



Escuela de Agentes de Salud

Bloque VII: Salud y prevención para personas trans

Cuadernillo para Agentes de Salud



LA RED DE ATENCIÓN
A LAS ADICCIONES

Con la asistencia técnica de:



Subvencionado por:



SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD
E INNOVACIÓN
SECRETARÍA DEL PLAN
NACIONAL SOBRE EL SIDA

Coordinado por:



LA RED DE ATENCIÓN
A LAS ADICCIONES

Con la asistencia técnica de:



Subvencionado por:



Agentes de Salud - **Bloque VII: Salud y prevención para personas trans**

Coordinación: Joaquín Negro Abascal (UNAD)

Coautoría: Almudena García Carrillo de Albornoz, Fuensanta Pastor Ortiz, Iosu Azqueta Chocarro, Maite Heredia Soriano y Alejandra González Donado (APOYO POSITIVO) y Pau Eloy-García Jiménez (TRANSDIVERSA)

Edita: UNAD (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente).

Año de publicación: 2020.



Licencia de Reconocimiento-No Comercial
Sin Obra Derivada CC BY-NC-ND

CONTENIDO

06		<i>1. Introducción</i>
09		<i>2. Mitos y creencias sobre las personas trans</i>
11		<i>3. Recomendaciones para un lenguaje trans-inclusivo</i>
13		<i>4. Patologización</i>
14		<i>5. Situación legal</i>
15		<i>6. Intervención con personas trans</i>
19		<i>7. Salud sexual y prevención del VIH y otras ITS</i>
19		7.1 Salud sexual
20		7.2 Situación epidemiológica del VIH y otras ITS
23		7.3 Prevención del VIH
27		<i>8. Adicciones en población trans</i>
28		<i>Referencias Bibliográficas</i>

I. Introducción

El sexo es el resultado de la combinación de diferentes aspectos biológicos como genes, hormonas, respuestas cerebrales, etc., y que se manifiesta en los ámbitos psicológico y social. A su vez, el proceso de sexuación (biológico), es aquel en el que se realiza la diferenciación biológica de los sexos, junto con atribuciones culturales, aspectos psicológicos, afectivos, entre otros, hacen parte de la construcción de mujeres y hombres (Gómez Zapiain, 2000 y Money y Ehrhardt, 1982 y Fernández, 2010).

El proceso de sexuación se compone de un doble planteamiento. En primer lugar, está el planteamiento dimórfico, el cual se refiere a que el resultado de la sexuación siempre serán dos opciones o dos formas. Por ejemplo, cromosomas XY o XX, entre otros. Por otro lado, está el planteamiento intersexual, el cual explica que el resultado viene dado en grados como, por ejemplo, la estatura, el peso corporal, el nivel de hormonas, etc. Por lo tanto, hay personas más altas y bajas, personas con más vello corporal y personas con menos vello corporal, etc., independientemente de su sexo. Todo proceso de sexuación viene dado desde el momento de la concepción hasta la muerte y, todo resultado de ese proceso de sexuación tiene tanto características dimórficas como características intersexuales (Archer y Lloyd, 2002, Frago y Sáez, 2004 y Sáez, 2017).

Desde el momento de la fertilización hasta el momento del nacimiento se dan una serie de acontecimientos correspondientes al desarrollo psicosexual que podrían compararse a una carrera de relevos. Dentro del programa del dimorfismo sexual primero se encuentran los cromosomas sexuales, el X o el Y, suministrado por el progenitor masculino (espermatozoide), el cual se aparea con el óvulo, portador de un cromosoma X (suministrado por la progenitora). Dependiendo de la combinación (ya sea XX o XY), el programa pasa a la gónada indiferenciada, la cual terminará como ovario o testículo, y los cuales a su vez continuarán con la secreción de hormonas. En presencia de secreciones testiculares u ováricas, se configurarán los genitales internos, los genitales externos y patrones cerebrales, lo cual influenciará sobre otros aspectos del posteriores del comportamiento sexual (Money y Ehrhardt, 1982).

¿Del proceso de sexuación siempre se obtienen dos formas como resultado? La intersexualidad es definida por la variedad corporal que puede haber en cualquier nivel de definición del sexo, desde los niveles biológicos como lo son el cromosómico, gonadal y genital, como también a nivel psicológico y social (Mejías Sánchez, Duany Machado y Taboada Lugo, 2007).

Las personas intersexuales nacen con variaciones en estos niveles diferentes a las esperadas. Generalmente estas personas son sometidas a intervenciones médicas innecesarias (algunas irreversibles) y mutilaciones genitales con el propósito de “normalizar” sus cuerpos, habitualmente en el nacimiento o en la adolescencia (Davis y Wakefield, 2018).

Se han observado diversos casos en la diferenciación sexual: Persona con sexo asignado al nacer mujer XY, persona con el sexo asignado al nacer hombre XX, recién nacidos con genitales ambiguos, persona con genes XY con útero y trompas de Falopio, personas asignadas al nacer mujer sin estas estructuras, cromosomas X0, XXY, entre otros (Audí Parera, et al., 2011, Warne y Zajac, 1998).

Se estima que las personas intersex podrían ser 1/2000 de las recién nacidas, es importante tener conocimiento de estas y darle visibilización, pues todos los seres humanos son sexuados y la clave de la comprensión de las diversidades está en la comprensión de todas las sexualidades e identidades. Un amplio número de profesionales que trabajan con esta población discuten acerca del término “trastorno del desarrollo sexual” y apoyan su reemplazo por “diferencias en el desarrollo sexual”, pues este no viene acompañado con el estigma y la reducción de la identidad de las personas (Audí Parera, et al., 2011, De La Cruz M- Romo, 2002 y Diamond, 2009). Desde el activismo intersex se lucha por la despatologización de sus cuerpos e identidades, alejándose de la mirada médica que entiende la intersexualidad como un trastorno del desarrollo para asimilarla como una muestra más de la diversidad corporal e identitaria de las personas. En 2017, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa elaboró la Resolución 2191 “*Promoción de los derechos humanos de las personas intersexo y eliminación de la discriminación en su contra*” con conjunto de recomendaciones a los estados para asegurar la protección de la salud física y mental de las personas intersexuales. Haciendo hincapié en la defensa de la integridad física y a la autonomía corporal, recomendando prohibir las cirugías de normalización sexual médicamente innecesarias.

A diferencia de cualquier otro órgano que forme parte del cuerpo del ser humano, el cerebro se mantiene plástico durante toda la vida. Éste es estructurado y funciona a golpe de hormonas en las fases tempranas de la vida. La acción directa que tienen las hormonas sexuales sobre el cerebro es crucial para el desarrollo de la identidad género. Sin embargo, esto no es suficiente. Las vivencias, las experiencias y las decisiones también tienen un impacto importante en el desarrollo de la biografía sexual de la persona (López Moratalla, 2012 y Mejías Sánchez, Duany Machado y Taboada Lugo, 2007).

La identidad sexual y/o de género es la convicción individual de ser mujer, hombre u otro género no binario y esta no depende del sexo/género asignado. Cuando un feto se está formando en el vientre de la persona que lo está gestando, no sólo los procesos biológicos para su desarrollo se están llevando a cabo, paralelamente, se dan procesos psicosociales. Ante unos u otros genitales se asigna un género y se hace una diferenciación visible entre ambos debido al tipo de roles que la sociedad le ha otorgado a cada uno. Con el tiempo, la persona desarrollará mayor o menor afinidad con estos roles y, se darán casos en que la persona se sentirá más identificada con los roles y estereotipos que socialmente se asignan a las mujeres o a los hombres (De la Cruz M- Romo y Fernández Viñuales, 2010, Swaab, 2007, Landaarroi-tajauregui, 2000 y Shively y De Cecco, 1997).

La identidad sexual y/o de género se puede llegar a confundir con la expresión de género. Las Naciones Unidas describen la expresión de género como la forma en que cada persona manifiesta su género a través de sus comportamientos y de su apariencia. Esta expresión puede ser masculina, femenina, andrógina o cualquier combinación. Además de esto, es importante saber que la expresión de género no está vinculada con el sexo asignado al nacer, ni con la identidad de género o la orientación sexual. Por lo tanto, el hecho de que una persona tenga una expresión de género diferente a su sexo asignado e identidad sexual y/o de género percibida, no hace a una persona trans (una mujer que se exprese o qué vista de manera masculina, no significa que es un hombre trans). Aquellas personas cuya expresión de género no se ajusta a las ideas que la sociedad considera que son apropiadas para su género como, por ejemplo, un hombre “femenino” o una mujer “masculina”, también pueden vivir experiencias de acoso, agresiones físicas, sexuales, psicológicas y discriminación (Libres e Iguales, Naciones Unidas, s.f).

Es importante hacer una distinción de la identidad sexual y/o de género con la orientación del deseo u orientación sexual. Esta es una dimensión de la sexualidad humana que hace referencia al sexo hacia el cual una persona siente atracción sexual y, la cual está determinada por múltiples influencias incluyendo diversos factores socioculturales. Al igual que la identidad sexual y/o de género no está determinada por la genitalidad o el sexo de la persona, la orientación sexual no está determinada tampoco por la identidad de ésta. En otras palabras, los caracteres sexuales (cromosomas, genitales, etc.), la percepción subjetiva de identidad y la orientación sexual, son procesos independientes el uno del otro (De la Cruz M- Romo y Fernández Viñuales, 2010 y Garnets, 2002 y Lingel, 2009).

Por tanto, el término trans hace referencia a aquellas personas cuyo género no coincide con el que se les asigna al nacer. Y cis a aquellas personas cuyo género sí coincide con el que se les asigna al nacer.

Trans es un término paraguas que engloba todas las identidades independientemente de las vivencias individuales que tengan las personas. Además, sitúa la problemática en la asignación errónea e impuesta del género como mecanismo social, y no en las propias personas trans. De esta forma se deja de poner el foco en las identidades o corporalidades trans, que tradicionalmente y desde posturas médicas se han tratado como una patología mental.

Utilizamos la expresión identidades trans apropiándonos del término y definición utilizada por Lucas Platero en su libro *Transsexualidades* (2014):

[Las identidades trans señalan a aquellas personas que no se sienten a gusto en el sexo asignado en el nacimiento, ese ser mujer u hombre según se declara en su Documento Nacional de Identidad y su partida de nacimiento. Son personas cuya expresión o identidad de género difiere de las etiquetas sociales tal y como las hemos construido en nuestra sociedad actual, bajo los significantes de “mujer” y “hombre”.]*

Asumimos, además, la necesidad de hacer referencia en nuestros discursos como profesionales a una cosa que desde nuestro punto de vista es primordial. La diversidad que existe también en este colectivo:

[Puede incluir no sentirse dentro de ninguna de estas dos categorías (mujer/hombre) o sentir la identidad de género opuesta a la señalada. También puede implicar tener actitudes y roles sociales determinados, vestirse con prendas y presentarse socialmente

de forma ocasional o permanente de un género distinto al asignado, o vivir todo el tiempo en el género elegido. Puede incluir la modificación corporal o no, a través de hormonas, cirugías mayores o menores. Y puede que se haga a veces o puede que sea un viaje de transición que dura toda la vida. Una persona trans puede tener un aspecto masculino o femenino, puede ser una varón trans* (de mujer a hombre, MaH) o una mujer trans (de varón a mujer, HaM), o puede tener un aspecto ambiguo y rechazar incluso ser categorizado dentro de alguna de estas dos opciones. Puede autodenominarse de muchas maneras, ya que no todas las expresiones trans* son iguales.]*

2. Mitos y creencias sobre las personas trans

Hablamos de mitos o creencias para referirnos a aquellas ideas erróneas y estereotipos que manejamos sobre las personas trans. Estas concepciones están presentes en nuestro día a día y son el resultado del desconocimiento y la invisibilización histórica a la que han estado sujetas (Platero, 2014).

“Las personas trans están confundidas y no saben lo que son”.

Muchas personas trans pueden tener dudas y mostrar inseguridad en algún momento de su transición, especialmente cuando están descubriendo quiénes son. Sin embargo, estas dudas no son el resultado de ser trans ni de estar confundidas, sino de la falta de información sobre las realidades trans, de la presión por encajar en un molde estrictamente binario, y de la discriminación y la violencia específica que sufren: la transfobia.

“Las personas trans son en realidad chicos gais muy femeninos o chicas lesbianas muy masculinas”

Ser de un determinado género nada tiene que ver con la atracción que se siente (o no) por otras personas, ni siquiera con cómo nos gusta expresarnos a través de la ropa, el peinado, nuestros gustos o nuestros gestos, por ejemplo.

De hecho, las personas trans pueden sentir atracción por cualquier persona y ser heterosexuales, gais, lesbianas, bisexuales, asexuales, etc. Y tener una expresión de género normativa o no. Ninguna de estas cosas te hace ser más o menos trans.

“Las personas trans odian sus cuerpos, por eso se operan y se hormonan”.

Si bien es cierto que algunas personas trans necesitan y/o quieren hacer una transición médica, no todas realizan cambios físicos. En ocasiones, las personas trans viven con rechazo y dolor sus propios cuerpos y deciden modificarlos por su bienestar emocional, físico y psicológico. Este rechazo y malestar viene dado, sobre todo, por todas estas concepciones erróneas.

Otras personas trans no necesitan y/o no quieren realizar estas modificaciones corporales o realizar solo algunas y no otras. Cada vivencia del cuerpo es única y este no determina cuál es tu identidad.

“Las personas trans viven en cuerpos equivocados”.

La suma de todas las situaciones de rechazo y discriminación pueden llevar a muchas personas trans a percibir sus identidades de forma negativa o a sentir malestar con sus cuerpos. El problema no está en ellas sino en una sociedad que no reconoce determinados cuerpos e identidades y que, además, genera violencia contra ellas. Partiendo de esta idea podemos hablar de que ser trans tampoco es una enfermedad, puesto que no existe ningún problema o error que deba “solucionarse”. Simplemente es una muestra más de todas las corporalidades y posibilidades identitarias existentes.

“Les niñas¹ trans son demasiado pequeñas para saber quiénes son”.

Muchas niñas trans manifiestan desde edades tempranas que su género no coincide con el que les asignaron al nacer. No es nada extraño que a ciertas edades ya verbalicen su identidad y rechacen que otras personas les traten en el género asignado.

En muchos casos no se toma en serio su palabra y se le quita importancia, otras se toman como una fase o una etapa que dejará de estar presente cuando “maduren”. Por estos motivos, muchas personas trans no visibilizan su identidad hasta la adolescencia o la edad adulta.

¹ **Aclaración:** Durante la redacción se ha decidido utilizar el lenguaje inclusivo a lo largo de todo el documento utilizando el género neutro para referirse a personas trans no binarias.

Esta identificación temprana con un género no es algo exclusivo de las personas trans, sino que es algo que ocurre en todas las personas. La única diferencia es que las infancias trans rompen con unas expectativas y unas normas sociales muy rígidas.

“Existen causas concretas que hacen que una persona sea trans”.

No existe ninguna causa que explique por qué una persona es trans, igual que tampoco se puede explicar por qué una persona es cis (personas cuyo género coincide con el asignado en el nacimiento). Sin embargo, a menudo se piensa que las personas trans lo son por haber sufrido traumas infantiles o porque sus familias han sido demasiado permisivas, por ejemplo.

Ser trans no es algo malo ni negativo y, mucho menos una enfermedad. Por tanto, no es algo que se pueda “corregir”, “influenciar”, “curar” o “evitar”.

“Todas las personas trans, forman parte de un tercer sexo/género”.

Las mujeres y hombres trans son mujeres y hombres a todos los efectos.

Aunque en la comunidad trans también existan personas no binarias, cuya identidad no es ni hombre ni mujer, no podemos catalogarlas como “tercer género”. Este solo pertenece a algunas culturas no occidentales y es un concepto distinto a nuestras categorías de género occidentales.

“Solo existen dos géneros, hombre y mujer”.

El término “no binario” sería el concepto paraguas para referirse a todas esas identidades trans que se salen de la concepción binaria de hombre y mujer.

Por supuesto, ser una persona no binaria no tiene nada que ver con una moda o con una etapa pasajera.

Aunque en Occidente sólo se reconocen dos géneros de forma oficial, son muchas las organizaciones, activistas y personas que reconocen a nivel internacional la existencia de identidades no binarias, así como las necesidades y demandas propias del colectivo.

“Podemos asumir la identidad de género de una persona por su apariencia”.

No podemos saber la identidad de una persona por sus genitales, sus características sexuales, su cuerpo o la forma en que expresa su género, tampoco por la apariencia que el resto de las personas interpreta. La única forma de saber la identidad de alguien es que esa persona lo diga o manifieste.

3. Recomendaciones para un lenguaje trans-inclusivo

Cuando hablamos sobre las identidades trans siempre surgen dudas sobre cómo referirnos a ciertas cuestiones, por ello, es importante aclararlas y entender el gran impacto que tiene el lenguaje sobre la realidad social y, por tanto, también sobre las personas trans. Usar un lenguaje trans-inclusivo es fundamental para que todas las personas se sientan representadas, respetadas y seguras.

“Tiene cuerpo de hombre/cuerpo de mujer”.

El cuerpo de una mujer trans es un “cuerpo de mujer” porque es una mujer, independientemente de qué genitales o características sexuales tenga. El cuerpo de un hombre trans es un “cuerpo de hombre” porque es un hombre, independientemente de qué genitales o características tenga. Al igual que para las personas no binarias.

Los cuerpos no tienen género *per se*.

“Tiene genitales/hormonas de hombre/de mujer”.

Los genitales no pertenecen a un género determinado. Al igual que las hormonas no son de hombre o de mujer, ni masculinas ni femeninas, puesto que todas las personas tenemos los mismos tipos solo que en niveles diferentes. Lo correcto sería hablar de “pene”, “vagina”, “estrógenos”, “testosterona”, etc.

“Nació hombre/mujer”.

Ninguna persona nace con un género determinado, más bien este se nos asigna al nacer por la mera observación de nuestros genitales. Lo correcto sería decir “se le asignó mujer/hombre al nacer”.

“Se siente/se identifica...”.

Las personas trans no sé sienten o se identifican con un determinado género, lo son.

“De hombre a mujer/de mujer a hombre”.

La forma correcta es hablar de mujeres trans, hombres trans y personas no binarias.

Las personas trans no eran de un género y pasan a ser de otro, siempre han sido mujeres, hombres o personas no binarias, aunque no supieran identificarlo o ponerlo en palabras.

“Los transexuales...”.

La forma correcta de referirnos a las personas trans es, justamente, hablando de “personas trans”, no de “transexuales”. Además, esta palabra tiene connotaciones patologizantes y, aunque muchas personas la utilizan para sí mismas, no es correcto asignar esta etiqueta a toda una comunidad. El término “trans” es un concepto más inclusivo.

• Lenguaje inclusivo

El castellano reconoce el masculino como genérico para hablar de todas las personas, pero el lenguaje está en constante evolución y, prueba de ello, son todas las alternativas que hoy existen. El lenguaje crea realidad, por ello, es importante y necesario que todas las personas, sea cual sea su género, estén representadas.

– Femenino genérico, como forma de dar visibilidad a las mujeres en el lenguaje y, también, como forma de referirse a “todas las personas”.



- Desdoblamiento masculino-femenino, se suele usar haciendo referencia a “todos y todas”, “las madres y los padres”, “los chicos y las chicas”, por ejemplo. Sin embargo, puede generar cierta pesadez en el discurso, además de seguir marcando un lenguaje binario.
- Neutro genérico, que se utiliza para incluir a mujeres, hombres y personas no binarias. Se utiliza acabando las palabras con género en –e. Por ejemplo: “Les chiques son guapes”, en lugar de “las chicas y los chicos son guapos”. Así evitamos tener que desdoblar el lenguaje continuamente, además de incluir todas las identidades existentes.
- Desdoblamiento masculino-femenino-neutro, que se usa de la misma forma que cuando hacemos un desdoblamiento masculino-femenino, pero añadiendo el neutro. Se utiliza de esta forma: “los chicos, las chicas y les chiques”, “todos, todas y todes”. Como hemos apuntado anteriormente, utilizar las tres formas conlleva que sea costoso hablar o escribir de esta forma todo el tiempo, lo más habitual es que podamos combinar diferentes formas de lenguaje inclusivo.
- Uso de sustantivos genéricos que permiten no emplear un género determinado y que hacen referencia a un conjunto de personas. Algunos de ellos pueden ser “alumnado”, “profesorado”, “ciudadanía”, “juventud, infancia, adolescencia”, “equipo”, “personal”, etc.

4. Patologización

El término patologización hace referencia a la clasificación de la transexualidad o las identidades trans como un trastorno mental (Mas Grau, 2017).

Esta clasificación aparece en el año 1980 en la tercera edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA) como “transexualismo”.

Sin embargo, el origen de la patologización se sitúa mucho antes. Harry Benjamin introduce este término en 1954, al mismo tiempo que desarrolla una serie de criterios diagnósticos que después se utilizarán para el tratamiento médico de las personas trans. (Missé y Coll-Planas, 2010)

Aunque en el DSM-III se nombra como “transexualismo”, posteriormente pasa a ser llamado “trastorno de la identidad sexual/de género”, incluido en el apartado de “trastornos sexuales y de la identidad sexual” del DSM-IV, y, finalmente, “disforia de género” en el DSM-V. (Mas Grau, 2017)

Además de su tipificación en el DSM, también se recoge en la “Clasificación Internacional de Enfermedades” (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que hasta su décima revisión lo nombraba como “desórdenes de la identidad de género”. La CIE-11, en su última revisión, pasa a nombrarlo como “incongruencia de género en la adolescencia y adultez” e “incongruencia de género en la infancia”, eliminándolo del capítulo de “trastornos mentales y del comportamiento” y considerándolo parte del capítulo sobre “condiciones relacionadas con la salud sexual”. (De Celis Sierra, 2018)

Todos estos cambios en la forma de nombrar la transexualidad o las identidades trans han tenido que ver, en gran medida, con el trabajo por la despatologización que han hecho organizaciones internacionales, como la red internacional Stop Trans Pathologization (STP) que lleva funcionando desde 2009 y está integrada por activistas, e instituciones públicas y políticas. (Missé y Coll-Planas, 2010)

La lucha por la despatologización no se ha centrado únicamente en la retirada de los manuales diagnósticos, sino también en garantizar el acceso a una atención sanitaria digna y trans-específica (que se base en los principios de salud y no de enfermedad o trastorno) como derechos humanos básicos. (Missé y Coll-Planas, 2010)

Esto último incluye que se retiren criterios diagnósticos irrelevantes para la atención, que se reconozca la diversidad de experiencias vitales y se garantice una atención sanitaria pública para todas las personas.

En definitiva, un modelo por la despatologización incluye tomar a las personas trans como sujetos con capacidad para decidir por sí mismas, poniendo en el centro la autonomía y autodeterminación sobre sus propios cuerpos y vidas.

En el caso de España, catalogar las identidades trans como un trastorno mental implica que todavía muchas personas deban pasar por una evaluación psiquiátrica y/o psicológica para poder acceder a un tratamiento hormonal y/o quirúrgico.

5. Situación legal

El derecho a la identidad es un derecho humano básico que, sin embargo, se ve vulnerado en muchas ocasiones cuando hablamos de las personas trans, puesto que estos procesos médicos nombrados anteriormente aún son necesarios para poder modificar la mención del nombre y sexo en los documentos oficiales. Además, no contemplan la totalidad y diversidad de experiencias y situaciones vitales necesarias para que todas las personas puedan acceder a ello.

A **nivel estatal** existe la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.

Para poder realizar estas modificaciones se requiere:

- Diagnóstico de disforia de género.
- Informe de tratamiento médico como mínimo 2 años (salvo causas médicas que se lo impidan).
- Ser mayor de 18 años.
- Tener nacionalidad española.

De esta forma, en España, toda persona que no cumpla con algunas de estas condiciones no puede acceder a la rectificación del nombre y el sexo. Tampoco las personas no binarias, ya que solo se reconocen a nivel legal dos sexos: masculino y femenino.

En 2018 se publicó la Instrucción de 23 de octubre de 2018, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales; que permite solicitar el cambio de nombre a las personas menores de edad y que no hayan superado los 2 años de tratamiento médico, en vista de que cambien su sexo registral cuando cumplan los requisitos exigidos por la ley 3/2007.

A **nivel autonómico** existen diferentes leyes para dar respuesta a las necesidades de las personas trans. Algunas de ellas también apuestan por la despatologización.

Es el caso de la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. Que, además, pone atención sobre el tratamiento administrativo de las identidades trans y expone medidas concretas para la atención sanitaria, el ámbito educativo, laboral y empresarial o social y familiar, entre otros.

Por otro lado, la Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra LGTBIfobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid, expone medidas de actuación para la prevención de la LGTBIfobia en diversos ámbitos como los ya nombrados.

A pesar de que son diversas las leyes autonómicas que apuestan por la despatologización, la no discriminación y que tienen en cuenta las necesidades del colectivo, no todas las comunidades autónomas cuentan con leyes que protejan los derechos del colectivo trans o LGTBI en general. A nivel estatal tampoco existe una ley, pero en los últimos años muchas organizaciones han estado trabajando en su redacción e implicándose con las instituciones para que esta salga adelante. Fundamentalmente con el objetivo de garantizar los derechos de las personas LGTBI en todos los ámbitos y despatologizar, por fin, las identidades trans².

² Proposición de Ley contra la discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género y características sexuales, y de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales. (Año 2017).

Proposición de Ley sobre la protección jurídica de las personas trans y el derecho a la libre determinación de la identidad sexual y expresión de género. (Año 2018).

6. Intervención con personas trans

La perspectiva de género hace referencia a las relaciones de poder que se dan entre hombres y mujeres y reconoce el hecho de que generalmente estas han sido favorables a los hombres, así como la discriminación y el trato desigual que han sufrido las mujeres. Hace también referencia a orientaciones sexuales e identidades de género más minoritarias o que se “salen de la norma”. En la práctica, supone que como profesionales sepamos reconocer esa desigualdad de trato y oportunidades para tratar de ponerle remedio y acabar con ella. (Azqueta, 2015)

Esta perspectiva nos ayuda a entender la discriminación que han sufrido las mujeres (y los otros colectivos mencionados) a lo largo de la historia y que siguen sufriendo. A pesar de la infinidad de discursos, charlas y campañas de sensibilización lo cierto es que siguen existiendo diferencias de poder y de oportunidades entre hombres y mujeres.

Como decíamos, esta perspectiva nos ayuda a entender también la discriminación y violencia que sufren algunas personas por su orientación sexual e identidad de género. En otras palabras, la discriminación que han sufrido y sufren las mujeres, tiene mucho que ver la que viven gais, lesbianas y las personas trans.

Desde esta perspectiva, el sexo haría referencia a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, mientras que el género se referiría a las diferencias psicológicas y sociales que existen entre los dos sexos. El género habla de lo que en un momento concreto y en una determinada sociedad se considera ser hombre y ser mujer, o lo que es masculino o femenino. Algo que no es estático y que cambia en función del momento histórico y también de la sociedad concreta (lo que es considerado “femenino” en una sociedad y en un momento histórico, puede ser considerado “masculino” en otra sociedad u otra época). Como profesionales, y de cara a nuestras intervenciones, es conveniente conocer estos nuevos modelos que van surgiendo y que son los que las personas a las que atendemos viven en el día a día.

La sociedad no sólo da indicaciones acerca de cómo tienen que ser las mujeres y los hombres (lo que se espera de ellos y lo que se espera de ellas), sino que también tiende a marcar el tipo de relación que deben mantener entre sí. Es necesario tener siempre presente que estas relaciones han sido históricamente asimétricas, y que han asignado diferentes posiciones de poder, e incluso, de diferente valor. Simplificando mucho se puede decir que “lo femenino” ha sido considerado inferior o menos valioso que “lo masculino”. (Azqueta, 2015)

Las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas han sido víctimas también de este tipo de relaciones asimétricas.

En el caso de las mujeres trans, esto se manifiesta de forma aún más clara, ya que la violencia y la discriminación que sufren es mucho mayor. Por un lado, el odio a la mujer por el hecho de serlo (misoginia) y, por el otro, el de ser trans (transfobia), que daría como resultado la transmisoginia como forma específica de discriminación. Esto implica que se considere a las mujeres trans como una “versión de mujeres menos real o verdadera”, puesto que para serlo deben cumplir con ciertos cánones y características corporales, de expresión, de conducta, etc. que se adecuen a las consideradas normativas. Esta doble discriminación puede multiplicarse cuantas más variables les atraviesen, por ejemplo, la etnia (racismo).

En el caso de personas trans no binarias (aquellas cuya identidad no es ni hombre ni mujer total o parcialmente) ocurre lo mismo que en las mujeres y hombres trans, dado que sufren transfobia y discriminaciones muy similares. Con el matiz de tener unas identidades más invisibilizadas y con un menor reconocimiento social e incluso inexistente a nivel legal.

En este sentido, el mensaje que en multitud de ocasiones recibimos desde la infancia, es el de que “ser hombre o mujer” es “ser heterosexual” y que hay que encajar en unos determinados modelos de feminidad y masculinidad. Todo lo que esté fuera de esto, por tanto, no será “normal”, “apto” o “válido”. Estos modelos, lejos de representar la enorme diversidad de formas que existen para vivirse como hombre o como mujer (u otras opciones posibles como las anteriormente mencionadas) acaban siendo reduccionistas, rígidos e irreales. Además, acaban otorgando también un valor mayor o menor a las distintas personas en función del sexo, de la orientación sexual, o de la identidad de género.

Muchas veces, y tal vez sin darnos cuenta, podamos estar promoviendo en nuestras intervenciones profesionales unas expectativas respecto a lo que supone ser hombre y mujer, que encorsetan y no tienen en cuenta toda la diversidad

de formas de expresarse y sentirse. Es necesario que tomemos conciencia de esto para que seamos capaces de valorar qué tipo de mensajes estamos mandando.

No todo podía ser negativo...

A pesar de todo esto, pensamos que poco a poco sí que se están produciendo avances, y que se va dando una mayor diversidad y flexibilidad en la percepción de la masculinidad y feminidad. Es posible que esto, aunque solo sea en cierta medida, pueda explicar también la cada vez mayor visibilidad de las personas trans.

Como profesionales, hemos de ser capaces de poner en tela de juicio las expectativas que tenemos respecto a lo que supone ser hombre y mujer, asumiendo que existen tantas formas de serlo como personas, incluso de ser de otro género que no sean los normativos.

Cuestionar los ideales de masculinidad/feminidad para combatir la violencia contra las personas Trans

Cuestionar el ideal de masculinidad/feminidad tradicional, se convierte así en una de las mejores formas de prevenir la violencia de género (que recordemos, incluye siempre la violencia por orientación sexual e identidad de género). Desde las distintas instituciones, tenemos el deber de contribuir a esta mayor flexibilidad.

Si desde nuestra posición como profesionales asumimos este reto, y contribuimos así a que se empiecen a vislumbrar, valorar y reconocer nuevas formas de feminidad y masculinidad, estaremos legitimando y permitiendo que las personas a las que atendemos se comporten según la identidad de género sentida, y por ende estaremos trabajando también por la igualdad y la prevención de la violencia; en otras palabras, estaremos visibilizando la diversidad sexual y de género y contribuyendo a una mayor felicidad y bienestar de las personas.

Identidades de género y transexualidades: en el plural de las palabras

En relación con la identidad de género, es conveniente tener en cuenta siempre que nuestro deber como profesionales es procurar una atención adecuada a las personas con identidades de género más minoritarias. El hecho de “intentar pasar” en nuestro día a día por encima de “determinados temas”, como son las identidades trans, supone que, al no nombrarlos con naturalidad, los estamos tratando por omisión, y transmitiendo así la idea de que hay cuestiones de las que se puede hablar y otras de las que no.

Tengamos siempre presente también que más que hablar de identidad de género o de lo trans, es mejor que abordemos nuestras intervenciones profesionales desde una perspectiva que entienda que dentro del colectivo de personas trans existe también una enorme diversidad y diferentes formas de sentirse, vivirse y expresarse. Más que hablar de identidad de género o de los trans, tengamos siempre en cuenta el plural de las palabras y hablemos mejor de identidades de género y de transexualidades.

La presunción de la cissexualidad y la heterosexualidad.

La cisheteronormatividad/cisheterosexismo, o el hecho de que una determinada sociedad establezca las relaciones heterosexuales entre personas cissexuales (personas en las que el género con el que se sienten identificados coincide con el asignado en el nacimiento) como la norma a seguir, dejando de lado orientaciones e identidades no normativas, conlleva que se interioricen mensajes negativos acerca de estas orientaciones más minoritarias.

En torno a las identidades sexuales, existen también (como todo lo que pasa con la sexualidad) enormes diferencias en las personas, tanto en relación con lo que se entiende por identidad sexual o de género, como en la forma de vivir estas identidades.

Una dificultad de toda esta complejidad radica en cómo englobar en una sola expresión la enorme heterogeneidad de formas que existen de vivir identidades de género minoritarias. En nuestro caso, hemos optado por utilizar el término trans. De esta forma intentamos representar con una sola palabra la vivencia de la identidad de género de personas que no tienen por qué ser iguales entre sí, pero que tienen en común que la identidad de género que sienten, no se corresponde con la que el resto de la sociedad les adjudica.

Como profesionales, es necesario que tengamos una visión no patologizante de las personas trans, y que tengamos presente que lo primordial y más importante por nuestra parte es que respetemos siempre cómo estas personas se sienten.

Por poner un ejemplo muy representativo, si han decidido utilizar un nombre que se adecue mejor al de la identidad de género sentida, es conveniente tratarlos con este nombre a pesar de que en un primer momento nos pueda resultar extraño y parezca “que no nos acabemos de acostumbrar”.

Algunas recomendaciones prácticas para el trato con personas trans... (Platero, 2014)

- Es conveniente tener una visión no preconcebida sobre lo que supone ser trans, e intentar siempre ser flexibles y adaptarnos a las necesidades concretas de esa persona en concreto. No existe una sola manera de ser una persona trans.
- No dar por supuesto que todas las personas trans ha realizado un proceso de hormonación o cualquier tipo de cirugía. De hecho, hay algunas que no desean someterse a estos procesos. En este aspecto también, la diversidad de realidades es la norma.
- Partir siempre de una situación no patologizante. Ni lo trans es un capricho, ni las personas trans están enfermas.
- La relación de las personas trans con su cuerpo no es monolítica. Hay personas que manifiestan un claro malestar frente a otras que no.
- Orientación sexual e identidad de género son cuestiones diferentes. Las personas trans pueden sentir atracción (orientación sexual) hacia personas de su mismo género, del contrario o no hacer distinción en la atracción en función del género de la persona.
- El hecho de ser un hombre o mujer trans o una persona no binaria no implica necesariamente expresarse de manera más o menos masculina o femenina.
- No hay que dar por supuesto que las personas trans (especialmente las mujeres) tienen VIH y se dedican a la prostitución (o en el mejor de los casos a la peluquería y al mundo del espectáculo). Aunque históricamente se ha relacionado estos temas con las mujeres trans, el hecho de que se las haya relacionado con estas profesiones tiene que ver más con las limitadas opciones laborales a las que históricamente han tenido acceso, que al hecho de ser trans.

Recordemos en todo momento que...

- La **orientación sexual** y la **identidad de género son cosas diferentes** y que aparecen en momentos del desarrollo evolutivo diferentes. No mezclamos cuestiones, y entendamos que las personas trans, pueden sentir atracción hacia personas del mismo sexo con el que se identifican, sentir atracción hacia personas de otro sexo, varios, etc.
- En el caso de las personas LGTB (Lesbianas, gays, bisexuales y trans), se suelen establecer **estereotipos** como que los chicos gays “tienen pluma”, “son promiscuos” y las lesbianas son “brutas” etc. Es posible que algunas personas LGTB entren dentro de estos estereotipos, de la misma manera que lo hacen muchas personas con orientaciones sexuales e identidades de género normativas.
- Cuando hablamos de **visibilidad**, nos estamos refiriendo al hecho de que las personas con orientaciones sexuales e identidades de género normativas actúen en su día a día tal y como son, sin esconderlas. Pensamos que es enormemente positivo que las personas LGTB se manifiesten ante los demás sin esconder su orientación sexual e identidad de género.
- La **LGTBfobia** es el término que se utiliza para englobar el rechazo o miedo hacia personas con orientaciones sexuales e identidades de género más minoritarias. Estas fobias se producen por no encajar en determinados “cestos” en los que tendemos a encasillar a las personas. Nuestro papel como educadores debería contribuir a flexibilizar la idea de lo que es “ser una mujer” o “ser un hombre” o la posibilidad de no tener que encajar necesariamente en

esta concepción binaria del género. Y procurar que en esos “cestos” sean lo más inclusivos posible, para que quepa absolutamente todo el mundo.

- Debemos entender la LGTBIfobia como una forma de violencia en sí misma, independientemente de que derive o no en agresiones (verbales o físicas) concretas. Centremos nuestros esfuerzos en combatirla y crear así espacios educativos más seguros.

7. Salud sexual y prevención del VIH y otras ITS

7.1. Salud sexual

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual de la siguiente manera:

“La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales” (OMS, 2010)

Esto implica a la hora de atender a las personas con relación a su salud sexual que no sólo se deben tener en cuenta los condicionantes físicos de la salud sino también los emocionales, psicológicos y sociales. Por tanto, tener una perspectiva integral de la sexualidad y de la propia vivencia que tienen de ella las personas con las que trabajamos.

7.1.1. La salud sexual en la erótica

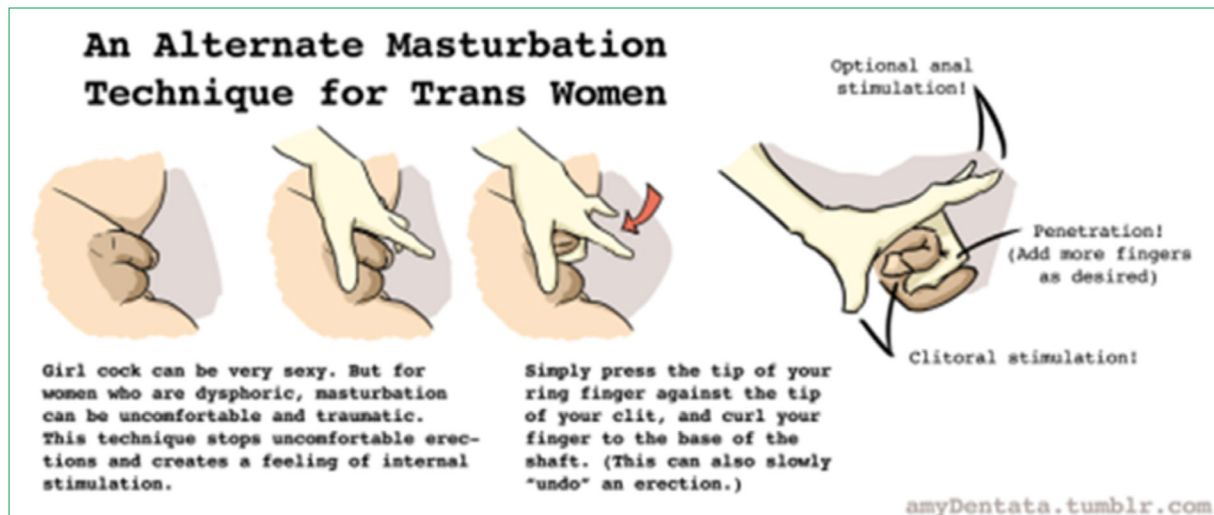
La cisheteronorma hace también que se dé por hecho que toda persona trans debe “pasar por cis” lo máximo posible (passing) por lo que no se incluye como “verdadera persona trans” a aquellas que no desean realizar tratamiento hormonal o una u otra cirugía. Dando por hecho, además, que todas las personas trans son heterosexuales, por lo que el posible asesoramiento a nivel sexual es pobre y a menudo errado en su finalidad. Además de dar por hecho la heterosexualidad, se dan por hecho las prácticas sexuales que se llevan a cabo. Lo más acertado sería preguntar si la persona ha realizado tratamientos hormonales, cirugías (o piensa realizarlos en un futuro) y qué prácticas realiza.

Como en cualquier persona, el crecimiento a nivel erótico es individual y fluye en el tiempo, por lo que lo que nos funciona hoy puede dejar de hacerlo mañana. Si, además, hablamos de que por nuestra transición y por posibles tratamientos hormonales o cirugías nuestro cuerpo y nuestra genitalidad cambia, es como empezar de cero. Muchas veces incluso las propias parejas de personas trans que las acompañan en su transición no saben cómo actuar en sus encuentros eróticos, lo que a su pareja antes le gustaba ahora le puede molestar, incluso doler. Causa mucha frustración hacer ese camino de autodescubrimiento en soledad cuando podría ser maravilloso y gratificante.

El hecho de realizar una transición social con apoyo familiar y de los diversos entornos donde la persona se desenvuelve, afecta positivamente a la autoestima y autoconcepto, mejorando sus relaciones personales y sociales y la visión que tienen de sí. Lo cual influye también en sus encuentros eróticos. Aun así, hay personas trans que pueden sentir más o menos comodidad con su corporalidad y el apoyo de su entorno y de las personas con las que mantienen relaciones sexoafectivas también juegan un papel importante en la vivencia de la propia sexualidad.

La realidad es que no existen referentes ni mucha información en lo que a educación sexual se refiere fuera del modelo cisheteronormativo. Los recursos con los que se pueden contar son de carácter más informal como pueden ser la información derivada de algunas personas trans o en la pornografía donde la mayor parte tiende a fetichizar y cosificar la imagen de las personas trans, adecuándose al deseo masculino.

Por ejemplo, explicarles técnicas de masturbación a mujeres trans que han perdido la erección:



Fuente: Transcending anatomy a place for trans* people and partners to discuss bodies and sexuality (2011).

O a chicos trans, que si su cuello del clitoris ha crecido mucho y le resulta molesto el roce directo o frotarlo puede probar a hacerlo con movimientos circulares alrededor del glande clitoriano.

Como decimos no todo vale para todo el mundo, pero al menos contemplar la erótica de estas personas como parte de su salud sexual, basándonos en placeres y deseo y no solo en aspectos medicalizados o sanitarios.

7.2 Situación epidemiológica del VIH y otras ITS

7.2.1. Situación de la infección por VIH en España

El Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS de 2013- 2016, y el cual fue prorrogado hasta el 2020 por un consenso realizado por todos aquellos agentes implicados, tiene como objetivos generales disminuir la incidencia de las infecciones por el VIH y otras ITS, fomentar el diagnóstico precoz del VIH y otras ITS, mejorar la calidad de vida de las personas con infección por el VIH y otras ITS y prevenir comorbilidades asociadas y, por último disminuir la discriminación hacia las personas con el VIH e ITS. Estos objetivos se dirigen a tres ejes de intervención: la población general, las personas sexualmente activas con mayor riesgo de exposición al VIH y/o ITS y las personas con VIH y/o ITS.

Según el Registro Nacional de casos de sida, en el año 2018 se realizaron 3.244 nuevos diagnósticos de VIH, de los cuales el 85,3% son hombres, con una edad media de 36 años. La transmisión del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres fue la forma de transmisión más frecuente con un 56,4%, seguido de la transmisión por realización de prácticas de riesgo con personas del sexo opuesto con un 26,7% y, por último, está la transmisión en personas que se inyectan drogas con un 3,2%.

Podemos decir que la tendencia de la infección por VIH (periodo 2009-2018) es descendente en el caso de personas heterosexuales y en PID, mientras que se mantiene estable en el caso de hombres que tienen sexo con otros hombres, aunque sí que se observa un descenso en HSH de origen español.

7.2.2. VIH y colectivo trans

Como se puede observar, en los informes presentados no hay información específica para la población trans. Esto es una problemática porque cada vez hay más evidencia que demuestra que el VIH afecta desproporcionadamente a las personas trans, no sólo en España, sino en todo el mundo. Sin embargo, esta población se sigue encontrando en la cola de las políticas para la prevención del VIH. Una de las razones por la que hay una falta de información con respecto a las personas trans, es que, con respecto a las mujeres trans, sus prácticas han sido incluidas en la categoría estadística de hombres que tienen sexo con hombres. Esto no solo no reconoce la identidad de las mujeres trans, sino que también invisibiliza la vulnerabilidad de la población.

Se han realizado metaanálisis de diferentes estudios en 15 países diferentes, los cuales muestran una prevalencia del VIH en mujeres trans de un 19% con 49 veces más probabilidad de infección por el VIH en comparación con la población adulta en general. De igual forma, hay mayor prevalencia (42%) en mujeres trans que ejercen el trabajo sexual en contraste una prevalencia del 2% en mujeres jóvenes trans que no lo ejercen (Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH, 2016)

En el caso de los hombres trans, la investigación es muy limitada y la prevalencia se estima entre un 0% a un 10%.

Con respecto a la hormonación, el hecho de tener infección por el VIH y recibir un tratamiento antirretroviral no está contraindicado con la administración de la terapia hormonal. Es más, integrar la terapia hormonal dentro del servicio que se presta en toda la esfera de VIH podría mejorar el cumplimiento del régimen antirretroviral, en otras palabras, mejorar la adherencia al tratamiento (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2016).

Al igual que en cualquier otra persona con VIH, se debe hacer un seguimiento de cerca de la carga viral principalmente cuando se administren, modifiquen o se interrumpan los medicamentos suministrados (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2016).

En el caso de personas no binarias, la realidad viene caracterizada también por una falta específica de datos.

En este sentido, vemos prioritario dar en primer lugar visibilidad al colectivo trans en los informes epidemiológicos, de forma que empecemos a nombrarlos de forma específica y no se pierdan en el maremágnum de datos al clasificarlos como se hace con las mujeres trans dentro del colectivo de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) (gTt-VIH, 2016).

7.2.3. Situación del resto de ITS en España

La expresión Infecciones de Transmisión Sexual o ITS, desde un punto de vista médico hace referencia a *“un conjunto de patologías de etiología infecciosa que dan lugar a diversos cuadros clínicos y donde la transmisión sexual reviste un especial interés epidemiológico, aunque puedan transmitirse a través de otros mecanismos”* (Guía de buena práctica clínica en Infecciones de transmisión sexual. Organización Médica Colegial de España. OMC. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).

La importancia de tratar las ITS no radica únicamente en la magnitud que han alcanzado en los últimos años algunas de ellas, sino en la interrelación que se da entre estas y el VIH; Sabemos desde hace mucho tiempo que, por una parte, las ITS pueden aumentar el riesgo de infección por VIH, al hacer más proclive a la persona infectada por alguna de ellas a adquirir el virus, y también por el hecho de compartir las mismas vías de transmisión.

Algunas de las mayores dificultades con las que nos encontramos a la hora de diagnosticar las ITS en España tiene que ver con el estigma social que siguen teniendo, así como por el hecho de que algunas veces no se manifiestan y son asintomáticas (no muestran ningún síntoma que nos haga pensar en hacernos pruebas). Estos dos factores, unidos a las dificultades que se encuentran las personas a la hora de hacerse pruebas (miedo al estigma y al resultado, poca accesibilidad a recursos, falta de información...) y a la dificultad para realizar los estudios de contactos, hace que muchas de las ITS pasen desapercibidas y no se detenga la cadena de infecciones.

En el caso de España, la situación en torno a las ITS viene caracterizada en los últimos años por un constante aumento de estas, muy especialmente, en determinados grupos poblacionales.

En este sentido, y según los datos epidemiológicos más actualizados (año 2017), se habría dado un enorme aumento en las *infecciones gonocócicas (gonorrea)* pasando de 4.599 casos en 1995 a 8.722 registrados en el 2017. El perfil de la persona infectada por gonorrea corresponde principalmente con hombres (un 84%) en una franja de edad media de 30 años.

En el caso de la *Sífilis*, se observa también, aunque con matices según el año en el que nos centremos, un claro ascenso en esta ITS; pasamos así de 1.010 casos detectados en 1995 a los 4.941 detectados en el 2017. En este caso vemos también un claro sesgo masculino en la tendencia (el 89% de las infecciones corresponden a hombres) en una franja de edad que va de los 20 a 24 años en la que se dieron la mayoría de las infecciones.

Por otro lado, y si nos centramos en valorar la tendencia de la *Chlamydia trachomatis*, observamos en este caso una realidad diferente ya que al contrario de lo que pasaba en las otras dos infecciones mencionadas, la clamidiasis es más frecuente en mujeres que en hombres (el 52% concretamente), aunque haya un mayor equilibrio de infecciones entre los dos sexos. Las tasas más altas se dan en las franjas que van de los 20 a 24 años y los 25 a 34. En la primera de las franjas, son las mujeres las más afectadas mientras que en la segunda sucede, al contrario.

Al analizar la incidencia del *Linfogranuloma venéreo (infección por Chlamydia trachomatis L1-L3)*, el sesgo vuelve a ser claramente masculino (el 97% de los casos se dan en hombres), en una franja de edad que va de los 35 a 4 años.

7.2.4. Otras ITS en el colectivo trans

El tratamiento de las ITS como del VIH debería ser una prioridad para las personas (tanto trans como cis) que presenten coinfecciones. En el caso de las hepatitis víricas en personas trans, es importante detectar si hay algún tipo de interacción entre la terapia hormonal y la medicación administrada para la hepatitis (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2016).

7.3. Prevención del VIH

7.3.1. ¿Qué es el VIH? ¿cómo funciona?

El VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana, se transmite de persona a persona y provoca un cuadro de inmunodeficiencia.

Existen dos tipos: el VIH-1 y el VIH-2. El que predomina en Europa es el tipo 1, que es el más agresivo de los dos. El tipo 2 predomina en algunas regiones de África. Este virus es capaz de penetrar en los linfocitos CD4 y cumplir su ciclo vital dentro de ellos. Los linfocitos CD4 son parte de nuestros glóbulos blancos que se encargan de proteger a nuestro cuerpo de cualquier patógeno u organismo externo que pueda dañarnos. El VIH utiliza a los CD4 para reproducirse a la vez que los destruye, mermando nuestro sistema inmunológico. De esta forma, el organismo es más vulnerable ante enfermedades e infecciones denominadas oportunistas.

El VIH no es el sida. El sida es el síndrome de Inmunodeficiencia adquirido; es una fase de la infección provocada por el VIH. Una persona está en fase sida cuando sus CD4 están por debajo de 200 cel/mm³ y al menos presenta síntomas de dos o más enfermedades oportunistas (como puede ser una neumonía o tuberculosis) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

7.3.2. ¿Cómo se transmite?

El VIH tiene un mecanismo de transmisión muy claro y, por tanto, relativamente fácil de controlar. Es importante destacar que el virus del VIH resiste muy poco fuera del cuerpo humano.

Para que se transmita el VIH tienen que darse 3 factores:

1. Que alguna de las personas que participan en una relación tenga la infección y su carga viral no sea indetectable.
2. Presencia de un fluido con capacidad de infectar. Es decir, que tenga elevada carga viral. Los fluidos que a través de los cuales se transmite el VIH son: la sangre, las secreciones vaginales y el semen.
3. Estos fluidos deben estar en contacto con las mucosas, que son más permeables y permiten la entrada del patógeno al organismo. En las relaciones sexuales suelen estar implicadas mucosas como la de la vagina o el recto, entre otras.

La mayoría de las nuevas transmisiones, como hemos visto en los datos proporcionados anteriormente, se deben a prácticas sexuales desprotegidas. Si pensamos en la transmisión parenteral (contacto directo con sangre infectada) se cumplen también los tres factores necesarios para que se dé la transmisión. Otra forma de transmisión es a través del uso compartido de jeringas o material de inyección de drogas intravenosas, si se comparten con una persona que tiene infección por el VIH y carga viral detectable. Aunque en otros países puede suponer un riesgo la transmisión parenteral a través de las transfusiones, en España la donación de sangre no comporta riesgo alguno debido a las técnicas de extracción utilizadas y los estrictos controles a los que son sometidos los donantes y la sangre.

A la hora de hacer prevención, cuando hablemos con personas trans es muy importante saber cómo es su genitalidad y qué tipo de prácticas eróticas y sexuales tienen para conocer los riesgos reales. Como comentábamos anteriormente, la identidad es independiente de la orientación del deseo y de la erótica que tienen cada persona. Una buena estrategia tal vez sea hablar de las posibles prácticas de riesgo desde la genitalidad de las personas

El VIH puede transmitirse durante las siguientes actividades:	Sexo vaginal sin preservativo. 	Sexo anal sin preservativo. 	Sexo oral, a un hombre, sin preservativo. (Aunque el riesgo es menor que no usar protección en el sexo vaginal o anal). 	
	Compartir material de inyección de drogas. 	Durante el embarazo o el nacimiento, si no se toman precauciones. 	Lactancia con leche materna. 	
No existe riesgo de transmisión del VIH durante las siguientes actividades:	Estrechar las manos 	Besar o abrazar 	Compartir platos o vasos 	Compartir el baño 
	Respirar el mismo aire 	Escupir, estornudar o toser 	Picaduras de mosquito 	
A destacar: ● El VIH solo puede transmitirse cuando los fluidos corporales de una persona con el virus entran en el cuerpo de otra. ● Los únicos fluidos corporales que contienen suficiente cantidad de VIH como para transmitir la infección son el semen, el líquido de la vagina, el líquido que humedece la mucosa del recto, la sangre y la leche materna. ● Puedes evitar la transmisión del VIH durante las relaciones mediante el uso adecuado de preservativos.				

Fuente: NAM. (2019) Aidsmap Transmission Facts.

http://www.aidsmap.com/v634945470710000000/file/1185611/Transmission_facts_Spanish.pdf

7.3.3. ¿Cómo se previene la transmisión de VIH?: El pack preventivo

En la actualidad, existen más herramientas que nunca con gran capacidad para prevenir el VIH y otras ITS si se utilizan bien. Encontramos estrategias clásicas de prevención a las que se añaden otras estrategias que hacen uso de los fármacos antirretrovirales como la profilaxis post-exposición, y la profilaxis pre-exposición (PrEP).

• Circuncisión

Muchos estudios aseguran que la circuncisión del prepucio reduce el riesgo de contraer el VIH para las personas con pene hasta en un 60% siempre que se respete el periodo de abstinencia en el postoperatorio inmediato. Es posible que durante las relaciones sexuales el prepucio sufra heridas que provocan inflamación siendo una vía de entrada del VIH, además, los fluidos con capacidad infectiva (sangre, secreciones vaginales y anales) se pueden quedar atrapados bajo éste y permanecer allí finalizadas las relaciones sexuales.

• Preservativos

El preservativo, también conocido como profiláctico o condón es un dispositivo de barrera que se utiliza durante las relaciones con penetración (bucal, anal o vaginal) para reducir la probabilidad de transmisión del VIH y algunas ITS. Existen dos tipos de preservativos:

Preservativos insertivos

Consiste en una funda de látex o poliuretano que se coloca en el pene erecto o dildo antes de la penetración y que lo cubre por completo. Si se usa el preservativo de manera perfecta y atendiendo sólo al posible fallo mecánico que este pueda tener (rotura o retención), se considera que su eficacia es del 99,5%

Las personas con alergia al látex podrán utilizar preservativos hipoalergénicos.

Ventajas:

- Es un método seguro, avalado por estudios de eficacia.
- Es muy económico y fácil de conseguir.

Inconvenientes:

- Existe posibilidad de rotura, por lo que hay que tener cuidado con su uso. Se recomienda ponerlo con calma y utilizar lubricante hidrosoluble.
- Algunas personas pueden sentir presión en el pene y sentirse molestas en sus relaciones. Por ello hay tallas que se adaptan bien a los grosores de los penes.

Preservativos receptivos

Consiste en una delgada funda transparente con dos anillos en sus extremos, cerrada en uno de sus anillos, que se ajusta a las paredes de la vagina o del ano y se puede llevar puesto hasta 8 horas.

Ventajas:

- Está hecho de poliuretano o nitrilo, por lo que es una alternativa para quienes tienen alergia al látex.
- Protege mejor contra las ITS al cubrir más superficie de los genitales.
- Puede permitir juegos eróticos previos y posteriores a la penetración sin necesidad de interrumpir la relación ya que se puede insertar desde el principio del encuentro puesto que no necesita que el pene esté en erección para colocarlo.

- No es necesario retirarlo inmediatamente después de la eyaculación.
- Viene muy lubricado, por lo que puede ser una solución en los casos de falta de lubricación.

Inconvenientes:

- Es más caro que el condón insertivo.
- Si no se coloca bien su efectividad desciende.
- Puede causar irritaciones en el pene y/o en la vulva.
- No suele resultar estéticamente atractivo.

Lubricantes

El uso de lubricantes reduce las posibilidades de que el preservativo se rompa y también ayuda a que la penetración sea más fácil y placentera, pero hay que tener en cuenta el tipo de lubricante. Si el preservativo es de látex (como lo son la mayoría de los preservativos insertivos), sólo deben utilizarse lubricantes de base acuosa o solubles en agua o de silicona. Nunca hay que usar lubricantes de base aceitosa (vaselina, aceite, helado, crema de manos...) puesto que pueden dañar el látex.

Si se utilizan juguetes sexuales u objetos de silicona para la penetración, no está recomendado el lubricante de silicona, pues puede dañar el juguete.

Profilaxis post-exposición (PPE)

La profilaxis post-exposición (PPE) está indicada para personas que han tenido una exposición de riesgo para el VIH ocasional.

El tratamiento consiste en el suministro de fármacos antirretrovirales a la persona expuesta. Es necesario actuar preferentemente en las primeras 6 horas tras la exposición y nunca de las 72 horas, cuando los fármacos disminuyen su eficacia para prevenir la infección. El tratamiento debe mantenerse durante un periodo de cuatro semanas.

Para acceder al tratamiento, se debe acudir lo antes posible a un servicio de urgencias hospitalario.

Es recomendable considerar las interacciones entre el tratamiento hormonal y los antirretrovirales utilizados como PPE. Hoy en día, en nuestro entorno disponemos de fármacos con mínimo riesgo de interacciones, pero en otros contextos pueden usarse otros fármacos debiéndose evaluar individualmente las interacciones posibles. Para ello, se deberá poner en conocimiento del médico el tratamiento hormonal que la persona afectada este realizando para evaluar las posibles interacciones medicamentosas.

Profilaxis pre-exposición (PrEP)

La profilaxis pre-exposición o PrEP es un tratamiento antirretroviral (Emtricitabina y Tenofovir) que previene la infección por el VIH. Tomada correctamente se ha demostrado que alcanza una eficacia del 95% (Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH, 2016)

La PrEP ha sido aprobada como estrategia de prevención recientemente en España y se está implementando su dispensación en farmacias hospitalarias o centros sanitarios. Se tendrán en cuenta los perfiles aprobados por el ministerio para la dispensación pública:

“Hombres gays, bisexuales y/u otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas transexuales VIH-negativas mayores de 18 años con al menos dos de los siguientes criterios en el último año: más de 10 parejas sexuales diferentes; práctica de sexo anal sin protección; uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones se-

xuales sin protección; administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones; haber tenido al menos una ITS bacteriana”.

Y, por otra parte, también se permitirá a trabajadoras del sexo VIH negativas que refieran un uso no habitual de preservativo. (Plan Nacional del Sida, 2020)

Sin embargo, este mismo documento de consenso menciona otras poblaciones clave a considerar en un futuro. Como personas que se inyectan drogas o personas con múltiples parejas con uso inconsistente del preservativo. (Plan Nacional del Sida, 2020)

Está indicada para cualquier persona que pueda tener múltiples parejas, o un uso inconsistente del preservativo.

Antes de comenzar a usar la PrEP es necesario descartar la infección por el VIH y durante su uso, es necesario un seguimiento médico periódico para controlar los posibles efectos secundarios y la presencia de otras infecciones de transmisión sexual. Es importante tener en cuenta que la PrEP no evita la transmisión de otras infecciones.

Los tratamientos indicados como PrEP hasta la fecha (tenofovir/emtricitabina o tenofovir-alafenamida/emtricitabina) no tienen interacciones con los tratamientos hormonales habitualmente utilizados por las personas trans, y su combinación parece segura en los estudios desarrollados hasta la fecha (Hiransuthikul, A. et al., 2018). Sin embargo, parece que los niveles de los medicamentos en los tejidos rectales son inferiores que en el caso de hombres cis. Según los investigadores, las mujeres trans deberían tomar PrEP diariamente para mantener su eficacia, pero no estarían tan seguros de recomendar un régimen de PrEP a demanda siendo necesarios estudios más amplios para poder establecer recomendaciones más claras sobre dosificación y adherencia. (Shieh E et al, 2019)

Los ensayos clínicos recogen información principalmente de mujeres trans, y la efectividad en hombres trans no está clara del todo. Para ellos, se extrapolan los datos de los otros grupos estudiados.

Diagnóstico de VIH

La prueba de VIH es un método preventivo más ya que, conocer el estado serológico permite que la persona pueda seguir un tratamiento y seguimiento médico adecuado y un diagnóstico precoz que posibilita un mejor control de la epidemia. No sólo es importante, realizarse un diagnóstico de VIH, sino también un mejor control de la infección para el /la paciente para otras ITS; ya que una ITS puede, a su vez, facilitar la infección por el VIH.

No sólo hay que ofrecer test sensibles y rápidos a aquellas personas que se hayan expuesto a prácticas de riesgo sino intentar que cambie la percepción que tenemos del VIH y de las consecuencias beneficiosas que tiene realizarse el test con cierta frecuencia, especialmente si se han tenido prácticas de riesgo.

Tratamiento antirretroviral

Proporcionar tratamiento a las personas con infección por el VIH para reducir su carga viral puede ser un elemento esencial para disminuir drásticamente la transmisión del VIH reduciendo la carga viral a niveles de indetectabilidad.

El inicio del TAR está recomendado tan pronto como sea posible después del diagnóstico de VIH independientemente del número de CD4.

El tratamiento antirretroviral y el tratamiento hormonal utilizado frecuentemente por las personas trans pueden tener interacciones. Dicha interacción puede producirse de modo que alguno de los fármacos se acumule (exponiendo a efectos secundarios o toxicidad) o se elimine más rápido de lo debido (con el riesgo de ineficacia implícito que conlleva esto). Existen familias de antirretrovirales con un bajo potencial de interacciones, que podrían considerarse de utilidad preferente en este grupo de personas. Para predecir dichas interacciones existen herramientas disponibles online, tanto en forma de guías (guía EACS 10.0) como calculadoras online (hiv-druginteraction.org) para profesionales y personas usuarias. A pesar de toda la información, siempre es aconsejable que los fármacos utilizados y las dosis sean supervisadas por clínicos expertos en el manejo de dichas interacciones.

8. Adicciones en población trans

Es difícil encontrar estudios o investigaciones específicos del consumo de drogas y adicciones en población trans pese a que, la lógica, nos hace pensar que pueden ser dos factores estrechamente relacionados.

Como venimos comentando, las identidades “no normativas” no constituyen per se un problema de salud mental o una patología. Son las situaciones de violencia, discriminación y transfobia las que pueden tener un impacto negativo sobre la salud mental y la salud emocional de las personas trans: falta de sensación de pertenencia al grupo, aislamiento social y problemas en la adaptación (dificultades en la escolarización, ámbito laboral, acceso a sanidad, etc.) con la consecuente disminución en la autoestima y autopercepción. (Platero, 2014)

Un estudio realizado entre personas transexuales, atendidas en la Unidad de Identidad de Género de Cataluña, refleja que la única diferencia estadísticamente significativa fue en el consumo de cocaína que era considerablemente mayor en el subgrupo mujeres trans. La conclusión que se obtiene en esta investigación es que las razones plausibles de esta diferencia en el consumo de cocaína pueden ser, más que el sexo asignado al nacer o la identificación con el otro género, la frecuente participación en trabajos sexuales de las mujeres transexuales en España (Gómez Gil et al. 2019)

Por otra parte, una encuesta realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. [CDC, en sus siglas en inglés] nos aporta algunos datos reveladores como que las personas adolescentes trans se encuentran en un mayor riesgo de sufrir violencia, consumir alcohol y drogas, intentar quitarse la vida y realizar conductas sexuales de riesgo que sus iguales cis (Johns et al. 2019)

Aunque existen pocos datos concretos sobre adicciones sí podemos hablar de qué factores pueden proteger a las personas trans. Cuando hablamos de “factores de protección” hacemos referencia a aquellas circunstancias sociales e individuales que favorecen que una persona pueda desarrollarse plenamente.

En este caso cobran mucha importancia los factores de protección frente a la transfobia, dado el gran impacto que puede tener sobre la vida de las personas trans y el consumo de drogas y/o adicciones. También hay que tener en cuenta las vulnerabilidades y privilegios de cada persona ante la exclusión y la discriminación, y cómo se relaciona con el género, la clase socioeconómica, la etnia, la salud mental, etc. (Platero, 2014)

Algunos de estos factores de protección serían:

- Espacios seguros y libres de transfobia.
- Contacto con otras personas trans. Sentido de pertenencia y de comunidad.
- Apoyo familiar y del entorno cercano.
- Acompañamiento responsable en los centros educativos y entornos de trabajo. Acceso a un empleo digno y a recursos educativos sin discriminación.
- Acceso a recursos sanitarios y sociales de calidad, también de salud mental y de atención a adicciones. Profesionales con formación.
- Variables individuales: tener razones para vivir, hábitos físicos y mentales saludables, capacidad de resiliencia (enfrentarse y sobreponerse a situaciones estresantes), optimismo, capacidad de resolución de problemas o tener un proyecto de vida o de futuro.

Referencias Bibliográficas

- Archer, J. y Lloyd, B. B. (2002). *Sex and Gender*. 2nd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (12 de octubre de 2017). Resolución 2191. Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people. Estrasburgo, Francia.
- Audí Parera, L., Gracia Bouthelier, R., Castaño González, L., Carrascosa Lezcano, A., Barreiro Conde, J., Bermúdez de la Vega, JA. Y Gutiérrez Macías, A. (2011). Anomalías de la diferenciación sexual. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría, 1*, 1-12. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_anomalias_de_la_diferenciacion_sexual.pdf
- Azqueta, I. (2015). "Educar en la diversidad afectivo-sexual desde la familia. Como educar a favor de la igualdad de valor y contra la violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género". Escuela de formación. Curso nº 63. Manual del monitor o monitora. CEAPA.
- Davis, G. y Wakefield, C. (2018). The intersex kids are all right? Diagnosis disclosure and the experiences of intersex youth. En Neff Claster, P., Lee Blair, S. y Bass, L. E. (Eds.), *Gender, sex, and sexuality among contemporary youth* (pp. 43-65). Bingley, UK: Emerald Publishing Limited.
- De Celis Sierra, M. (2018). ¿Intervención Psicológica en Identidad de Género?: A Propósito de la Presentación del CIE-11. *Revista Clínica Contemporánea*, 9, e18, 1-7. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/326664498_Intervencion_psicologica_en_identidad_de_genero_A_proposito_de_la_presentacion_del_CIE-11
- De La Cruz M- Romo, C y Fernández Viñuales, V. (2010). Educación sexual para niños: Una tarea sencilla. Madrid-España: Grupo Gesfomedia S.L.
- De La Cruz M- Romo, C. (2002). *Educación de las sexualidades. Los puntos de partida de la educación sexual*. Madrid, España: Editorial Cruz Roja Juventud.
- Diamond, M. (2009). Human Intersexuality: Difference or Disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172- 172. doi: 10.1007/s10508-008-9438-6
- Fernández, J. (2010). El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que debieran ser clarificados. *Psicothema*, 22(2), 256-262. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712496013>
- Frago, S. y Sáez, S. (2004). Sexo y sexualidad: la identidad sexual. En Asesorías para jóvenes del CIJAP, Universidad de Zaragoza (Eds.), *Sal de dudas* (117- 128). Zaragoza, España: Ayuntamiento de Zaragoza, Servicio de Juventud Universidad de Zaragoza, Vicerrectorado de Estudiantes y Prensa Universitarias de Zaragoza. Recuperado de http://www.zaragoza.es/cont/paginas/sectores/jovenes/cipaj/publicaciones/Sal_Dudas/sal_dudas_2.pdf
- Garnets, L. D. (2002). Sexual Orientation in Perspective. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(2), 115- 129. doi: 10.1037/1099-9809.8.2.11
- Guía de buena práctica clínica en Infecciones de transmisión sexual. Organización Médica Colegial de España. OMC. Gobierno de España. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.
- Gómez Zapiain, J. (2000). Educación afectivo sexual. *Anuario de Sexología*, (6), 41- 56. Recuperado de <https://sexologiaenredessociales.files.wordpress.com/2013/08/a6-3-gomez.pdf>
- Gómez-Gil, E., Simulionyte, E., Balcells-Oliveró, M., Valdés, M., Salamero, M. Guillamón, A., Esteva, I. (2019). Patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en personas transexuales. *Adicciones*, 31 (3) 189-195. doi: 10.20882 / adicciones.945

- Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH (gTt- VIH). CROI 2016: VIH y transexualidad, una prioridad a la cola de las políticas de prevención y atención.
- Hiransuthikul A et al. (2018). Drug-drug interactions between the use of feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study. 22nd International AIDS Conference, Amsterdam, abstract TUPDX0107LB, 2018
- Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J, et al. (2019). Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students -19 States and Large Urban School Districts, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68 (3):67-71
- Landaarroitajauregui, J. R. (2000). Términos, conceptos y reflexiones para una comprensión sexológica de la transexualidad. *Anuario de Sexología*, 6, 79- 126. Recuperado de <http://chrysalliseh.eus/Material/terminos-conceptos-reflexiones.pdf>
- Lingel, J. (2009). Adjusting the Borders: Bisexual Passing and Queer Theory. *Journal of Bisexuality*, 9(3-4), 381- 405. doi: 10.1080/15299710903316646
- López Moratalla, N. (2012). La identidad sexual: personas transexuales y con trastornos del desarrollo gonadal. “no existen sexos, sólo roles”: un experimento antropológico necesitado de la biotecnología. *Cuadernos de Bioética*, XXIII (2), 341- 371. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/875/87524464006.pdf>
- Martínez, C. Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J. Rosebaum, C., Aguayo, F. (2018). Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes LGTB+. Una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CESS-UDP). Santiago, Chile.
- Mas Grau, J. 2017. “Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante”. *Revista Internacional de Sociología* 75(2): e059. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Resolución acordada en la Reunión nº29 de la Unidad Técnica de Codificación para CIE 9 MC el día 25 de febrero de 2010. https://www.mscbs.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Nota_Informativa_codificacion_HIV.pdf
- Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. Norte de salud mental, vol. VIII, nº 38: 44-55. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830142>
- Mejías Sánchez, Y., Duany Machado, O. J., y Taboada Lugo, N. (2007). Trastornos de la diferenciación sexual: presentación de un caso de genitales ambiguos y revisión del tema. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(3), 1-9. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v79n3/ped13307.pdf>
- Money, J. y Ehrhardt, A. A. (1982). Desarrollo de la sexualidad humana. Madrid, España: Editorial Morata.
- Mulio, L. (2019). Guidelines to Human Rights-based Trans-specific Healthcare. Recuperado de: <https://tgeu.org/wp-content/uploads/2019/12/TGEU-Guidelines-to-Human-Rights-Based-Trans-specific-Healthcare-EN.pdf>
- Naciones Unidas. Glosario. Libres&Iguales. <https://www.unfe.org/es/definitions/>
- Plan Nacional del Sida (2020). Manual para la implementación del programa de Profilaxis Pre-exposición al VIH en España. Documento de consenso. Ministerio de Sanidad.
- Platero, R. (2014). “Trans*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos”. Edicions Bellaterra.
- Post “Una mirada rápida al estado de las ITS en España”. Blog de la asociación Apoyo Positivo.
- Sáez Sesma, S. (2017). *Sexo básico. De los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez*. Madrid, España: Editorial Fundamentos.

- Shieh E et al. Transgender women on oral HIV pre-exposure prophylaxis have significantly lower tenofovir and emtricitabine concentrations when also taking oestrogen when compared to cisgender men. *Journal of the International AIDS Society* 22: e25405, 2019 (open access). doi: 10.1002/jia2.25405.
- Shively, M. G. y De Cecco, J. P. (2010). Components of Sexual Identity. *Journal of Homosexuality*, 3(1), 41- 48. doi: 10.1300/J082v03n01_04
- Transmisión sexual del VIH. Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales (2016). Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH (gTt-VIH).



C/Cardenal Solís, 5 local, 2 • 28012 Madrid

Tel.: 902 313 314 • 914 478 895

unad@unad.org • www.unad.org



Subvencionado por:



SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD
E INNOVACIÓN
SECRETARÍA DEL PLAN
NACIONAL SOBRE EL SIDA

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida