicas de género. Aproximadamente a los 3 años, la percepción estereotipada del género se asocia de manera concreta con ciertos roles, actividades lúdicas, objetos y características físicas, adquiriendo una complejidad y abstracción mayor conforme avanzan en edad, particularmente después de los 5 o 6 años (Ruble, 2010).

Especialmente, quienes identifiquen que están más lejos de estos modelos y se sientan diferentes de sus pares podrán presentar malestares e incluso situaciones de salud problemáticas. A veces no pueden verbalizarlo, o no identifican claramente sus sentimientos, o también pueden "actuar el síntoma" de aquello que produce malestar, por ejemplo, manifestarse a través de dolencias somáticas. No significa que siempre refieran a identidades trans u orientaciones sexuales no normativas.

El sentirse diferente en la infancia es un débil indicador del futuro estatus sexo-genérico. La progresión desde el sentirse diferente en los primeros años de la infancia, hasta percibir una disconformidad de género y tomar mayor contacto con la identidad sentida al inicio de la adolescencia, se produce en algunas personas adolescentes, pero no en todas. Herdt y Boxer (2009) señalan que la cuestión de construir una identidad sexual tiene rasgos de autodiálogo, un proceso interior reflexivo por el que las personas reconocen y luego aceptan sus deseos/sentimientos. Se presenta una especie de progresión, donde una persona puede pasar del "quizá sea" al "probablemente sea", luego al "sin duda soy" y puede implicar un "orgullosamente soy". Este proceso depende de múltiples factores, no es lineal y hay historias de vida donde esto se dilata, se inhibe/reprime y en otros casos no acontece. Y cuando sucede, puede estar atravesado por dudas y conflictos esperables.

Aún es frecuente que se le asignen patologías mentales a las identidades disidentes. Muchas veces la depresión, la ansiedad, incluso trastornos más graves son consecuen-

cia de no poder expresar libremente la identidad sexual. Pensar que sucede al revés es un error muy frecuente y que puede generar daños graves a la salud de estas personas que permanecen a lo largo de su vida. Esto es extensible a las situaciones donde se desestima la voz de un niño, niña o adolescente (NNA) y se incurre en discursos y prácticas adultocéntricas.

A su vez, a las personas adolescentes no heterosexuales ni cisgénero, se le suman otras particularidades relativas a su sexualidad, por ejemplo, el proceso de construcción de la identidad sexual, la reafirmación de la identidad de género y la necesidad de hacer la salida del closet (Ruiz, 2009).

En cuanto al proceso de construcción de una identidad LGBTIQ+, Plumier (1985) diseñó un modelo descriptivo de dicho proceso. Señaló la existencia de seis etapas que no siempre siguen el mismo orden ni son iguales en todos los casos. Para varios académicos internacionales, el modelo aún está vigente y han llegado a las mismas conclusiones ejecutando diferentes investigaciones en distintos contextos (Soriano, 1999; Generelo y Pichardo, 2005).

1. **Sensibilización:** refiere a los primeros sentimientos de atracción hacia personas del mismo género o, en casos de identidades trans, a los primeros sentimientos de no identificarse con el género asignado al nacer.
2. **Significación**: tomar consciencia de que esos deseos/sentimientos son propios, “distintos a los de la mayoría” y habitualmente no tan aceptados socialmente.
3. **Subculturación**: usar vocablos como gay, lesbiana, bisexual, trans o no binario para definir los propios sentimientos.
4. **Tomar contacto y encuentro con iguales:** buscar espacios definidos como de “homosocialización” y/o “transocialización”.
5. **Aceptación de la diferencia:** entender y aceptar que se es diferente al modelo socialmente construido como válido, comprender que se habita una forma de existencia contrahegemónica, y que se es parte de un grupo minorizado.
6. **La salida del closet:** a veces el ponerlo en palabras llega mucho después de ser consciente de la propia identidad sentida, hay un proceso que puede estar atravesado por mecanismos psicológicos como la negación o la desmentida. Se hace una evaluación de riesgos, el sujeto puede quedar capturado por fantasías y miedos inconscientes de cómo podrá reaccionar el mundo adulto, lo que promueve la procrastinación del movimiento, instalando dinámicas de silencio, de secreto, de doble vida. Estas fantasías además pueden tener un correlato con la realidad cuando las personas transitan o viven en espacios resistentes u hostiles a la diversidad.

Los duelos tradicionales de la adolescencia desde una perspectiva de diversidad sexual

Si bien hay avatares que se relacionan con el proceso de salida del closet, otros son propios del proceso adolescente, por lo que ocurren simultáneamente.

La desidealización y resignificación de las figuras parentales. La población LGBTIQ+ puede encontrarse con la no aceptación, lo que eventualmente podría redundar en mayor distanciamiento de dichas figuras. Si la respuesta ante la salida del closet no es positiva, puede sumar malestar atravesado por la desilusión y el enojo.

En muchas historias de vida de adolescentes trans al **duelo del cuerpo perdido** se le suma un rechazo adicional por la no identificación ante la emergencia de los caracteres sexuales secundarios, los cuales suelen producir mayor angustia. En ocasiones primero hay un intento de adaptarse a un cuerpo no sentido, para posteriormente transitar hacia la sintonía entre la identidad de género y la expresión de género. En este proceso, cuando las personas encuentran el aval de sus referentes adultos para acceder a propuestas terapéuticas de afirmación de género hay un doble movimiento: el duelo por el cuerpo perdido asociado al género asignado al nacer y la rareza ante el recibimiento de la nueva corporalidad.

El término **infancias trans o infancias de género no conformes** se utiliza para describir a los niños y niñas que, en diferente medida, no se identifican con el género asignado al momento del nacimiento. En las últimas décadas, esta realidad ha adquirido mayor visibilidad social. Se ha asistido a un auge en el desarrollo y la proliferación de organizaciones conformadas por familias de infancias que experimentan identidades de género diversas. Este fenómeno, no solo se circunscribe a una región geográfica específica, sino que ha florecido a nivel global.

En la infancia se experimentan una secuencia de fases en relación con la identidad de género:

- La fase de etiquetado de sí mismos y de los demás en una de las dos categorías tradicionales del binario de género, es decir, varón o mujer (alrededor de los 2 años)
- La fase de estabilidad, en la cual comprenden que siguen perteneciendo a la categoría seleccionada a pesar de los cambios superficiales o externos, como la elección de indumentaria y accesorios (2 a 5 años)
- La fase de constancia de género (a partir de los 5 años), en la que se asimila la consistencia de la identidad de género a pesar de las variaciones contextuales.

Es importante tener en cuenta siempre que las edades indicadas son periodos aproximados (Kohlberg, citar, García-Leiva. 2005).

Los procesos identitarios en general ocupan un lugar clave en la adolescencia, lo que es un marco necesario para comprender, atender y diferenciar los procesos de identidad de género. Este proceso es **bidireccional**: los cambios biológicos influyen en la construcción psicológica de la identidad, al mismo tiempo que los procesos psicológicos pueden influir en la percepción y experiencia del cuerpo. Este enfoque integrador permite comprender la diversidad de experiencias en el desarrollo de la identidad de género y la orientación sexual, alejándose de modelos rígidos o lineales.

Erikson (1985) desarrolla el concepto de **crisis de identidad**. Señala que es un concepto difícil de definir en el que intervienen factores psicológicos, sociales y biológicos. Para el autor, una crisis implica un proceso transitorio que se presenta en tres planos:

- biológico, por las transformaciones en el cuerpo;
- psicológico, dado que las transformaciones obligan a modificaciones identitarias
- social ya que dichos cambios en las identidades se construyen con elementos de lo social: aparece una nueva mirada sobre el sujeto en cuestión.

En las adolescencias LGBTIQ+ se suele atravesar procesos como (Generelo, Pichardo y Galofré, 2008):

- buscar un nombre para lo que sienten;
- tener iniciativa para encontrar iguales;
- aceptar la diferencia;
- poder tomar decisiones alrededor de revelar (o no) la identidad sexual y de realizar (o no) cambios en la expresión de género.

Estas fases no son consecutivas, ni afectan a todos los individuos del mismo modo, pudiendo prolongarse este proceso durante la edad adulta y a lo largo de toda la vida. La salida del closet y/o transición se entiende como un proceso y un fin en sí mismo. Es así como hay personas LGBTIQ+ que se sienten cómodas usando ropa asociada a otro género, personas trans, no binarias o género fluido que solamente desean realizar el cambio de nombre registral, otras que además desean usar bloqueadores puberales o iniciar tratamiento hormonal, etc.

La expresión de género es fundamental para el bienestar psicosocial de adolescentes que se encuentran en un terreno difuso del espectro de género. Las personas con variantes de género ponen en jaque el binarismo dominante en el sistema de salud ya que impresionan como identidades “en construcción”, sin embargo, estas posibilidades de existencia momentáneas o definitivas trascienden a las identidades trans,

puede abarcar modos de expresar género de personas autoidentificadas como heterosexuales, bisexuales y homosexuales (gays y lesbianas), que no se ajustan o no quieren ajustarse a la visión binarista.

La transición – el transicionar

La denominada transición de género es el proceso que realiza una persona para vivir y presentarse de acuerdo con su identidad de género, en lugar del sexo asignado al nacer. Este proceso puede incluir aspectos sociales, legales y/o sanitarios, dependiendo de las necesidades y deseos de cada persona. Es un tiempo de duración indefinido y que puede tener varias etapas. Cuanto más cerca esté la persona de la adolescencia, se vuelven más imperiosos los malestares y necesidades emocionales asociadas a estos procesos de identificación. Resulta entonces fundamental desde la intervención poder ofrecer apoyos que acompañen estos tránsitos.

Sobre esta temática, ha sido fundamental el movimiento por la despatologización (Coll-Planas y Missé, 2011) que promueve un cambio de paradigma que hace un giro del *desorden* a la *diversidad*, del *tratamiento a la afirmación*, de la *patología al orgullo*, de la *cura a la comunidad* (Pyne, 2014).

A su vez, las biografías de las personas trans, especialmente durante la adolescencia, suelen estar atravesadas por componentes ansiógenos, que se pueden sintetizar en la expresión "mientras tanto", que se relaciona con los tiempos de espera, la capacidad de ser paciente, las tensiones que se generan entre el tiempo cronológico y el tiempo interno de cada sujeto. El deseo de que el tránsito de género pase a ser visible para el mundo exterior, que la persona sea reconocida en su género sentido, ya sea a través de una nueva forma de expresar género o por el pedido de ser llamado de acuerdo al nombre social y pronombres de uso a sus vínculos y entorno cotidiano sin que medie un cambio legal.

La historia de las transiciones de las personas adolescentes es una historia de afectos (y desafectos) que cobran una especial significación a partir de los soportes.

> Estos soportes crean un *tejido elástico* compuesto por diferentes tipos de relaciones. El mundo de sostenes de las personas adolescentes trans va a estar especialmente marcado por el papel de la familia y la comunidad y la significación que tienen las vinculaciones que se establecen para el sentido y cuidado de sí (Parra, 2021, p.7).

Es fundamental que las personas integrantes de los equipos de salud puedan oficiar de soportes asertivos en la función de acompañamiento y garantes de los derechos de las personas usuarias, promoviendo su autonomía en la toma de decisiones (Nuñez y González, 2022). Toda propuesta de acompañamiento debería seguir una lógica colaborativa, lejos de ser una imposición del equipo de salud. Se debe respe-

tar el interés superior de niños, niñas y adolescente (Pérez, 2018) y su autonomía progresiva.

Hay adolescentes que exploran las posibilidades de ambigüedad y usan este tiempo para investigar sobre sus sentimientos, probando a modo de ensayo y error, con el género. Para otros adolescentes trans, la respuesta emocional está más vinculada a tener la apariencia que se espera según la representación normativa de su género. Esto supone enfrentarse al reto de mantener un sentido de quien se es, de la identidad frente a la invisibilidad y la discriminación. Igualmente, es importante resaltar que las personas de género diverso no están al margen de las normas de género, éstas también estructuran su subjetividad. Todos los matices suponen no sólo formas de relacionarse con el género, sino también de transformarlo (Platero, 2014).

El *passing* – la pasabilidad

El término *passing* en inglés viene del verbo *to pass* y en castellano se traduciría como «pasar por» o «pasar como». Platero y Guzmán (2012) plantean que en el contexto del género, la pasabilidad se refiere a cuando una persona trans es percibida como cisgénero. Refiere a un proceso de reconocimiento que suele combinar marcas físicas y atributos de comportamiento culturalmente asociados a la masculinidad y la feminidad hegemónicas. La pasabilidad es contextual y pone en evidencia la relación entre la supuesta identidad y las marcas corporales. La mayoría de las prácticas y discursos de la pasabilidad tienen que ver con el movimiento a posiciones hegemónicas, pero no siempre conllevan una transgresión de los ejes normativos de diferenciación. (García, 2017).

Familias y entornos

En la infancia, las familias son el primer espacio de socialización y deben jugar un rol clave en la protección, los cuidados, la educación, contención, entre otros. Son quienes deciden sobre los diversos aspectos de la vida de niños, niñas y adolescentes, incluso los referidos a la salud. El mundo adulto ocupa un rol muy importante. En la adolescencia, uno de los cambios más radicales es la relación con el mundo adulto, al que se interpela, cuestiona y, al mismo tiempo, necesita. Es un tiempo de salida progresiva del mundo familiar al extrafamiliar. El entorno (incluidos los virtuales), el grupo de pares y las amistades son referencias claves. Allí es donde se comparten y proyectan ideas, actividades y reflexiones. Esto no significa que no necesiten de sus referentes adultos.

Contar con personas adultas disponibles para acompañarles a crecer en el marco del proceso de ganar autonomía es esencial en esta etapa de la vida.

El Uruguay legitima una gran diversidad de arreglos familiares que coexisten en los diferentes ámbitos de la vida pública. Esto invita a pensar no sólo la presencia de niños, niñas y adolescentes LGBTIQ+ en estas familias, sino la existencia de hogares homoparentales o integrados por al menos una persona trans como adulta referente. Esta mirada obliga a cuestionarnos supuestos como la importancia de las figuras "materna" y "paterna" como necesarias, opuestas y complementarias, y la consanguinidad, entre otros.

La diversidad familiar en el marco del trabajo con NNA LGBTIQ+

La diversidad familiar no siempre es reconocida ni tomada en cuenta en los espacios de atención a la salud. Por un lado, puede llevar a la invisibilización de las familias que se alejan de la norma, lo que genera una exposición a múltiples "salidas del closet" en cada interacción. En otras situaciones, estas familias optan por volver al closet cuando evalúan que hacer lo contrario puede generar incomodidad o incluso sufrir discriminación durante su proceso de atención.

Si bien en este capítulo nos vamos a focalizar en la atención y acompañamiento de niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de diversidad sexual, resulta fundamental explicitar que las familias o referentes adultos deben ser parte del proceso de atención, en tanto no son solo "receptoras" de niños, niñas y adolescentes LGBTIQ+, sino que también pueden estar integradas por personas adultas LGBTIQ+ y esto tener sus propias especificidades en el abordaje integral. Desmantelar la idea de "familia tradicional" es clave para posicionarnos desde una atención centrada en la persona, problematizar los roles esperados para sus integrantes y contribuir a romper con mitos y prejuicios que suelen estar asentados en torno a la diversidad sexual.

Algunos mitos y prácticas patologizantes frecuentes son:

- La falsa creencia de que existe un supuesto mayor porcentaje de abusos sexuales hacia niños, niñas y adolescentes cometidos en familias homoparentales.
- Creer que en una pareja de varones uno cumple el rol asociado a la figura materna y otro el rol de lo que se vincula culturalmente a la figura paterna.
- Preguntar acerca de si va a haber alguna figura femenina cercana, como la abuela, adjudicando roles de cuidado feminizados a personas de la familia o por fuera de la familia sin consentimiento previo y al mismo tiempo dudando de las capacidades de crianza de dos varones.

En este escenario, es importante promover el reconocimiento de todas las familias y no patologizar estos arreglos desde las intervenciones en salud. Como profesionales es importante aprender a acompañar con un enfoque de diversidad a familias que históricamente fueron excluidas, discriminadas e invisibilizadas.

Intervención familiar en el acompañamiento a niños, niñas y adolescentes

Existen matices entre las generaciones en cuanto a las normas y estereotipos de género, los modelos disponibles de masculinidad y feminidad, así como los permisos y prohibiciones asociados a estos (Bozon, 2004; Weeks, 1995).

Según López (2020) hay asuntos vinculados a la vida sexual en que niños, niñas y adolescentes recurren a sus personas adultas de referencia y, en otros temas, lo hacen con sus pares. En este sentido, es importante que haya una persona adulta dispuesta y disponible para acompañar los desafíos de una persona joven en crecimiento (Winnicott, 1972).

El papel de la familia y el entorno ocupan un lugar de centralidad en la trayectoria biográfica de niños, niñas y adolescentes. Especialmente en los siguientes temas:

- La "salida del armario", que se presenta como un acto productor de realidad material y simbólica;
- La aceptación o rechazo como parte del proceso familiar, con las consecuencias que tiene para las personas niños, niñas y adolescentes;
- El sostén de la propia comunidad LGBTIQ+ y otros referentes ante el rechazo en el propio seno familiar;
- La intervención de los equipos de salud, educativos y de otros profesionales desde un paradigma de derechos humanos (Parra, 2021).

Las y los referentes familiares suelen atravesar distintas fases, interpretando la salida del armario como inesperada o disruptiva. Esto puede variar según la conformación de la familia, incluyendo si está compuesta o no por otro integrante LGBTIQ+. Estos aspectos deben ser valorados en el marco del acompañamiento, ya que por sí solos no son indicadores de una referencia positiva o negativa en el marco de la salida del armario.

Los estudios existentes sobre los procesos que atraviesan las familias al ponerse en conocimiento de la identidad sexual de algún integrante del núcleo, coinciden en que, cada familia y en particular cada progenitor, responde a este acontecimiento de manera singular. Sin embargo, aunque claramente los procesos de salida del closet o "*co-*

ming out" no son idénticos, sí son comparables (Gelpi y Silvera, 2020). Se resalta que en algunas familias sólo se produce alguna de las fases e incluso podría suceder que no se de ninguna, lo cual, se podría vincular con mayores niveles de aceptación y naturalización de la diversidad sexo-genérica (Familias por la Diversidad, 2019):

- **Shock inicial.** Las personas que reciben la noticia pueden no saber qué decir o cómo actuar. Esto puede generar ansiedad en quienes comunican su realidad. Las primeras palabras suelen ser muy esperadas, muchas veces ofician como una habilitación o como prohibición, naturalizan la experiencia de ser LGBTIQ+ o la patologizan. Esta fase puede durar días o semanas, suele extenderse sobre todo cuando operan mecanismos psicológicos como la negación o la desmentida.
- **Proceso de duelo**. Suelen aparecer elementos culpógenos, los padres sienten que "en algo han fallado" y que eso produjo la orientación sexual disidente y/o la identidad trans de sus hijos o hijas. Incluso esta noticia puede generar conflictos en la pareja, cuestionar las prácticas de crianza que produjeron esta realidad. Muchos progenitores buscan una respuesta, una explicación, se posicionan en un lugar de falla en el desarrollo psicosexual. Si la familia no asimila y acomoda la noticia armónicamente, podrían seguir negando la realidad, esgrimir argumentos como: "es una etapa", "ya se le va a pasar", "es una moda" o "está confundido/a". A veces hasta existe el temor de que se produzca la transferencia del estigma a nivel comunitario (Gelpi y Silvera, 2020). Si estos comportamientos familiares persisten, la salud mental de las personas LGBTIQ+ podría afectarse. Sentimientos como la culpa, la vergüenza, el asco, el miedo, la incertidumbre, podrían emerger, de la mano de una disminución de la autoestima y en este caso puntual, un aumento de la LGBTIQfobia interiorizada. A veces todo esto se acompaña por el silencio familiar en torno al tema. El tiempo transcurre y la persona adolescente puede vivenciar como rechazo, dejar de confiar en sus padres, sentirse defraudada y alejarse emocionalmente. Esto puede provocar una pérdida de control por parte de los referentes adultos en una etapa clave como la adolescencia.
- **Preocupación / protección**. Aparece por sentir miedo a que sus hijos sufran, que sean dañados por una sociedad que aún discrimina, que marca la diferencia y reproduce desigualdades, inequidades e injusticias. Algunos progenitores comienzan a sentir tristeza por sus hijos o hijas, por sus proyectos de vida, desconocen la realidad de la población LGBTIQ+ y sus representaciones son exclusivamente negativas. Esto se suele acompañar de una especie de duelo que a veces implica creencias estereotipadas, por ejemplo: que no serán abuelos, que no habrá un casamiento u otros ritos que asocien a la pareja heteronormativa, que experimentarán riesgos vinculados a infecciones de trasmisión sexual (ITS), entre otros.
- **Afrontamiento asertivo de la realidad.** Entienden que nadie es culpable de nada, que la orientación sexual o la identidad de género no se elige, simplemente se siente. Tienen la energía psíquica disponible para ponerla a disposición de la ela-

boración, para generar ciertos movimientos que permitan una resignificación familiar del tema. Buscan asesoramiento, apoyo profesional, se acercan a organizaciones de la sociedad civil, deciden acompañar los procesos de sus hijos y velar por sus intereses. Acompañan y transitan como familia, sin quitar el protagonismo de la salida del closet o transición a la persona. Este posicionamiento brinda seguridad y oficia como un factor protector para la salud.

Hay casos donde los niveles de discriminación intrafamiliar son tan elevados, que se marca un antes y un después en las dinámicas vinculares. Pueden aparecer frases como: "para mi ya no existís", "olvidate que tenés padres", "hubiese preferido que fueras ladrón", "hacé la tuya". Hay rupturas de lazos parciales, que duran un tiempo, pero también las hay definitivas. En otros escenarios, la aceptación está cargada de tensiones y contradicciones que se expresan en la narrativa, pero también en las prácticas parentales. Allí la institución familiar es resignificada, los pares pasan a desarrollar un rol fundamental como sostén afectivo cotidiano para las personas LGBTIQ+, configurándose como la familia elegida (Gelpi y Silvera, 2020). En este escenario es cuando el equipo de salud debe estar más disponible.

El rechazo familiar en las primeras etapas de la vida es el mayor predictor de problemas de salud (Ryan y col., op.cit.), por lo que el acompañamiento longitudinal es una de las estrategias clave para prevenir daños y anticipar crisis familiares.

En otras ocasiones son las propias familias quienes se contactan con las asociaciones para solicitar información y poder acompañar estos procesos de forma asertiva, lo que también contempla averiguaciones de médicos de diferentes especializaciones que sean amigables con la diversidad (Parra, 2021).

Salir del closet con los progenitores tiene consecuencias materiales, y algunas particularidades en el caso de la **población trans**. Puede ser una necesidad para poder acceder a propuestas terapéuticas afirmativas, activar un protocolo educativo o iniciar el cambio de nombre en el registro civil (Parra, 2021). La adolescencia, como tramo ensamblado con la infancia, todavía requiere de mediaciones que validen la experiencia de género del sujeto. Es común que el momento de contar sea un evento que actúa como marcador de la transición en el sentido de activación de los dispositivos de tránsito (escuela y sistema de salud), pero la transición comienza antes, internamente y muchas veces en el grupo de pares. Si para los adolescentes cisgénero ya suele ser dificil encontrar un lugar donde inscribir lo que les pasa y localizar a un referente a quien dirigir un llamamiento y solicitar su apoyo, para una persona adolescente trans promedio esta tarea puede ser aún más ardua (Brignoni, 2012).

A su vez, la comunidad de pares adquiere relevancia en el proceso de acomodación. Es habitual la experimentación con el nombre y/o pronombre con los pares e ir habitando espacios públicos y semipúblicos de acuerdo al género sentido de manera progresiva, a la vez que se realizan "cálculos de riesgo" en búsqueda de la tan ansiada aceptación social para sentir inclusión en un grupo de iguales (Platero, 2014).

Infancia y adolescencia LGBTIQ+ y entorno digital

El apoyo social, a menudo se encuentra fuera de la familia biológica. Tanto en organizaciones sociales o espacios digitales, que actualmente tienen un papel fundamental, al paliar las necesidades vinculares y de reconocimiento de NNA a sus identidades e inquietudes (Platero, 2014). Integrar los entornos digitales a la consulta en salud con niños, niñas y adolescentes es clave.

Respecto a los entornos digitales, estos son una parte central de la vida social de NNA (a medida que aumenta la edad, este rol también aumenta). Estas poblaciones las conocen y usan como canales de comunicación. Los juegos en línea también son espacios sociales y de interacción relevantes (Unicef, 2023). Esta comunicación no se limita únicamente al grupo de amigos o conocidos, sino que va mucho más allá, ampliando sus interacciones con otras personas usuarias para compartir afinidades, intereses, crear nuevas relaciones, entre otros (Regalado et al., 2012). Según Balaguer (2008) las redes sociales online se constituyen, en simultáneo con los grupos de pares, como una contención, como un apoyo, siendo un lugar de descarga para las personas adolescentes. Las mismas tienen un rol de sostén conocido como "holding electrónico" o "función maternante".

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han permitido transformaciones en la vida de las personas LGBITQ+. Han oficiado como espacios de identificación, soporte, contención, "homosocialización", socialización sexual, construcción de comunidad, militancia, ejercicio de ciudadanía, primer lugar de salida del closet, entre otros. Pero en ciertos contextos geográficos, es frecuente que este contenido sea perseguido, censurado, por lo cual, se constatan desigualdades territoriales (Martel, 2014). Sin embargo, las personas en contextos adversos también pueden tener capacidad de agenciamiento, esquivan las posibles represalias y continúan promoviendo derechos y salud.

Especialmente durante la adolescencia, los mensajes del mundo virtual cumplen una importante función en el proceso socializador porque les permiten descifrar sus entornos y colabora con su construcción de identidad (Rubio, 2009). Esto se vincula con el valor simbólico que le otorgan las personas adolescentes a las redes sociales, a través de ellas se identifican con quiénes desean y con cómo se quieren ver (Morales, 2009). En ocasiones, también hay expectativas y fantasías de ser, de replicar el mismo camino que determinada persona admirada, lo cual puede ser frustrante y angustian-

te. La representatividad en redes resulta importante para adolescentes en tanto ofrece la posibilidad de contar con referencias positivas que vayan más allá de lo caricaturesco, los estereotipos o representaciones negativas, naturalizando las relaciones e identidades en la vida cotidiana.

Muchas veces, las personas trans, expresan primero su identidad en los entornos digitales a través de un cambio de nombre y/o posteo de fotos con una expresión de género en sintonía con la identidad sentida. En estos casos estas acciones dan la pauta que de alguna forma ya comenzó la exteriorización de la transición y es recomendable anticipar la posible crisis del pasaje de lo virtual a lo presencial. A su vez, es importante indagar sobre el uso de aplicaciones de citas o contactos por otros medios y las correspondientes prácticas de cuidado, así como el tiempo y el tipo de contacto que se hace en línea.

Según Castells (2003) hay una división de perfiles entre quienes son productores y consumidores de contenido en el marco de estos espacios virtuales en nuestra actual estructura social. De hecho, es habitual que adolescentes trans compartan en sus perfiles hitos de la transición de género, pero al mismo tiempo, es frecuente que otras personas adolescentes ni siquiera coloquen una foto de perfil propia por su no conformidad corporal, el rechazo que les genera su autoimagen y la baja autoestima.
Otras dinámicas habituales a través de los entornos digitales, son los episodios de violencia hacia personas LGBTIQ+ mediante discursos de odio, ciberbullying, intimidaciones o la intromisión de personas que atentan contra la diversidad en espacios seguros que ofician como red de sostén (foros, grupos, entre otros). Por otra parte, el uso de aplicaciones de citas o encuentros con personas desconocidas a través de redes puede desencadenar en robos, agresiones físicas y/o sexuales cuando son llevadas a cabo en contexto de ocultamiento y desprotección.

Sumado a todos los temas ya abordados, la población adolescente es susceptible a obtener información mediante redes sociales con escasa rigurosidad científica, y que puede poner en riesgo la propia salud. Es esencial que los profesionales de la salud conozcan estas realidades para poder hacer intervenciones oportunas.

Recomendaciones para abordar el tema en la consulta

Preguntas orientadoras: ¿usas redes sociales?, ¿cómo te llamas en ellas?, ¿qué foto de perfil usas? ¿Buscás información en internet sobre cómo te sentís? ¿Has conocido a otras personas LGBTIQ+? ¿Tuviste alguna experiencia positiva o negativa online?

Consideraciones generales: Es importante diferenciar si se hacen pasar por otra persona, si es un personaje creado, o si habitan su identidad sentida en las redes.

Buenas prácticas en centros de salud dirigidas a niños, niñas y adolescentes

Tal como plantea la Guía del MSP (2009) sobre diversidad sexual, los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) deben ser inclusivos con la diversidad sexual y generar acciones para garantizar el cuidado y acceso a la salud de todas las personas. Esto también aplica a los servicios que atienden niños, niñas y adolescentes .

Pensar la atención en salud de infancias y adolescencias en clave de integralidad supone salirse de esquemas normativos para poder integrar todas las dimensiones de la diversidad sexual en los procesos asistenciales. También es necesario pensar en las familias diversas, reconociéndolas como tales, identificando sus intereses y necesidades, respetando y promoviendo sus derechos.

A continuación, se presentan acciones recomendadas:

- **Proporcionar información, recursos y apoyo** para niños, niñas y adolescentes **y sus familias**, centrados en la protección de sus derechos y sus necesidades específicas.
- **Integrar a la estrategia de comunicación institucional la perspectiva de diversidad sexual y de género**. Contar con avisos de bienvenida amigables, cartelería, afiches, audiovisuales, folletería tanto en recepción, sala de espera o consultorios, que visibilicen la diversidad de identidades y familias (MSP, 2009). Esto es importante para generar una referencia con el servicio, aportando mayor confianza, credibilidad y pertenencia al niño, niña o adolescente (Ovejas Negras, 2023).
- **Relevar en el equipo quienes tienen la mayor sensibilidad, competencias y destrezas para abordar la salud de este grupo poblacional**. Esto se debe a que no todas las personas cuentan con la misma formación, habilidades o manejo de la situación. Si bien todos los servicios del SNIS y los equipos de salud deben ser sensibilizados y capacitados para brindar una adecuada e inclusiva atención (MSP, 2009), es importante en primera instancia asegurar que esto suceda. Algunas instituciones, por ejemplo, tienen equipos de referencia en este tema.
- **Contar con una caja de herramientas institucional** con diferentes alternativas de formación, bibliografía y otros recursos para la actualización continua.[51]
- **Realizar acciones para que las personas no pierdan continuidad en el sistema de salud**, coordinar con especialistas focales, dar seguimiento, informar la disponibilidad de días y horarios de atención, indicar a quién recurrir en emergencias y urgencias, informar quiénes son referentes dentro de cada equipo ante un

51 Ver curso virtual autoadministrado "Salud y diversidad sexual" en el Campus de OPS/OMS desarrollado por el Colectivo Ovejas Negras, UNFPA, y UdelaR con apoyo de OPS/OMS. Nuevo curso virtual "Salud y diversidad sexual" en el Campus de OPS/OMS

niño, niña o adolescente y su familia, entre otros. La coordinación institucional e intersectorial es clave para acompañar a NNA y sus familias en los procesos que atraviesan.

- **Trabajar en forma conjunta con las diferentes instituciones de referencia y socialización en las que participan las infancias y adolescencias**, principalmente las educativas. El equipo de salud debe trabajar en estrecha colaboración con la familia y la comunidad para asegurar un ambiente de apoyo y aceptación.
- **Sumar la intervención familiar al abordaje individual.** Facilitar la comprensión de los sentimientos y necesidades del niño, niña o adolescentes para poder acompañar y ayudarles a crecer, así como apoyar a las familias a tomar decisiones informadas y respetuosas sin reproducir el adultocentrismo. Es importante reconocer que dentro de la familia pueden existir distintas posiciones, y cada miembro requiere ser escuchado. Se deben crear oportunidades para el acompañamiento familiar, así como ofrecer espacios individuales para abordar los distintos procesos que cada integrante está experimentando con el objetivo de generar acuerdos familiares.
- **Brindar orientaciones y no prescripciones que pueden generar rechazo o distanciamiento**. Si la persona referente adulta percibe que quedó por fuera del abordaje o siente rechazo, esto puede traducirse en el no acceso de niños, niñas y adolescentes al sistema de salud, y por ende, en su imposibilidad de ejercer sus derechos. A modo de ejemplo, en una familia que continúan llamando a su hijo con el nombre asignado al nacer, pero donde la persona usuaria se presenta a la consulta con un nombre elegido, se puede explicitar que entendemos el proceso de la familia, pero para el equipo es importante respetar el nombre de presentación en un vínculo que se inicia. Esto ayuda a que la consulta sea un lugar donde se respete su identidad, acompañando el proceso dificultoso para las familias de cambiar el nombre y pronombre mediante los cuales se han dirigido gran parte de la vida hacia sus hijos/as.

Intervenciones oportunas y acompañamiento desde los equipos de salud

La consulta debería ser un espacio donde no se refuercen estereotipos y roles de género que están presentes desde antes del nacimiento en las familias y comunidades, por ejemplo, determinados colores de ropa, accesorios, juguetes, entre otros. También es deseable evitar discursos y prácticas que promueven la infantilización, así como, el uso de expresiones sin consentimiento como: “princesa”, “rey”, “campeón”, entre otras.

Los juegos en la infancia no determinan la orientación sexual ni la identidad de género. El juego libre es clave en el desarrollo.

Forzar juegos estereotipados de género para reforzar la masculinidad o feminidad es una práctica común en la crianza que puede generar daños psíquicos. Por ejemplo, obligar a un niño a jugar al fútbol, a una niña a jugar con muñecas, o prohibirles esos juegos por considerarlos "de nena" o "de varón". Los espacios seguros para expresarse y jugar son fundamentales. Es recomendable prestar atención a esta dimensión y buscar que en los espacios de consulta se cumpla con esta premisa. Cuando niños, niñas y adolescentes identifican que un espacio no es seguro ni amigable, se limitan. En estos casos se sugiere brindar apoyo emocional porque proporcionar un entorno seguro es muy importante, es decir validar sus emociones, brindando una escucha activa hacia sus inquietudes y necesidades. Esto resulta clave para detectar tempranamente situaciones de acoso escolar, discriminación, estigma, violencia familiar u otras situaciones que vulneren la integridad del niño, niña o adolescente.

Es fundamental adecuar los conceptos y la forma de comunicarnos a la etapa vital que atraviesa la persona usuaria. Se debe evitar tanto el exceso de tecnicismos como una informalidad forzada que desdibuje los roles profesionales. Son clave las explicaciones claras, ajustadas a la edad y a las necesidades individuales, así como indagar qué comprende la persona acerca de lo que le sucede, para favorecer una mejor elaboración de sus propios pensamientos y sentimientos.

Es beneficioso no generar inquietudes que la persona no tiene. Procurar ir progresivamente desde temáticas y razonamientos simples a los más complejos y sensibles, pero a la medida de su demanda y necesidades. Se recomienda realizar una asesoría afirmativa que no reproduzca estereotipos negativos sobre el colectivo LGBTIQ+. Es habitual que se le diga a un niño, niña o adolescente que expresa sentir una identidad de género no conforme o la atracción hacia personas del mismo sexo/género que "ya verá cuando sea grande", "se le va a pasar" o "está jugando", mientras cuando se trata de una atracción hegemónica se refuerza preguntando si tiene novia o novio. Cabe destacar que, a través de lo lúdico, una persona niña puede aportar información útil para el análisis sobre su mundo interno.

En base al anterior punto, es muy importante no imaginar previamente que un niño, niña, adolescente o su familia quiera toda la batería de intervenciones juntas o desde la primera consulta, ya que eso no siempre es así y puede avasallar a las personas, por este motivo resulta clave escuchar y trazar en conjunto la estrategia más adecuada para la persona. Cuando se esté frente a una persona trans se sugiere evaluar qué acciones desea realizar la persona usuaria en lo normativo, sanitario, educativo, recreativo, social, etcétera, sin presumir una línea de acción específica o necesidades de salud (voluntad de iniciar tratamiento hormonal, quirúrgico, etc.).

Resulta fundamental recordar a los equipos de salud el Principio de Autonomía Progresiva para niños, niñas y adolescentes y la necesidad de contar con información

actualizada sobre marco normativo, prestaciones y garantías de derechos para las y los usuarios. De esta forma, tanto el equipo como la persona usuaria y sus referentes, podrán tomar decisiones asertivas centradas en lo que la persona efectivamente necesite.

Es crucial que el apoyo a las transiciones de género sea acorde con la edad para evitar hacer acompañamientos adultocéntricos. Por ejemplo, si una niña trans quiere ir maquillada a la escuela, el equipo de salud puede problematizar junto a la usuaria y sus referentes si corresponde que una niña asista maquillada al centro educativo o si es algo que pueda realizar como juego. Tanto en la infancia como en la adolescencia, es relevante contar con información respecto a qué referentes positivos existen en ámbitos como las redes sociales, los entornos virtuales (juegos y otras plataformas), la música, el deporte o los dibujos animados, y traerlos a lo largo de las intervenciones. Si bien esas referencias están en permanente cambio, es importante conocerlas dado que algunas, incluso, son populares específicamente en población LGBTIQ+.

En muchos casos, las personas adolescentes con identidades de género no hegemónicas requieren orientación para "adecuar" su expresión con su identidad. Necesitan desarrollar nuevas destrezas (por ejemplo, aprender a afeitarse, depilarse, maquillarse, atarse la corbata, etcétera) y contar con apoyo adicional a nivel familiar, del entorno y del equipo de salud. Para esto, promover el encuentro con referentes dentro de la familia o el entorno, pares y otras referencias como colectivos organizados vinculados a la diversidad sexual, puede ser una estrategia afirmativa que permita compartir experiencias y fomentar la socialización. Estos suelen ser espacios compartidos con personas que ya han pasado por procesos similares y que habilitan el intercambio, incluso se puede obtener más información sobre ciertas particularidades y sentirse contenida.

En estas etapas de la vida lo que cobra relevancia es acompañar y respetar el deseo, la identidad, trabajar con la familia o referentes, asesorando al resto del entorno.

Respecto a la población trans, existe una falsa creencia de que durante la infancia se llevan a cabo procedimientos invasivos como cirugías y hominización. Se debe recordar que, las cirugías afirmativas genitales tienen limitantes legales en menores de 18 años. En el caso de la hormonización, se debe hacer una evaluación del equipo de salud en base a la autonomía progresiva.

Herramientas clínicas para el abordaje de la salud de niños, niñas y adolescentes:

Es importante que, antes de aplicar las técnicas que se presentan a continuación, se establezca un *encuadre* claro para que los NNA y sus referentes puedan comprender el por qué y para qué los profesionales de la salud las utilizan en el espacio de consulta:

- La aplicación de las técnicas debe garantizar un espacio de seguridad, confianza y privacidad donde las niñas, niños y adolescentes comprendan el propósito de la herramienta. Para eso los equipos deben enmarcar la intervención como un proceso voluntario y confidencial.
- Se debe garantizar el resguardo por parte de la institución de los datos personales y el manejo ético de la información.
- Se prioriza la autonomía progresiva (se amplió en Marco Normativo)
- Explicar qué profesional lo va a aplicar y el tiempo estimado de ejecución.
- Las técnicas no son test y tampoco buscan evaluar, el objetivo es que oficien como una herramienta en el marco de un acompañamiento asertivo que faciliten conocer distintas dimensiones de la vida de la persona usuaria.
- Explicitar que cualquier niño, niña o adolescente puede detener la técnica en cualquier momento, si así lo desea.
- Los materiales y recursos se adaptarán según la edad de la persona usuaria.
- No todas las técnicas están indicadas para todas las personas, por eso a continuación, en la presentación de cada una se aborda este punto.
- Ninguna de estas técnicas es para utilizar en la primera consulta. Pueden ser muy movilizantes y se debe conocer más a la persona y su entorno para identificar la pertinencia de la aplicación o no de la herramienta.
- De acuerdo con los tiempos y la capacidad de escucha de la persona usuaria, la devolución podrá ser el mismo día (de preferencia), o podrá postergarse a una siguiente instancia en la que estén presentes las mismas personas.

Línea de la vida modificada. Adaptación para población adolescente.

Es un instrumento creado en el servicio UDA Saint Bois (2015) para utilizar con población trans adolescente, joven y adulta. A continuación, se presenta la adaptación para aplicar a partir de los 10 años aproximadamente, y en edades posteriores según la madurez de la persona y evaluando su autonomía progresiva podrá aplicarse la versión original dirigida a población joven y adulta.

Los aspectos generales se desarrollan en el capítulo de Atención a personas trans, por lo que en este apartado sólo se harán comentarios que se consideren relevantes para esta población.

A diferencia de la aplicación original, si aparecen pocos eventos no requiere indagación. Se recomienda tomar precauciones durante el uso de la técnica e identificar hasta donde se puede avanzar. En ocasiones puede resultar movilizante para la persona, por tanto, es imprescindible que haya capacidad de contención por parte del equipo.

La línea de la vida puede adjuntarse a la historia clínica si se entiende que será usada posteriormente. Apostando a una atención continua y longitudinal, podrá ser retomada más adelante y aplicar la técnica en su totalidad.

Silueta de representación corporal

Criterios de indicación: La técnica permite profundizar y conocer más en detalle las expectativas de la persona de acuerdo a los cambios que se son esperables del tratamiento de hormonización. También puede utilizarse una versión reducida de la técnica, pidiéndole a la persona que dibuje su silueta o intervenga sobre una silueta pre-diseñada de forma de ahondar en el conocimiento sobre su autopercepción.

Objetivos:

- Representar los cambios que produce la pubertad o los asociados a un proceso de transición medicamentosa para evaluarlos de manera integral junto con la aceptación o no por parte de la persona.
- Problematizar aspectos asociados a la pubertad, expectativas y representaciones sobre la terapia hormonal.
- Facilitar la expresión de expectativas y emociones en torno a la hormonización, explorar las alternativas posibles y favorecer así un consentimiento informado.
- Contribuir a visualizar en forma clara alternativas, acciones afirmativas al género respecto a la expresión, o priorizar otras acciones antes de la transición medicamentosa. Por ejemplo, si la persona manifiesta disconfort respecto a ciclos menstruales y el resto de los ítems le son indiferentes, pensaremos en utilizar como alternativas en este sentido.
- Fortalecer la alianza terapéutica entre la persona y el equipo de salud, promoviendo un espacio de diálogo y acompañamiento integral.

Indicación: Si está dentro de los planes a mediano plazo la posibilidad de acceder a bloqueo puberal o tratamiento hormonal, siempre que no hayan contraindicaciones excluyentes.

Contraindicación: Si no se evaluó la pertinencia o posibilidad de tratamiento hormonal.

Técnica:

- Se entrega a la persona un dibujo de una silueta humana, en una hoja A4 que el profesional lleva al espacio de consulta.
- Se dialoga con la persona cambios observados respecto a la pubertad, o expectativas vinculadas a los cambios con el tratamiento hormonal. La persona debe escribir cada cambio en la zona correspondiente de la silueta.
- Se le solicita que marque con una flecha:
    - Flecha hacia arriba (↑): si le agrada el cambio.
    - Flecha hacia abajo (↓): si le desagrada el cambio.
    - Flecha horizontal (→): si le resulta indiferente.

Preguntas guía para la aplicación de la técnica

¿De todos estos cambios cuál es el fundamental para ti?
Permite evaluar la mejor terapéutica de acuerdo a las necesidades y requerimientos de la persona.
EJ: La piel: suavidad, factores externos, disminución del vello, amenorrea, cambios en la voz
¿Qué te genera más disconformidad en relación a tu identidad de género?
Expresión de género.
Lo único que le genera disconfort es…

Flechas rojas
Una sugerencia por parte del equipo de salud puede ser identificar con un color diferente los cambios que son irreversibles o reversibles dentro del proceso de pubertad y/o transición médica. Por ejemplo: el tamaño aumentado del clítoris y disminuído de los testículos.

Análisis e interpretación de la técnica

A partir de las marcas realizadas, se inicia un proceso de diálogo con la persona, explorando las razones detrás de cada evaluación (agrado, desagrado o indiferencia).

Los cambios señalados con **flechas negativas (↓)** indican la necesidad de profundizar en cómo estas transformaciones podrían afectar aspectos de su vida cotidiana, bienestar, placer, autoestima y calidad de vida. Si predominan las flechas negativas sobre las positivas, plantea la importancia de problematizar con la persona el inicio de una

terapia hormonal y las expectativas puestas sobre esto, ya que los efectos no deseados podrían ser mayores de los esperados.

Un predominio en las **flechas positivas (↑)**, invita a continuar trabajando sobre estos cambios y expectativas respecto a la hormonización, ya que los que efectivamente sucedan pueden estar a la altura de su imaginario o no, esto también es un aspecto relevante a considerar, independientemente de que la persona se muestre alineada con los cambios esperados.

Técnica "Bitácora de cambios"

Criterio de aplicación: Los cambios, y por ende la efectividad de la técnica en evidenciarlos son mayores en personas en tratamiento con testosterona que aquellas en tratamiento con antiandrógenos y estradiol, dado que estos últimos fármacos no feminizan la voz. Se sugiere, en cambio, utilizarla en casos en los que se está trabajando en el marco de terapia de voz. Este instrumento es extendido para los cambios faciales y vocales, pero puede usarse para ver otros cambios en el cuerpo. Por ejemplo, si se quiere evidenciar la distribución de la grasa corporal, se sugiere filmar su tórax, cadera y muslo.

Objetivos: Evidenciar los cambios producidos por la terapia hormonal y/o terapia de voz a nivel de la voz, facial y corporal.

Indicación: Adolescentes, jóvenes y personas adultas trans en terapia hormonal y/o terapia de voz, y que luego sea pasible de evidenciar los cambios en el proceso. Debe tener capacidad de poder ejecutar la técnica por su cuenta. Se recomienda utilizar esta técnica sólo después de haber aplicado otra, como la silueta. Es importante para evidenciar cuáles cambios son deseados y cuáles no. Si hay muchos cambios no deseados, no se recomienda esta técnica. Tener en cuenta que, en adolescentes, hay cambios que son producto de la propia pubertad.

Contraindicación: Si la persona se encuentra atravesando algún proceso de salud agudo físico o mental. Si presenta algún grado de disconfort con su voz. Indagar previamente cómo se siente con su imagen corporal y voz. Estar cursando patología de la voz, ejemplo difonia.

Técnica: Debe utilizarse siempre el mismo celular o dispositivo para grabar, y siempre a una misma distancia con el micrófono o celular de la persona. Si además de grabar se va a filmar, es importante contar con luz adecuada, de frente a una fuente de luz. Tener precaución, al filmar de cuerpo entero, de no afectar la calidad del sonido. Se realiza una vez por mes, si la persona está en tratamiento hormonal, se hace frente a cada

dosis de testosterona o el mismo día del mes si la persona recibe estradiol y antiandrógenos. Esta grabación o video es para ir visualizando los cambios, ya que no siempre son percibidos inmediatamente por la persona o su entorno.

Ejemplo: Frente al dispositivo a utilizar, invitar a registrar su proceso desde el primer día. "Hola, hoy es (fecha), mi nombre es (nombre elegido) y esta es mi primera dosis de testosterona". Sucesivamente irá cambiando: "Estos son mis cambios o así estoy después de un mes de hormonización, 2 meses, 3 meses, etc."

Segunda Parte: Uso de medicación para el freno de la pubertad en infancias y adolescencias

Nancy González[52] y Natalia Fusco[53]

En este apartado, abordaremos conceptualizaciones de la pubertad, indicaciones respecto a la inhibición de los cambios puberales e información relevante para compartir con la persona usuaria y su referente antes y durante el proceso. Cabe destacar que esta estrategia terapéutica no sólo es aplicable a niños, niñas y adolescentes (NNA) que se autoperciban con una identidad trans, sino que puede ser utilizada en el marco de un proceso de afirmación más complejo. No todas las personas que reciban el bloqueo puberal deben continuar eventualmente con una transición medicamentosa, sino que es un período que puede utilizarse para profundizar en las expectativas, necesidades o búsqueda identitaria de la persona usuaria. Los contenidos de este documento han sido utilizados a modo de consentimiento informado por las autoras y se han adaptado para su inclusión en esta guía.

Antes de tomar la decisión de iniciar la inhibición puberal, es importante que la persona NNA así como su familia, realicen un proceso de acompañamiento con equipo interdisciplinario, donde se brinde una información adecuada, que permita una decisión informada y consciente.

Conceptualizaciones sobre la pubertad

La pubertad es un proceso en el cual las personas adquieren la madurez sexual. Es un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta. Para que se inicie la pubertad se requiere de un proceso complejo en el cuerpo donde interviene el sistema nervioso central (hipófisis e hipotálamo) y las gónadas (testículos u ovarios) (González et. al., 2022).

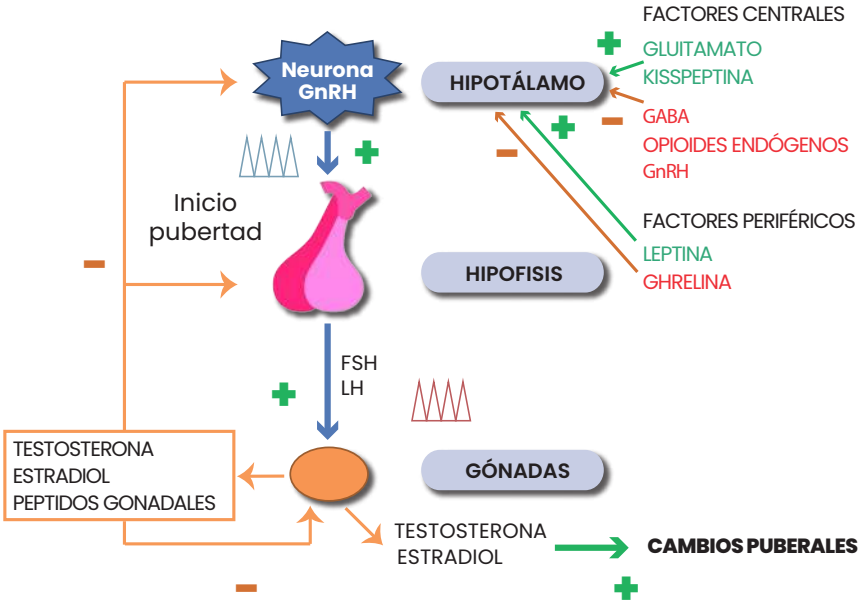
Al inicio de la pubertad se produce la liberación por el hipotálamo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH, por sus siglas en inglés), que mediante su accionar sobre la hipófisis, permite en forma progresiva la liberación de hormonas sexuales. Inicialmente, el hipotálamo comienza a liberar de forma pulsátil la GnRH que estimula a la hipófisis para secretar la hormona luteinizante (LH) y la hormona foliculoestimu-

52 Especialista en Pediatría, Diplomada en Infancias y adolescencias LGBTIQ

53 Especialista en Endocrinología y Metabolismo, Diplomada en Medicina Sexual.

lante (FSH). Ambas gonadotrofinas actúan sobre las gónadas y favorecen la producción de estrógenos y testosterona, encargadas de los cambios físicos y emocionales que caracterizan a esta etapa (González et. al., 2022; Comas, 2023)

Figura 1: Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal



Fuente: Güemes-Hidalgo et. al. (2017)

Proceso de inhibición puberal

En las infancias trans o género no conformes no se realiza ninguna intervención farmacológica previa a la pubertad. Las acciones se basan fundamentalmente en el acompañamiento de cada NNA y su familia. (Hoyos, 2023; Nuñez, 2022 y González, 2022). Sin embargo, cuando se inicia la pubertad, algunas infancias sufren malestar con los cambios corporales que esto implica. En estas circunstancias, se puede requerir de la inhibición puberal (Hoyos, 2023).

Este tratamiento inhibe el proceso fisiológico de la pubertad antes descrito, lo que determina que no aparezcan los cambios puberales, muchos de ellos irreversibles: desarrollo mamario, distribución de la grasa corporal, cambios en la voz, desarrollo de la mandíbula, entre otros (Comas, 2023). El uso de la inhibición puberal prolonga la fase exploratoria, antes de iniciar los tratamientos hormonales de afirmación de género, si es que más adelante se desea (Comas, 2023).

Indicación del tratamiento

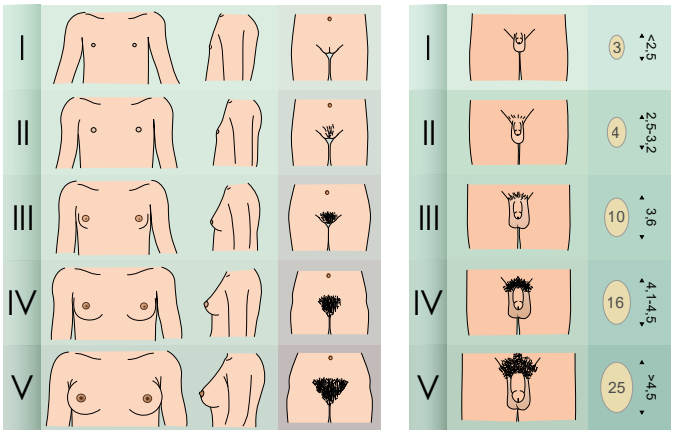
Previo a considerar la indicación del tratamiento, es necesario tener en cuenta las consideraciones que se hacen en la Parte 1 de este capítulo, respecto a la oportunidad en el marco del proceso de atención. Cabe destacar que se registran estas indicaciones como parte de la terapéutica posible, no siendo imprescindible su uso en el marco de la atención.

En lo que refiere al consentimiento informado para acceder al bloqueo puberal, es preciso poder trabajarlo de manera rigurosa y en más de una instancia, para tener la mayor seguridad posible de que los contenidos han sido comprendidos por la persona usuaria y su red de apoyo. Son claves en este punto la noción de **autonomía progresiva** (MSP, 2017)[54] y entender que consentir no se traduce necesariamente en entender.

Para el uso del tratamiento se debe constatar clínicamente el inicio de la pubertad (Tanner 2), definido por el crecimiento incipiente mamario (botón mamario), en las personas asignadas niñas en el nacimiento, y el aumento del tamaño de los testículos (volumen testicular mayor o igual a 4 ml con el orquidómetro de Prader), en quienes fueron asignados niños (González, 2022).

El objetivo es evitar la progresión de los cambios físicos sucesivos, algunos irreversibles y no deseados, como el vello facial, cambios en la estructura facial, crecimiento laríngeo en el varón trans o la masculinización de la voz en la mujer trans (Telfer et. al., 2020). Permite que cada adolescente disponga de más tiempo para la exploración de su identidad y vivir según el género autopercibido antes de decidir el inicio o no de la terapia hormonal de afirmación de género (Comas, 2023; Telfer et. al., 2020; Coleman et. al., 2022).

Figura 2: Escala de Tanner



Fuente: Tanner, 1981.

54 Se amplió en Parte 1 y en Capítulo de Marco Normativo.

Cuando el tratamiento se inicia en etapas más avanzadas de la pubertad (tanner 4 o 5), es posible que algunos cambios físicos ya se hayan establecido y no puedan revertirse completamente.

- En personas con sexo asignado masculino al momento del nacimiento, puede haber disminución del vello facial, disminución del tamaño de los testículos y pérdida de las erecciones.
- En personas con sexo asignado femenino al momento del nacimiento, puede haber reducción del tamaño mamario y desaparición de los ciclos menstruales, pudiendo plantearse el uso de los bloqueadores como terapia puente hasta el inicio de la terapia de afirmación de género con testosterona.

Para provocar amenorrea en varones trans o personas no binarias que lo requieran, tenemos otros recursos como la administración de progestágenos. Esta medicación se puede administrar vía oral (desogestrel 0.075mg entre otros), o mediante implante subdérmico de etonogestrel, con concomitante efecto anticonceptivo (Comas, 2023).

Paraclínica previa

Previo a valorar la indicación del tratamiento, se solicitan exámenes adecuados a las necesidades individuales, dentro de los que se encuentran la dosificación de vitamina D, así como eje hipotálamo hipofisario gonadal (prolactina, LH, FSH, estradiol y testosterona total) (Coleman et. al., 2022; Fernández et. al., 2020) y la edad ósea (Telfer et. al., 2020).

Aspectos clínicos	Pruebas complementarias
- Valorar oportunidad, adquisición de capacidades por parte de la persona usuaria y autonomía progresiva - Apoyo familiar - No presentar eventos agudos de salud, incluída salud mental - Antropometría: valoración del peso, talla, IMC. - Presión Arterial. - Estadío de Tanner. - Equipo de seguimiento constituído	- Hemograma - Funcional y enzimograma hepático - Perfil lipídico - Función renal - Glucemia - Dosificación de vitamina D - LH y LH - Prolactina - Testosterona total - Estradiol. - Edad ósea.

Medicación utilizada para la inhibición o bloqueo puberal

Se utiliza un grupo de fármacos análogos de GnRH que actúan sobre los receptores hipofisarios de GnRH y su administración contínua produce desensibilización y una disminución de la secreción de LH y FSH, lo que reduce la producción gonadal de estrógenos y testosterona, suprimiendo la progresión de los cambios físicos y emocionales que caracterizan a la pubertad. Con su uso se produce una regresión o detención de los cambios puberales en función del nivel de desarrollo que presenten al momento de inicio del tratamiento.

Existe una amplia experiencia en el uso de estos fármacos, ya que se indican desde hace décadas para el tratamiento de la pubertad precoz. Hay evidencia de su seguridad y eficacia, demostrándose que luego de suspendida su administración, se reanuda la pubertad (Comas, 2023).

Efectos del tratamiento

Sus efectos son transitorios y reversibles: una vez suspendida su administración, si no se inicia la terapia hormonal de afirmación de género, la pubertad se reinicia y progresa sin secuelas segun su sexo asignado al nacer (Comas, 2023; Fernández et. al., 2020).

Los medicamentos utilizados se consideran seguros, ya que los efectos adversos son poco frecuentes y no revisten gravedad cuando se inician en etapas precoces de la pubertad. Cuando el inicio se da en etapas tardías de la misma, pueden aparecer algunos síntomas leves como sofocos, dolor de cabeza o alteraciones del estado de ánimo, sobre todo en varones trans (Fernández et. al., 2020). Como efecto protector, se ha observado que esta medicación reduce la depresión y los intentos de autoeliminación en adolescentes trans a quienes les es indicada (Turban et.al., 2020).

Puede haber un aumento de la grasa corporal con disminución de la grasa magra, así como alteraciones en la mineralización ósea que mejoran con el inicio de la terapia hormonal de afirmación de género o si se suspende el tratamiento. Por eso es recomendable la realización de actividad física, alimentación saludable con ingesta adecuada de calcio y suplementación de vitamina D cuando está indicada. Con respecto a la talla puede haber disminución de la misma durante su administración, aunque el efecto sobre la talla final suele ser mínimo, y parece estar vinculada al tratamiento hormonal de afirmación de género posterior. En algunos casos puede haber aumento de presión arterial (Fernández et. al., 2020).

Se debe ofrecer información y asesoramiento sobre fertilidad futura a toda la población adolescente antes del inicio de la supresión puberal (Comas, 2023; Fernández

et. al., 2020). No existe en la actualidad evidencia científica que demuestre que los agonistas GnRH afecten la fertilidad (Gómez, 2023). Existen trabajos que demuestran que hay un restablecimiento rápido de la función gonadal luego de la suspensión del tratamiento (Gómez, 2023). También es importante considerar que a esta edad es infrecuente que una persona adolescente quiera suspender el tratamiento para realizar intervenciones de preservación de la fertilidad. (Comas, 2023; Fernández et. al., 2020).

Presentaciones disponibles

En Uruguay, contamos dos fármacos. El más utilizado, Acetato de Leuprolide 7,5 mg, de administración intramuscular o subcutánea, en general cada 28 días, logrando un bloqueo completo de la pubertad a partir de la tercera o cuarta dosis. Existe también en presentación de 22,5 mg, siendo su administración trimestral. Como alternativa, contamos con Triptorelina 3,75 mg, intramuscular, cada 28 días.

Recientemente, se ha identificado población usuaria migrante con colocación previa de implantes de Histrelina, que puede recambiarse cada uno o dos años (Hobson et. al., 2022). Si bien no se encuentran disponibles en plaza, es relevante su conocimiento por parte del equipo de salud.

Control y seguimiento

- Controles clínicos cada 3-6 meses, donde es importante la evaluación de peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial, evolución de los cambios físicos puberales (Comas, 2023).
- Controles con exámenes de laboratorio cada 6 meses -1 año (Comas, 2023).

Controles clínicos cada 3 meses al inicio.	Antropometría:Peso,talla, IMC. Presión Arterial. Cambios físicos. Estadío de Tanner. Efectos adversos.	No se repite paraclínica
Controles de laboratorio inicialmente cada 6 meses.	Antropometría:Peso,talla, IMC. Presión Arterial. Efectos adversos.	LH, FSH, Prolactina Testosterona y estradiol.
Controles anuales.	Antropometría: Peso,Talla, IMC Presión Arterial. Estadío de Tanner. Cambios físicos. Efectos adversos.	-Hemograma -Funcional y enzimograma hepático. -Perfil lipídico. -Función renal. -Glucemia. -Dosificación de vitamina D. -LH.FSH -Testosterona y estradiol. -Edad ósea.

Para avanzar a una segunda etapa, la hormonización de afirmación de género, ésta debe ser individualizada, evaluando las demandas y con consentimiento de la persona adolescente.

Referencias bibliográficas

Ahmed, S. (2000). Tanning the body: Skin, colour and gender. *New Formations: A Journal of Culture, Theory, Politics*, *34*, 25–40.

Alba, L., & Marín, R. (2015). Las familias homoparentales y el cuidado. *Revista de trabajo social e intervención social*, *20*, 1–16.

Baudrillard, J. (1974). *La sociedad de consumo: Sus mitos, sus estructuras*. Siglo XXI Editores.

Bozon, M. (2004). *Sociología da sexualidade*. Editora FGV.

Brignoni, S. (2012). *Pensar las adolescencias*. Editorial UOC.

Castells, M. (2003). *La era de la información. Volumen III: El poder de la identidad*. Siglo XXI Editores.

Colectivo Ovejas Negras. (2023). *Al fin un folleto que me habla* [Campaña gráfica]. https://uruguay.unfpa.org/es/multimedia

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Zucker, K. J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23*(Sup1), S1–S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

Comas, A., & Fernández Mentaberry, M. V. (2023). *Inhibición e inducción en niñeces y adolescencias trans, travestis y no binaries: Documento de consenso*. Ministerio de Salud de la Nación.

Cruz, D. (2018). *Reflexiones éticas sobre la niñez: Una mirada crítica a los pronunciamientos de los grupos antiderechos*. UNAM.

Deltombe, H. (2006). *Les documents de Scripta: L'insaisissable désir à l'adolescence*. ACF.

Dolto, F. (1990). *La causa de los adolescentes*. Seix Barral.

Ehrensaft, D. (2011). Boys will be girls, girls will be boys: Children affect parents as parents affect children in gender nonconformity. *Psychoanalytic Psychology*, *28*(4), 528–548. https://doi.org/10.1037/a0023828

Erikson, E. (1985). *Sociedad y adolescencia*. Siglo XXI Editores.

Familias Por la Diversidad. (2019). *Guía para padres y madres: Qué hacer cuando un hijo o una hija nos dice "mamá, papá, soy gay"; "papá, mamá, soy lesbiana"*. Familias Por la Diversidad.

Fernández, V., Pipman, V., Suárez, M., Boquete, C., Valeri, C., Martínez, A., et al. (2020). Herramientas de abordaje ante la consulta de diversidad sexual en la infancia y adolescencia. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, *57*(4), 31–40.

Galofré, P., & Missé, M. (2015). *Políticas trans: Una antología de textos desde los estudios trans norteamericanos*. Egales.

García, N. (2017). Passing. En L. Platero, M. Rosón, & E. Ortega (Eds.), *Barbarismos queer y otras esdrújulas* (pp. 324–331). Bellaterra Edicions.

Gelpi, G., & Silvera Barreiro, N. (2020). Violencia homo-lesbo-transfóbica a nivel familiar y COVID-19 en Uruguay: Cuando quienes deben proteger vulneran. *Revista Argentina de Estudios de Juventud*, *14*, e047. https://doi.org/10.24215/18524907e047

Generelo, J., Pichardo, J., & Galofré, G. (2008). *Adolescencia y sexualidades minoritarias: Voces desde la exclusión*. Alcalá Grupo Editorial.

Gill-Peterson, J. (2022). *Historias de la infancia trans*. Bellaterra Edicions.

Ginsberg, E. (1996). The politics of passing. En E. Ginsberg (Ed.), *Passing and the fictions of identity* (pp. 1–18). Duke University Press.

Gómez, M. (2023). Preservación de la fertilidad en personas transgénero. En A. Becerra & G. Pérez (Eds.), *Manual de medicina transgénero* (pp. 165–169). Editorial Panamericana.

González, N., & Núñez, V. (2022). Abordaje integral de la diversidad sexual en la consulta con el/la adolescente. En F. Alonso, P. Ferreiro, & N. González (Eds.), *Adolescencias: Una mirada integral* (pp. 213–222). Bibliomédica.

González, N., Núñez, V., & Oholeguy, P. (2022). Crecimiento y desarrollo fisiológico en la adolescencia. En F. Alonso, P. Ferreiro, & N. González (Eds.), *Adolescencias: Una mirada integral* (pp. 25–36). Bibliomédica.

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J., & Hidalgo Vicario, M. I. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*, *5*(1), 7–22.

Hobson, B. J., Le, S., Yehia, B., Shetty, R., & Lee, J. (2022). Transgender youth experiences with implantable GnRH agonists for puberty suppression. *Transgender Health*, *7*(4), 364–368. https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0104

Hoyos, R. (2023). Manejo endocrinológico de niños y adolescentes transgénero. En A. Becerra & G. Pérez (Eds.), *Manual de medicina transgénero* (pp. 73–84). Editorial Panamericana.

Izcovich, M. (2005). *Tiempo de transformación*. Síntesis.

Kancyper, L. (2004). Adolescencia y confrontación generacional: Los afectos y el poder. *Revista APPIA*, *15*, 92–114.

López, S., & Platero, L. (2019). *Cuerpos marcados: Vidas que cuentan y políticas públicas*. Bellaterra Edicions.

Margulis, M., & Urresti, M. (1998). *La construcción social de la condición de juventud*. Espasa Calpe.

Martel, F. (2013) Global Gay. Cómo la revolución gay está cambiando el mundo. Taurus, ISBN 9788430607310

Martin, C. L., & Ruble, D. N. (2010). Patterns of gender development. *Annual Review of Psychology*, *61*, 353–381.

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes*. MSP, OPS, UNFPA.

Missé, M. (2013). *Transexualidades: Otras miradas posibles*. Egales.

Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Egales.

Missé, M., & Coll-Planas, G. (2011). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales.

Molinier, P. (2012). Éthique et travail du "care". *Série Textos para discussão*. http://web.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/static/uploads/013_2012_%20pascale_molinier.pdf

Núñez, V., & González, N. (2022). Guías para el abordaje de infancias y adolescencias trans en el primer nivel de atención. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, *93*(2), e805. https://doi.org/10.31134/ap.93.2.36

Parra, N. (2021). Transiciones y soportes: La familia y la comunidad en las trayectorias biográficas de adolescentes trans. *Quaderns de Psicologia*, *23*(1), e1636. https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1636

Pavan, V. (2019). *Niñez trans: Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. Ediciones UNGS.

Pérez, K. (2017). Las personas variantes de género en la educación. En O. Moreno & L. Puche (Coords.), *Transexualidad, adolescencias y educación: Miradas multidisciplinares*. Egales.

Platero, L. (2014). *Transexualidades*. Bellaterra Edicions.

Platero, L., & Guzmán, G. (2012). Passing, enmascaramiento y estrategias identitarias: Diversidades funcionales y sexualidades no normativas. En L. Platero (Ed.), *Intersecciones, cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (pp. 125–158). Bellaterra Edicions.

Rocha, C. (2015). *Familias y diversidad sexual: Sistematización de la reunión satelital en el marco del IV Encuentro Universitario de Género, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: Nuevos retos para las políticas públicas*. Universidad de la República.

Ruiz, S. (2009). *Diversidad sexual en las aulas: Evitar el bullying o acoso homofóbico*. Cuadernos Plural.

Suess, A. (2011). *Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: Procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales*. Egales.

Tanner, J. M. (1981). Crecimiento y maduración durante la adolescencia. *Nutrition Reviews*, *39*(2), 43–55. https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.1981.tb06734.x

Telfer, M., Tollit, M. A., Pace, C., & Pang, K. (2020). *Australian standards of care and treatment guideline for trans and gender diverse children and adolescents* (Version 1.3). The Royal Children's Hospital.

Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, *145*(2), e20191725. https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF

Weeks, J. (1995). *Invented moralities: Sexual values in an age of uncertainty*. Columbia University Press.

Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Gedisa Editorial.