

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SERVICIOS INTEGRALES DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**



INFORME FINAL

**PRACTICAS DE FEMINIZACION Y SUS MANIFESTACIONES EN LA SALUD
EN TRANSGENEROS DE LA ZONA METROPOLITANA
DE SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 2008 - FEBRERO 2009**

PARA OPTAR AL GRADO DE:

Maestro/a en Servicios Integrales en Salud Sexual y Reproductiva

ASESORA:

Licda. Ms. Sofía Cristina Alvarado de Cabrera

RESPONSABLES:

Juan José Cabrera Quezada

Luz de María Parada Barraza

Ciudad Universitaria; Noviembre de 2009

AUTORIDADES VIGENTES EN LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector: Ing. Rufino Antonio Quezada Sánchez

Vicerrector Académico: Arq. Miguel Ángel Pérez

Vicerrector Administrativo: MAE. Oscar Noé Navarrete Romero

AUTORIDADES VIGENTES EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Decana: Dra. Fátima Trinidad Valle de Zuniga

Vicedecano: Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Presidenta: Licda. MSP. Isabel Cristina Reyes Regalado

Secretario: Lic. Ms. Carlos Roberto Pérez Chávez

Vocal: Licda. Ms. Sofía Cristina Alvarado de Cabrera

DEDICADO

A Dios y a nuestras familias.

A las líderes de la población transexual, transgénero y travesti Mónica Amaranta, Fransheska y Yelena, que sin su valiosa colaboración, no hubiera sido posible realizar esta investigación.

Finalmente, a nuestra asesora, jurado y docentes que participaron en nuestro trabajo, gracias a ellos/as logramos la calidad deseada en el estudio realizado.

RESUMEN

Contexto: El transgénero es la persona que vive bajo otro género, pero que no buscan una cirugía de reasignación de sexo como el transexual o no tiene acceso a ella; y prefieren solo algunos tratamientos como la hormonización. En el país la población transgénero recurre a prácticas que ponen en riesgo su salud, con el fin de satisfacer su necesidad de identidad.

Metodología: Se entrevistaron a 81 transgéneros o transgéneros transvesti, en la zona Metropolitana San Salvador, durante noviembre 2008 a febrero 2009. La entrevista fue estructurada y se utilizó la estadística descriptiva para la presentación y análisis de los resultados.

Resultados: La población se caracterizó por su bajo nivel educativo y su trabajo sexual. Al referirse a sus antecedentes de salud se encontró que un 10% tiene VIH, 1% sífilis, 1% tuberculosis, entre otros.

De la población participante el 99% se ha hormonizado, pero solo el 75% las ha utilizado en el último año; los anticonceptivos mensuales inyectado (51%) y los orales combinados (28%) son los más usados, los cuales feminizaron mejor; reportándose crecimiento de mamas y distribución de grasa. La población transgénero se intoxica con los anticonceptivos hormonales porque ingieren grandes concentraciones para tener efecto feminizantes en corto tiempo; por ello presentaron las siguientes manifestaciones en la salud: palpitations, precordialgia, cefalea intensa, depresión, entre otros. Los cuales se relacionan con los síntomas de alarma por el uso de anticonceptivos hormonales.

Como otra forma de feminización el 33% se infiltró aceite mineral en mamas y/o también en caderas, de estas el 60% presentó las siguientes manifestaciones en la salud: edema, inflamación, dolor y ulceración. Finalmente en forma general la población que solicitó asistencia médica sea en el sistema público o privado, para su proceso de feminización, no lo recibió.

Conclusiones: la hormonización fue el principal método de feminización y que su dosificación las expone a un riesgo de salud; además que la infiltración de aceite es una práctica artesanal de feminización; y los hallazgos encontrados permiten inferir que no existe asistencia médica hacia la población transgénero para sus procesos de feminización.

INDICE

Resumen	iii
Introducción	vi
1. CAPITULO	
1.1 Objetivos	10
1.1.1. Objetivo General	10
1.1.2. Objetivos Específicos	10
1.2 Antecedentes	11
1.2.1. Enunciado del Problema	14
2. CAPITULO	
2.1 Marco Teórico	15
2.1.1. Conceptualización	15
2.1.2. Historia del Transexualismo	19
2.1.3. Causas del Transexualismo	23
2.1.4. Cuadro Clínico	25
2.1.4.1. Transexualismo	25
2.1.4.2. Travestismo no Fetichista	26
2.1.4.3. Trastorno de la identidad sexual en la Infancia	26
2.1.4.4. Transgénero	27
2.1.5. Proceso de Reasignación de Género	28
2.1.5.1 Hormonización	29
2.1.5.2 Procedimientos Medico-Quirúrgicos	34
2.1.6. Caracterización de la Población Trans	35
3. CAPITULO	
3.1. Diseño Metodológico	37
3.1.1 Tipo de Estudio	37
3.1.2. Población	37

3.1.3. Diseño Muestral	37
3.1.4. Criterios de Selección	38
3.1.5. Fuentes de Información	38
3.1.6. Técnica e instrumento	38
3.1.7. Procedimiento para la Recolección de Datos.	40
3.1.8. Prueba Piloto	41
3.1.9. Tabulación y Presentación de Datos	41
3.1.10. Análisis de los Resultados	41
3.1.11. Control de Sesgos	42
3.1.12. Consideraciones Éticas	44
3.1.13. Variables	44
3.1.14. Operacionalización de Variables	45
4. CAPITULO	
4.1. Presentación de Resultado	47
5. CAPITULO	
5.1. Análisis	72
6. CAPITULO	
6.1. Conclusiones.	81
6.2. Recomendaciones	83
6.3. Bibliografía	85

ANEXOS

Anexo 1: Guía de Entrevista

Anexo 2: Gráficos Adicionales

Anexo 3: Presentación de Resultados Adicionales

Anexo 4: Consentimiento Informado

Anexo 5: Presupuesto

Anexo 6: Glosario

INTRODUCCION

La identidad sexual se refiere a la auto percepción que tiene el individuo como hombre o mujer; sin embargo un individuo puede o no coincidir su identidad sexual con el sexo biológico o asignado socialmente al nacer. Esta discrepancia entre el sexo asignado y la identidad sexual se conoce como transexual.

El transexual tiene la percepción interna de pertenecer a otro sexo, por lo que actúan y se visten de acuerdo a ello. En su búsqueda por satisfacer su identidad sexual recurren a técnicas, en el caso de hombre a mujer, para feminizarse; el término clínicamente se refiere también a la persona que por procedimientos quirúrgicos ha cambiado su sexo de nacimiento; por ello la persona que no ha cambiado sus genitales se le denomina transgénero.

El transgénero es alguien que solo ha pasado socialmente a otro género contrario al asignado; pero se manifiesta la misma sensación de incomodidad con su sexo biológico como el transexual, por ello en el presente informe se denominará a la población transgénero como "ellas", respetando su deseo del sexo anhelado; tal pensamiento invita a modificar su cuerpo sin llegar al cambio de sus genitales, sea por razones económicas, decisión propia o por falta de acceso a los servicios de salud.

En El Salvador no se conocen datos estadísticos de la población transgénero, haciendo que ellas sean una parte invisible de nuestra sociedad, olvidándose de las necesidades en lo que se refiere a la atención en salud y los procesos de feminización. Por lo anterior la población transgénero recurre por sus propios medios a prácticas nocivas para feminizarse, poniendo en riesgo su salud al realizarse etnoprácticas para modificar su cuerpo.

En el marco de los derechos humanos todos los hombres y mujeres, tienen el derecho a la salud, a la libre expresión y al respeto entre otros. También el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que entró en vigor en 1976, afirma: "El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". ^{1/}

Los derechos sexuales y reproductivos también afirman la garantía al acceso a la salud, al progreso científico, a la no discriminación y a la libertad. Lo anterior compromete al estado salvadoreño a la atención integral en salud de la población transgénero. Por ello los procesos de reasignación sexual deberían de ser retomados por el actual sistema de salud, como sucede en países como España.

En la presente investigación se determinó las prácticas con que se feminizan la población transgénero y las manifestaciones en la salud presentadas por su uso, con el propósito de documentarlas científicamente e identificar sus riesgo de salud al realizarlas. Metodológicamente el actual estudio es descriptivo y transversal; se utilizó como estrategia muestral la no probabilística por conveniencia, y la técnica de recolección de la información fue por medio de la entrevista. Finalmente para el análisis de los resultados se recurrió a la estadística descriptiva.

Dado el diseño metodológico de esta investigación, la factibilidad de la misma queda plasmada dado que fue la inversión técnica de los investigadores, más que asuntos de extensos de trabajos de campo o reactivos, el aspecto más cargado de responsabilidad y así, quedo garantizada la finalización exitosa de la misma.

La población estudiada se caracteriza por ser demandante de beneficios económicos, por ello un estudio de tipo cualitativo, como por ejemplo grupos focales, no era viable al inicio de la formulación de la investigación, debido a lo anterior el equipo investigador se enfoco en un trabajo de tipo cuantitativo donde la inmersión y participación de los sujetos de estudio seria breve y especifica, garantizando el éxito de la misma.

¹ / IPAS, Los derechos humanos, el embarazo no deseado y la atención relacionada con el aborto; Nicaragua, agosto 2003.

Se efectuaron 81 entrevistas a personas transgénero, que se encontraban en el área Metropolitana de San Salvador, durante noviembre 2008 a febrero 2009; se caracterizó a la población transgénero por su condición socio económica y sus antecedentes de salud, como la presencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Se documentó dos prácticas principales de feminización: la hormonización y la infiltración de aceite mineral en mamas y/o también en caderas; explorándose las manifestaciones en la salud y de feminización obtenidas con su utilización. Además se documentó la asistencia médica al que tuvieron acceso para feminizarse.

Los beneficiarios directos de esta investigación fueron las 81 transgéneros, que al tener acceso a este documento puedan identificar lo nocivo de sus prácticas utilizadas, además del empoderamiento para la búsqueda de atención médica. Los beneficiarios indirectos fue el equipo investigador, que al aplicar el método científico, se reafirmaron los conocimientos adquiridos en la formación del posgrado.

Otros que posiblemente se beneficiaran de conocer las prácticas de feminización de la población transgénero son las organizaciones gremiales, mediante la utilización de los datos obtenidos en la investigación podrían solicitar al estado salvadoreño, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, hacer más efectiva la atención en salud a sus procesos de feminización, como derecho humano inalienable y con ello, en segunda instancia sacar de lo oculto a la población transgénero.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo General

Identificar las prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en Transgéneros de la Zona Metropolitana de San Salvador, durante noviembre 2008-febrero 2009.

1.1.2. Objetivos Especificos

1. Describir las prácticas utilizadas por transgéneros para la feminización.
2. Determinar las manifestaciones en la salud física generadas por las prácticas de feminización utilizadas.

1.2 ANTECEDENTES

La población transgenero, transvesti, y transexual son las victimas más frecuentes de hechos de violencia y quienes sufren las consecuencias de la pasividad del estado; Nuestro país no ha sido la excepción, a finales de la década del 90 se reportaron asesinatos a la población como forma de exterminio social.

El caso de más relevancia social fue el de una transvesti llamada "Rosa" de 15 años de edad en 1997, que generó movilización social apoyada en aquel entonces por la organización FUNDASIDA, organización sin fines de lucro que trabaja en educación sobre VIH/Sida. Desde el seno de FUNDASIDA surge un grupo denominado "La Rosa" en 1998, en honor al nombre de la primera persona muerta por un acto homofóbico, este grupo estaba conformado por hombres que tiene sexo con otros hombre y población trans. Otra estructura que nace en esta época es "Entre Amigos", liderado por William Hernández, que conforman una organización no gubernamental de personas denominadas por ellos mismos Gay, bisexuales y trans. En 1999 surge "En El Nombre de Rosa", grupo exclusivo de trans que luego se llamaron Arcoíris, el cual continua hasta la fecha.

Siempre entre 1997- 1998, se continuaron reportando asesinatos a personas trans, inclusive fue juzgado y sentenciado un criminal denominado popularmente "El Mata Locas" al que se le imputaron cuatro asesinatos; además durante esta época se asesinaron profesionales principalmente psicólogos que aceptaban abiertamente su orientación sexual; por ello los grupos nacientes de defensa de los derechos de la población Gay, bisexual y trans iniciaron un desfile del Orgullo Gay en 1997, que se continua realizando hasta la fecha.

Durante 1999 hasta 2004, la población trans vivió bajo la sombra de otras organizaciones, pero en ese ultimo año con el apoyo de William Hernández y Mónica Amaranta líder transexual, se conforma Arcoíris, que hasta la fecha no tiene personería jurídica pero tiene agrupadas a más de treinta personas.^{2/}

Con respecto a los procesos de feminización de la población transexual y transgénero, en América Latina, Brasil ha sido hasta cierto grado una excepción. Desde hace muchos años, bonitas y talentosas mujeres brasileñas transgénero han podido construir carreras respetables en el mundo de espectáculos. Y algunas llegaron a ser celebridades nacionales, como fue el caso

^{2/} Mónica Amaranta y Edwin Hernández, Entrevista, abril 2009.

con Roberta Close. Sin embargo, se reconocía lentamente en el Brasil el concepto separado del transexualismo, y estas mujeres siempre quedaban consideradas travestis, aun cuando hubieran hecho transiciones completas.

La cirugía de reasignación a que finalmente se sometió Roberta Close en Europa en 1989 aumentó la conciencia del público, especialmente cuando el gobierno rehusó mudar sus documentos de identificación, y así provocó una gran controversia. En 1998 se estableció finalmente un programa “experimental,” patrocinado por el gobierno, para proporcionarles a un número limitado de mujeres transexuales acompañamiento psicológico y cirugía de reasignación sexual. El número en aumento de mujeres posoperadas en el Brasil, resultó en un mayor reconocimiento de la validez de esta forma de variación de género.^{3/}

En el año 1973 en Chile, se realizó en el Hospital San Borja Arriarán de Santiago la primera operación de readecuación sexual en una mujer transexual llamada Marcia Alejandra, llevada a cabo por el equipo del Doctor Antonio Salas. Ese mismo año ocurrió el golpe de estado al mando de la junta militar y cuya dictadura permaneció durante 17 años. Durante la dictadura, la mayoría de las travestis de ese entonces permanecía al alero del comercio sexual callejero, estos lugares resistieron a la limpieza social llevada a cabo por el régimen de Pinochet.

A mediados de la década de 1980, las travestis y mujeres transexuales comienzan a viajar a Argentina, específicamente a la ciudad de Buenos Aires, ya que en ese lugar sus pares travestis argentinas se inyectaban silicona líquida industrial en los pechos para simular las mamas. Esta técnica de cirugía artesanal es importada a Chile a finales de los años 80 y tiene gran difusión sobre todo en el norte del país. En la misma época también comienza el uso de hormonas por parte de travestis y mujeres transexuales para feminizar sus características físicas. En la mayoría de los casos este proceso era llevado a cabo de forma automedicada. En algunos casos, después de meses o años administrándose hormonas, la persona podía acceder a la operación de readecuación sexual.^{4/}

^{3/} <http://www.movilh.cl/index>, consultada en septiembre 2009.

^{4/} <Http://www.gaht.cl>, consultada en septiembre 2009.

Cuba lleva 15 años de realizar los procesos de feminización, efectúan practicas clínicas y psicológicas desconocidas fuera de la isla, que fueron un preámbulo a la reciente “*aprobación de la cirugía feminizante y masculinizante*”, el 26 de mayo del presente año, por medio de una resolución del Ministerio de Salud Pública que autorizó, según palabras de Mariela Castro, hija del actual presidente de Cuba y Directora del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).^{5/}

En España durante la década de los 80 deja de constituir delito la cirugía de reasignación sexual. En 1987 el Tribunal Supremo dicta la primera sentencia en la que se declara a favor de reconocer el cambio de sexo y nombre legal de una persona transexual, argumentando la importancia del sexo psicológico y el aportar facilidades en la vida social de las personas transexual, no obstante declarando que en realidad no deja de ser una “ficción de hembra”.

En 1989 el Parlamento Europeo dicta La Resolución Contra la Discriminación de las Personas Transexuales en la que insta a los estados miembros a adoptar una serie de medidas para luchar contra dicha discriminación, entre las que destacan la Inclusión del tratamiento integral de cambio de sexo en la Sanidad Pública (endocrino, psicológico, quirúrgico). En 1999 a instancias del partido PSOE (Partido Socialista Español) se incluye en el Servicio Andaluz de Salud el tratamiento integral de la transexualidad. Las asociaciones de transexuales consideraron esta iniciativa como un importantísimo avance en la consecución de los derechos de las personas transexuales.^{6/}

La historia sobre los métodos de feminización realizada por la población trans en El Salvador no se conoce con exactitud. Sin embargo la migración llevó a que la población conociera de las técnicas realizadas en otros países; o de la forma como son manejadas por los servicios de salud y recibieran una adaptación local.

La hormonización fue establecida en Estados Unidos y Europa, la infiltración es una práctica realizada frecuentemente en Latinoamérica donde hay personas que se infiltran hasta aceite de motor para lograr feminizarse; se desconoce el porque en

⁵ /www.CENESEX.com, consultada en septiembre 2009.

⁶ /www.aet.com (Asociación Española de Transexuales), consultada en septiembre 2009.

el país en particular se utiliza el aceite mineral; sin embargo la cirugía plástica utiliza infiltración de colágeno en mamas lo cual puede ser el origen de tal práctica.

1.2.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Por lo anterior se formula el siguiente enunciado del problema:

¿Cuales son las prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona Metropolitana de San Salvador durante los meses de noviembre 2008 a febrero 2009?

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. CONCEPTUALIZACIÓN

El término “**sexualidad**” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. ⁽¹⁾

La sexualidad es la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. La sexualidad si se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. Muchos confunden la sexualidad con sexo, pero el sexo son las características biológicas que diferencian a hombre y mujeres; y la sexualidad es forma de expresión de la conducta, pensamientos y sentimientos que tenemos como seres humanos.

La sexualidad implica tres áreas interdependientes: un componente anatómico-fisiológico, psico-comportamental y sociocultural. El primero se relaciona con los órganos sexuales y su funcionamiento, las pulsiones primarias y la respuesta sexual. El segundo es la orientación y la identidad de género, la conducta sexual, los sentimientos y emociones básicas relacionadas con la sexualidad; y el tercero tiene que ver con las ideas, valores, usos y costumbres sexuales dentro de una sociedad determinada.

El **género** es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas; refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer. ⁽¹⁾

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculino o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos que organicen un auto concepto y un comportamiento social en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. (2)

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.(1)

De ordinario, el sexo biológico y el sexo social son paralelos. Es decir, los hombre tienden a ser masculinos y las mujeres femeninas. Pero sexo y género se puede desarrollar de una forma conflictiva, divergente e incluso opuesta. La identidad de género es el resultado de una serie continua de mensajes y señales derivados de toda suerte de experiencias.

El rol sexual es el conjunto de manifestaciones de una persona para expresar o afirmar su condición masculina o femenina. Se relaciona, y en parte se deriva, con la identidad de género y se construye en forma progresiva por medio del aprendizaje. (3)

El rol de género puede oponerse diametralmente a la identidad genérica. Una persona se puede identificar con su propio sexo pero adoptar la indumentaria u otras exterioridades del sexo opuesto, o se puede identificar con el sexo opuesto y adoptar por diversos motivos las características conductuales de su propio sexo. (3)

Transgenerismo: Se denomina de este modo al profundo malestar de una persona, respecto a su anatomía y asignación genérica y rol sexual. El término fue acuñado por Fisk en el año 1973, y es considerado el marcador por excelencia de la transexualidad. Se caracteriza esencialmente por la identificación acusada y persistente con el otro sexo, o el malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol sexual.

La adopción del comportamiento, indumentarias y movimientos del otro sexo se realiza de forma gradual. En privado, pasan mucho tiempo vestidos como del otro sexo y contemplándose en el espejo. En público, intentan pasar por personas del sexo opuesto y, de hecho en muchas ocasiones lo logran puesto que los demás no advierten la suplantación.

En el presente estudio el fenómeno del trans, se estudio a partir de los siguientes dos conceptos:

Transexual: Es definida, por lo general, a través de los siguientes rasgos

1. Convicción perdurable de pertenecer al sexo opuesto, de aquel que fuera asignado al nacer.
2. Malestar intenso respecto del propio cuerpo.
3. Deseo persistente de adecuar el cuerpo a la morfología corporal del sexo opuesto, a través de procedimientos hormonales y quirúrgicos.
4. No ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia.
5. No estar acompañado de cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales.
6. Debe haber estado presente constantemente por lo menos durante dos años. (4)

A partir de estos rasgos fundamentales, otros elementos se volvieron históricamente característicos: una autobiografía consistente, que sitúa la identificación con el sexo opuesto en los primeros años de vida y la extiende sin fisuras a toda la historia de vida. (2)

A lo largo de los años, muchas personas transexuales han interpelado los límites restringidos y el carácter patológico del transexualismo que suele ser reemplazado, con esta intención, por el término transexualidad. Para que una persona se identifique como transexual no es necesario que haya iniciado tratamiento hormonal y/o quirúrgico alguno.

Las personas transexuales eligen identificarse como hombres o mujeres una vez finalizada su transición, existen algunas que conservan el calificativo, identificándose como mujeres u hombres transexuales. Además adoptan la transexualidad misma como su identidad de género, y, se llaman, por ende, transexuales. En este sentido, la transexualidad puede ser concebida, paradójicamente, como una identidad.

Transgénero: Se utiliza para nombrar a aquellas personas que vivían en el género opuesto al que se le había sido asignado al nacer, pero que no recurrían a cirugías de reconstrucción genital. Con los años, el concepto modificó su sentido, para nombrar a aquellas personas que, viviendo en un género diferente del asignado al nacer, recurren o no a cirugías y/u hormonas.

Lo que caracteriza al transgénero es el sentido de la contingencia: no existen ni dos sexos naturales, entre los cuales transicional; el término devino rápidamente una campaña semántica para todas aquellas identidades que implican movimientos en el género, se ha hecho preferible su progresivo reemplazo por el término trans como concepto inclusor.

Sin embargo en el presente estudio se diferenciará de una forma concreta ambos conceptos. El término **transexual**, será una persona quien a satisfecho su transformación genital. Mientras que **transgénero** no ha modificado sus genitales y vive contrario al género asignado socialmente; en nuestro país la falta de asistencia médico quirúrgica, indica que la mayoría de la población trans son transgéneros, por lo que a este grupo es el que se dio prioridad en la investigación.

Por lo anterior en el país la falta de los servicios de atención a población trans, hace que la mayoría de los individuos sean transgéneros, la concepción psicológica de ellas nos invita a pensar en transexuales, pero nos limitaremos a la utilización de los términos anteriores en el significado estrictamente físico o anatómico.

Además se incluye en la investigación el término **transgénero transvesti**, este individuo, hombre o mujer, usa el atuendo del sexo opuesto como una forma más de expresar su profundo deseo de cambiar una apariencia que le resulta insoportable, pero por factores económicos y sociales, viste con las ropas propias de su sexo en parte de su vida. ⁽⁵⁾

La feminización son los métodos utilizados para llegar a transformar su cuerpo al género deseado, dependiendo de los deseos del individuo; puede solo desear características sexuales secundarias, o llegar a modificar su características sexuales primarias, o genitales.

Las manifestaciones en la salud físicos por procedimientos de feminización son los efectos feminizantes y los adversos o complicaciones presentados, de acuerdo a la metodología utilizada en la modificación de sus cuerpos, sea de las características sexuales primarias o secundarias. Por lo tanto si utiliza alguna etnopráctica se buscará determinar las principales complicaciones médicas de tal práctica.

2.1.2. HISTORIA DEL TRANSEXUALISMO

Todas las sociedades primitivas reverenciaron en diversos grados al fenómeno trans nacidos entre ellos, eran considerados mágicos, hermanos de los dioses y los espíritus, dueños de poderes shamánicos.

Toda sociedad ha tenido un nombre, rol o vía de relación con la transexualidad, desde los tiempos de Canaan, Turquía e India, hasta hoy. Los ejemplos abundan, en la Roma antigua existieron las Gallae, transexuales dedicadas a la diosa Cibele. Una vez que las Gallae decidían su género y religión, mostraban en un paseo ritual sus recién extirpados genitales que constituían su paso al templo y servicio religioso de por vida. ⁽⁶⁾

Si durante el paseo de la Gallae alguien recibía como regalo esta "ofrenda", era considerado bendito y la conductora de esa casa se obligaba a cuidar de la salud de la Gallae, que a partir de ese momento recibía espléndida ropa femenina (como una novia) y asumía su nueva identidad, también femenina.⁽⁶⁾

En la India las prácticas rituales para las transexuales continúan hasta hoy; los Hijiras son devotos de una diosa y practican una forma de cirugía primitiva de reasignación genital. Públicamente son tratadas despectivamente por la sociedad, pero en privado son reverenciadas actuando como consejeras espirituales y sociales, además de conducir matrimonios. Tienen el estado civil de mujeres verdaderas.⁽⁶⁾

En Estados Unidos, los Navajos del sur-oeste, también llamados los Dineh, reconocen tres sexos en lugar de dos. Los Sererr del pueblo Pokot en Kenya, los Xanith de Oman, los Mahú en Tahiti o los Sekrata de Madagascar, muestran la misma historia; la transexualidad es un hecho de la vida y siempre ha habido una forma y lugar en la sociedad para que un transexual reúna su alma con su cuerpo.⁽⁶⁾

El concepto de inversión o hermafrodita psicosexual ha sido formulado primeramente en Alemania a mediados del siglo XIX. En 1878 el médico italiano Arrigo Tammasia introduce el término *inversione dell'istinto sessuale*.

En 1882 por Jean Martin Charcot y su discípulo Valentín enunciaron el término *inversión du sens genital*; una manifestación entre otras cosas de la perversión del sentido genital, y a pesar de que aproximadamente la inversión del fetichismo erótico evolucionaría a una dirección diferente, el diagnóstico se volvió sinónimo de homosexualidad.

El problema diagnóstico se volvió aun más agudo en 1910, con la descripción del fetichismo de las telas por Clerambault y el travestismo erótico por Magnus Hirschfeld (unos de los primeros médicos abiertamente homosexuales que luchaba por lo derechos homosexuales), quien quería distinguir bien la homosexualidad en tanto que la atracción sexual de un impulso sexual disfrazado.

Hirschfeld es quien utiliza el termino “transexual” por primera vez en 1923, pero para designar una manifestación de hermafroditismo, o lo que el designa también como “constitución intersexual”; proponía considerar que la homosexualidad era cuestión de biología hermafrodita. La fracción más conservadora de las asociaciones homosexuales alemanas, querían distinguir los homosexuales masculino de los afeminados para dar apariencia mas tolerable para la despenalización de la sodomía.

La clasificación moderna de la transexualidad y la intervención médica para reasignar los genitales fue creada por primera vez en el año de 1930 en Alemania. El cirujano Félix Abraham lleva a cabo las primeras dos cirugías de “Transformación genital”, pensaba que la cirugía complementaba el travestisamiento de esos dos enfermos psíquicamente feminizados.

Einar Wegener se sometió al tratamiento por el Doctor Abraham, y luego de operada ella vivió como Lily Elbe acompañada por su esposa Gerda, hasta que falleció por complicaciones de rechazo posteriores a la cirugía de trasplante de Ovarios que intentó en 1933. ^{7/}

Por décadas la transexualidad fue considerada un desorden mental sin base biológica, hasta que el término transexualismo empieza a utilizarse en 1949 cuando David Cauldwell utiliza el término en su libro “*Psychopathia Transexualis*”. A continuación la tarea central de la consulta psiquiátrica era el distinguir el transexual verdadero del psicotizado y del homosexual con complejos. ⁽⁷⁾

El primer caso bien conocido de una transexual post operatorio fue el ex-soldado americano George Jorgensen, que en 1953, se transformó en Christine Jorgensen. Tuvo éxito en la industria de Hollywood y a ella se debe la salida a la luz pública de la transexualidad. ⁽⁷⁾

El Doctor Richard Raskind, jugador amateur de tenis quien era hábil oftalmólogo; se transformo en la Doctora Rene Richards. Después de la cirugía solicito competir como mujer en el torneo de tenis de los Estados Unidos en Nueva York. Otras jugadoras se opusieron a su participación, y el U.S. Tennis Association instituyo una

^{7/} cogam.transexuales@hotmail.com ; Las personas Transexuales en busca de reconocimiento de su propia Identidad de Genero; 2006; consultado enero 2008.

prueba de cromosoma sexual como requisito para competir en el año 1977, lo cual tuvo cobertura mediática de los medios de comunicación. (7)

Otro médico con participación importante es Dr. Harry Benjamin, endocrinólogo estadounidense, recopila en su libro "*The transsexual phenomenon*" (1966), observaciones sobre la transexualidad y los resultados de las intervenciones médicas. En 1979 se constituye The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA), aprobando Directrices Asistenciales que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial. 8/

En 1973 se propone el término de síndrome de disforia de género, que incluye al transexualismo pero también a otros trastornos de identidad de género; término utilizado para designar a la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado. (4)

En 1980 aparece el transexualismo como diagnóstico en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición). En una siguiente revisión de este manual (DSM-IV) de 1994, el término transexualismo es abandonado, y en su lugar se usa el término Trastorno de Identidad de Género. (4)

El CIE-10 (International Classification of Diseases, décima edición) señala tres formas diferentes de Trastornos de Identidad de Género, y el término transexualismo vuelve a usarse para designar a una de ellas. (8)

Los últimos estudios sobre la formación del encéfalo en el embrión humano y el funcionamiento del cerebro han arrojado luces sobre las causas de la transexualidad. En cuanto a los tratamientos y las técnicas quirúrgicas mejoran cada día y la sociedad lentamente acepta lo inevitable de la transexualidad.

Desde los años setenta, gracias al feminismo y las publicaciones del psicólogo John Money, sobre los niños hermafroditas, se hace una distinción en inglés de los Estados Unidos, entre el término *sex* y *gender*. El primero designa los trazos materialistas y biológicos que distinguen al hombre y la mujer. Por otra, la palabra

⁸ /Brenda W. y Adriana; [www. disforiadegenero.org](http://www.disforiadegenero.org); Terapia de reemplazo hormonal hombre a mujer (MTF); consultado en enero 2008.

gender designa la atribución masculina, femenina, neutra o ambigua, basada sobre los rasgos socio-culturales e históricos.

Money nos hace el recordatorio entre lo que significa “identidad de género” y el “rol de género”. La primera designa la identificación hecha por el mismo sujeto en tanto hombre, mujer, neutro, hermafrodita, intersexual, transexual u otra. La segunda la designa más bien el comportamiento comprendido en esta vestimenta y la ocupación, que es identificada socialmente como hembra, macho u otros.

El estudio académico del transgenero se ha dado en la última década en Estados Unidos que engloban una variedad de presentaciones transgenero, de rol y de identidades de género, así como de orientaciones.

2.1.3. CAUSAS DEL TRANSEXUALISMO

Las causas del fenómeno trans no son bien comprendidas pero, como en muchas de las explicaciones se han dado, los factores biológicos, psicológicos y socioculturales parecen ser muy importantes

Biológica

- Teoría genética: No se ha demostrado ninguna alteración del sexo genético y el cariotipo; pero en casos raros puede existir anormalidad cromosómica, incluyendo un cromosoma X extra.
- Teoría neuro hormonal: Debido a los potentes efectos de los esteroides sexuales y gonadotropinas sobre el desarrollo somático (y también cerebral), se pensó en diferentes niveles de transexuales. La falta de sensibilidad a estas hormonas en etapas embrionarias induciría una lateralización cerebral produciendo una asimetría. No ha podido tampoco demostrarse en humanos.

- Teoría sobre orden de nacimiento y género de los hermanos: por alguna razón, los niños suelen ser miembros más pequeños en la familia, que los niños en los grupos controles apareados, y suelen tener más hermanos que hermanas.

Psicológica

- Teoría sobre el juego: los niños con problemas de identidad fueron descritos por sus madres como menos interesados en los juegos rudos, que sus compañeros.
- Teoría sobre la sensibilidad: los niños son más sensibles a diversos estímulos sensoriales y la sensibilidad al afecto parenteral son factores importantes en el desarrollo del trans.
- Teoría de la desilusión materna: algunos hallazgos sugieren que en algunas madres de niños trans, la desilusión del nacimiento de otro hijo, en lugar de una hija, puede influir de manera negativa en su relación con el niño.
- Teoría psicosocial: Destaca la influencia ambiental familiar sobre el desarrollo de la identificación sexual. Empíricamente se ha hablado de una madre híper protectora y autoritaria y un padre pasivo y débil, ausente del hogar. Pero estos patrones son referidos con frecuencia en diversas alteraciones psicológicas, como en la anorexia nerviosa u otras. Con frecuencia tiene una estrecha relación con una madre que estimulaba su feminidad, vistiéndolo de ropas femeninas, ante la indiferencia de un padre hostil o distante.

Social cultural

Es importante considerar la diversidad de formas en que las sociedades idealizan al hombre y a la mujer, de acuerdo con ciertas variables estereotipadas. Un niño impresionable que lucha con la confusión biológica y psicológica puede llegar a la resolución de la confusión al idealizar los atributos de miembros atractivos y exitosos del sexo opuesto.

Multifactorial

Llamada de los “períodos sensibles”, en donde se destaca la estrecha relación entre lo innato o hereditario y lo adquirido o ambiental. Hay factores externos (familiares o sociales) con gran poder de influencia sobre la identidad del sexo en determinados periodos de cambio de la vida (infancia, pubertad, adolescencia, etc.); en sujetos especialmente susceptibles de manera innata.

2.1.4. CUADRO CLINICO**2.1.4.1. Transexualismo**

Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo o un conflicto interno con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal, para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido.

El transexual de hombre a mujer forman la mayoría de los casos, superando en numero a los transexuales de mujer a hombre en una proporción de 2:1. Se ha ofrecido varias explicaciones para esta proporción tan sesgada. Quizás el desarrollo prenatal masculino sea mas complejo y propenso a los errores o quizás el problema es que los varones preescolares pasan mucho mas tiempo con sus madres que con sus padres. ⁽⁹⁾

Pautas para el diagnóstico

La identidad transexual debe haber estado presente constantemente por lo menos durante dos años y no ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales. ⁽⁸⁾

2.1.4.2. Transvestismo no fetichista

Consiste en llevar ropas del sexo opuesto durante una parte de la propia existencia a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto, pero sin ningún deseo de llevar a cabo un cambio de sexo permanente y menos aún de ser sometido a una intervención quirúrgica para ello. ⁽⁴⁾

Debe ser distinguido del Transvestismo fetichista, en el que hay una excitación sexual acompañando a estas experiencias de cambio de vestido. Incluye: Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la edad adulta de tipo no transexual.

2.1.4.3. Trastorno de la identidad sexual en la infancia

Se trata de trastornos que suelen manifestarse por primera vez durante la primera infancia (siempre mucho antes de la pubertad) caracterizados por un malestar intenso y persistente debido al sexo propio, junto al deseo (o insistencia) de pertenecer al sexo opuesto.

Hay una preocupación constante con el vestido o las actividades del sexo opuesto o un rechazo hacia el propio sexo. Estos trastornos son relativamente raros y no deben confundirse con la falta de conformidad con el papel sexual socialmente aceptado, que es mucho más frecuente.

El diagnóstico del trastorno de la identidad sexual en la infancia requiere una profunda alteración en el sentimiento normal de masculinidad o feminidad. No es suficiente la simple masculinización de los hábitos en las chicas o el afeminamiento en los chicos; no puede realizarse cuando ha alcanzado la pubertad. Pero se puede encontrar de 2 a 3 años de edad. Ellos pueden que se vuelvan transgeneros y muchos se vuelvan gay o lesbianas en la etapa adulta. ⁽⁹⁾

Pautas para el diagnóstico

La característica diagnóstica esencial es el deseo general y persistente de ser (o insistencia de que se es) del sexo opuesto al propio, junto a un intenso rechazo del comportamiento, atributos y atuendos del mismo. Se manifiesta por primera vez durante los años preescolares. Para poder ser diagnosticado debe haber aparecido antes de la pubertad. En ambos sexos puede existir, aunque es muy raro el rechazo de las estructuras anatómicas del propio sexo.

Lo más típico es que los niños con un trastorno de la identidad sexual nieguen sentirse afectados por él, aunque pueden sentir malestar debido al conflicto generado por las expectativas de su familia o compañeros y por las burlas o rechazo al cual pueden estar sometidos. (8)

2.1.4.4. Transgénero

El término es más amplio que el concepto de transexualismo, e incluye a transexuales al igual que personas cuya identidad de género no se equipara con su identidad física, pero que no buscan una cirugía de reasignación de género y, en lugar de ello, prefieren solo algunos de los tratamientos como las hormonas, o pueden tener el deseo de conservar su cuerpo sin alteraciones y consideran que se encuentran en la tercera categoría de los transgéneros. (9)

El término también incluye a los transvestidos, travestis femeninos y transvesti masculinos, y a la otras personas cuyo comportamiento e identidad trasciende los límites tradicionales del género. (9)

Teniendo en mente la distribución entre sexo y género, es importante comprender que la transexualidad es un problema que no se relaciona con la conducta sexual sino con el género y la identidad genérica. Es decir, el transexual no está preocupado de algún tipo especial de comportamiento sexual sino más bien con el tener el deseo de ser mujer cuando su cuerpo es de hombre. (9)

El término transgénero se ha vuelto cada vez más popular. El “sexo” tiene que ver solamente con la atracción sexual hacia un miembro del otro género (lo cual es tan intensamente demandado en nuestra sociedad), pero se conoce de casos de transexuales que nunca han tenido actividad sexual más allá de los besos desde que se realizan la cirugía para transformarse a mujer. Son felices siendo mujeres, pero no están particularmente interesadas en el sexo. (9)

Además de la distinción entre el transexualismo masculino a femenino y el femenino a masculino, también podemos distinguir entre individuos transgéneros *ginefílicos* y *androfílicos*, aquellos que son ginefílicos sienten atracción sexual hacia las mujeres y aquellos que son androfílicos sienten atracción hacia los hombres. (9)

Clasificación de los trastornos de identidad de género (TIG) según DSM- IV y el CIE-10

Manual	Cuadros	Subdivisión	Criterios
DSM-IV	TIG	Infancia Adolescencia Adulto	1. Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo 2. En los niños, preferencia por el Transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina 3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo 4. Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo 5. Preferencia marcada por compañeros del otro sexo
	TIG no especificados		No los reúnen
CIE-10	Transexualismo		Los mismos del DSM-IV
	Transvestismo	No fetichista Fetichista	Llevar ropa del sexo opuesto para experimentar pertenecer a el solo de forma temporal
	TIG en la infancia	Niños y Niñas	Específico para cada sexo
	Otros trastornos		No específicos con genitales ambiguos
	TIG no especificados		No especificados

2.1.5. PROCESOS DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO

El abordaje únicamente psicológico parece estar abocado al fracaso, a pesar de que existan algunos informes que se muestran entusiastas. El motivo radica en que el transexual no desea cambiar sus sentimientos o tendencias; su única aspiración es dejar de pertenecer a su sexo y convertirse en una persona del sexo opuesto. Llevado por este anhelo, cuando va en busca de ayuda, está pensando en técnicas quirúrgicas y sustitutivas hormonales.

El tratamiento de estas pacientes ha de ser, necesariamente, mucho más complejo que el mero cambio de apariencia física, y así lo entienden los modernos centros que trabajan en este tema. Ante todo es importante que exista una voluntad decidida y persistente de cambio.

Después se somete al paciente a un periodo de prueba durante el cual se le “enseña” a comportarse en su nuevo rol y se valora, además, si, una vez operado, va a ser capaz de adaptarse a su nuevo estilo de vida, a nivel social, laboral, familiar, etc.

El transexual masculino a femenino debe ser convertido en mujer, la técnica más frecuente consiste en la extirpación de testículos y cuerpo esponjoso del pene, preservando la piel para construir los labios y la vagina, aunque existen otras variantes. Se ha propuesto la administración de estrógenos y espirolactona (diurético antiandrogenico) a fin de evitar dosis demasiado elevadas. Otras menos documentadas son los derivados de progesterona.

2.1.5.1. Hormonización

La Terapia de Reemplazo Hormonal (HRT) para personas transgéneros y transexuales reemplaza las hormonas que naturalmente existen en sus cuerpos con aquellas del sexo contrario. Su propósito es el causar el desarrollo de características sexuales secundarias del género deseado.

No puede deshacer los cambios producidos por la primera pubertad natural de la persona transgenero, esto se logra hasta cierto punto con la cirugía de reasignación de sexo y para las mujeres transexuales con ayuda de la depilación. El transexual de masculino a femenino recibe estrógenos y debe continuar con ellos por el resto de su vida. Gradualmente el estrógeno produce feminización.

El estrógeno aumenta los pectorales y el patrón de depósitos grasos se vuelve femenino; en particular, las caderas se redondean. Si la persona ha comenzado a encalvecer, esto se detiene. Disminuye las secreciones de la próstata y al final ya no se presenta eyaculaciones. Las erecciones se vuelven cada vez menos frecuentes, dado que eran un desagradable recordatorio del indeseable pene. ⁽⁹⁾

Hay quien pelea diciendo que la terapia de reemplazo hormonal no masculiniza o feminiza totalmente. Si por masculinizar y feminizar se entiende el lograr completamente el estado biológico masculino o femenino, pues eso no puede ser logrado actualmente con ningún tratamiento médico o quirúrgico. Sin embargo, el propósito de la HRT, y esto es cierto para todos los tratamientos somáticos, es

proveer al paciente un cuerpo mas congruente con su verdadera identidad de género.

Cabe notar que los efectos de la terapia de reemplazo hormonal son por lo general más satisfactorios en transexuales masculinos que en mujeres transexuales. Es más sencillo producir características sexuales masculinas con andrógenos que librar a mujeres transexuales de características ya establecidas.

Para las mujeres transexuales, el tomar estrógenos causa entre otros estos cambios: después de seis a ocho meses en HRT (dependiendo de la edad) se notan cambios visibles. Muchas mujeres transexuales después de este tiempo entran en una etapa llamada etapa andrógina; se le conoce de esta forma porque para muchas personas que nunca se han visto no sabrán distinguir si son un hombre o una mujer (El qué tan visible sea esto depende de la genética y la edad).

Por lo general al año o año y medio las hormonas habrán feminizado la cara y cuerpo lo suficiente para pasar por una mujer. Una gran mayoría empieza a vivir como mujer de tiempo completo más o menos a este tiempo.^{9/}

Cambios Irreversibles: Crecimiento del busto y crecimiento de los pezones

Cambios Reversibles: Disminución de la libido y cambios en conducta sexual, redistribución de la grasa corporal y reducción de la masa muscular.

Los cambios psicológicos son difíciles de definir, dado que la HRT es usualmente el primer cambio físico en la transición. Este factor por si solo tiene un impacto psicológico muy significativo, el cual hace difícil distinguir cambios inducidos por las hormonas. Muchas reportan sentirse más seguras de si mismas.

En las transexuales de masculino a femeninas, la terapia de reemplazo hormonal también incluye por lo general antiandrógenos aparte del estrógeno y progesterona.

La HRT no impide el crecimiento del vello facial, para esto es necesitaría someterse ya sea a electrólisis o láser. La voz tampoco cambia con las hormonas.^{10/}

^{9/} cogam.transexuales@hotmail.com ; Las personas Transexuales en busca de reconocimiento de su propia Identidad de Genero; 2006; consultado enero 2008.

¹⁰ / cogam.transexuales@hotmail.com ; Las personas Transexuales en busca de reconocimiento de su propia Identidad de Genero; 2006; consultado enero 2008.

Contraindicaciones: No comenzar con la terapia de reemplazo hormonal si se presentan estos precedentes:

- Historial de predisposición al cáncer por estrógenos (cáncer de senos por ejemplo).
- Trombosis
- Macroprolactinoma (Tumor en la glándula pituitaria)
- Enfermedad o daño en el hígado
- Historial de daño o enfermedad en el corazón o paro cardiaco (o cualquiera de los factores de riesgo que ocasionan daños al corazón colesterol alto, diabetes, obesidad, tabaquismo)
- Enfermedad o daño en los riñones
- Si en la familia ha habido casos de cáncer de mamas, trombosis, enfermedades en la vesícula biliar ⁽¹⁰⁾

Efectos Secundarios y complicaciones

Vello Facial: solo se ve afectado muy ligeramente por los antiandrógenos (la densidad del vello se reduce un poco, cubre menos áreas de la cara y tarda más en crecer). Aquellas que tienen menos de una década de haber pasado por la pubertad o su origen étnico no es de mucho vello facial (como en personas indígenas de América) tendrán mejores resultados con antiandrógeno.

Pelo en el resto del cuerpo: El pelo que ya existe en el pecho, en los pezones, hombros, espalda, abdomen, glúteos, muslos, manos, pies e incluso nariz y orejas dependiendo de la genética puede cambiar de un pelo grueso a vello delgado con el tiempo.

El pelo en los brazos, ano, área perineal (entre el escroto y el ano) se reducirá pero no necesariamente se convertirá en vello delgado. El pelo en las

pantorrillas y rodilla será menor en número. Todo esto depende de la genética.

Sistema Óseo:

- Estrógenos y andrógenos: El estrógeno es la principal hormona sexual que retarda la actividad de los osteoclastos (incluso en los hombres). Ambos estrógenos y testosterona ayudan a estimular la formación ósea (en especial la testosterona en la pubertad). Algunos médicos recomiendan un examen de densidad ósea (Densitometría ósea) para evitar osteoporosis, en especial después de la cirugía de reasignación sexual.^{11/}

Sistema	Efectos
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de riesgo de trombosis, trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar • La trombosis venosa profunda es más frecuente en el primer año de tratamiento con estrógenos. • El riesgo de sufrir trombosis venosa profunda es más grande con estrógenos orales • El riesgo de sufrir trombosis venosa profunda aumenta con la edad y con el tabaquismo en mayores de 40 años • Alteración de los lípidos y agregación plaquetaria
Urológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Una disminución en el deseo sexual. • La habilidad de tener una erección por lo general se verá disminuida
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la colelitiasis o colecistitis en personas con antecedentes • Los estrógenos (en especial en la vía oral) pueden causar elevación en las transaminasas; indicando toxicidad en el hígado.
Neurológicos y psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de humor pueden ocurrir, incluyendo el desarrollar depresión. Migrañas se pueden hacer peores o aparecer por la terapia. • Depresión • Prolactinoma, puede causar daños a la vista (especialmente daño de vista periférica), dolores de cabeza, y síntomas de daños de la glándula pituitaria como el hipertiroidismo.
Metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla resistencia de insulina lo cual coloca a la mujer transgenero en un riesgo elevado de contraer diabetes tipo 2. • Con la pérdida de masa muscular debido a la falta de andrógenos, el metabolismo del cuerpo se vuelve más lento y el aumento del peso puede ocurrir incluso sin cambios en dieta o actividad

Tipos de Terapia:

Estrógenos:

- Las dosis son por lo general más altas que para mujeres no transexuales que llevan una terapia de reemplazo hormonal por menopausia.

¹¹ / cogam.transsexuales@hotmail.com ; Las personas Transexuales en busca de reconocimiento de su propia Identidad de Genero; 2006; consultado enero 2008.

- Las formulaciones vienen en estas presentaciones: Inyecciones, Pastillas, Parches que se ponen sobre la piel e implantes que se ponen bajo la piel.
- Conforme las dosis altas los riesgos aumentan. Es por esta razón que las mujeres con contraindicaciones relativas deben comenzar con pequeñas dosis y dependiendo de lo que el médico sugiera subir o bajar la dosis.
- Los parches de estrógeno se recomiendan a mujeres transexuales de edad avanzada y aquellas que tienen problemas de tabaquismo ya que el estrógeno en esta presentación tiene menos riesgos de causar trombosis. Sin embargo, la cantidad de parches y el costo de estos puede no ser práctico. (10)

Anti andrógenos:

Los anti andrógenos por lo general son solo necesarios antes de la cirugía de reasignación sexual o antes de la orquidectomía (castración)

- La espirolactona es un diurético a base de potasio que se usa también para combatir la hipertensión, edemas y niveles bajos de potasio causados por otros diuréticos. Puede causar niveles elevados de potasio y no debe ser utilizado por personas con problemas renales o quienes ya tienen niveles elevados de potasio.
- La espirolactona es el antiandrógeno más usado en Estados Unidos porque es relativamente menos dañino para el cuerpo y es económico.
- Otro antiandrógeno usado es Androcur. Esta droga interfiere con la hormona luteinizante causando que los testículos dejen de producir testosterona. La producción normal de testosterona regresa por lo general después de tres meses de suspender la administración de esta droga. En Estados Unidos este medicamento está prohibido porque no ha pasado los requerimientos de la FDA (Food and Drug Administration) en otros países del mundo incluyendo México se considera segura.
- La hormona luteinizante (LH) es una proteína secretada por la porción anterior de la glándula pituitaria. En las mujeres, un aumento de LH en la mitad del ciclo provoca la ovulación y más o menos durante la semana siguiente, la LH mantiene el cuerpo lúteo que sintetiza la progesterona. El cuerpo lúteo se desintegra después de diez días aproximadamente si no se

presenta la fertilización. En los hombres, la LH estimula la producción de testosterona por parte de las células de Leydig de los testículos.^{12/}

2.1.5.2. Procedimientos medico-quirúrgicos

Cirugía de mamas: En transexuales Hombre a Mujer, la mamoplastía puede realizarse si el endocrinólogo y el psicoterapeuta han documentado que el desarrollo mamario después de 18 meses de tratamiento hormonal es insuficiente para el bienestar en el rol del nuevo género. (10)

Cirugía genital: La transformación de los genitales externos de masculinos a femeninos utiliza una técnica muy elaborada y experimentada durante más de cuarenta años. La intervención consta de diferentes fases: Castración, penectomía, vaginoplastia (creación de la neovagina con la piel del pene), clitoroplastía (con parte del tejido del glande) y labioplastía (con piel del escroto). (10)

Orquidectomía: Procedimiento quirúrgico de extirpación de testículos, que en el caso de los transexuales busca la eliminación de los efectos de la testosterona en el cuerpo. (10)

Otras cirugías: Para completar la feminización pueden realizarse otros tipos de intervenciones quirúrgicas, como la condroplastia para reducción del cartílago tiroides, lipoplastía de la cintura, rinoplastía, reducción de huesos faciales, cuerdas vocales, etc. Estas cirugías no precisan del consentimiento del psicoterapeuta; algunas de ellas de dudosos resultados. (10)

2.1.6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRANS.

Las personas trans experimentan una fuerte y persistente identificación con el otro sexo, lo cual les provoca incomodidad y un sentimiento de inadecuación acerca de su sexo asignado. Los individuos presentan sentimientos intensos de malestar y

¹² cogam.transexuales@hotmail.com ; Las personas Transexuales en busca de reconocimiento de su propia Identidad de Genero; 2006; consultado enero 2008.

suelen tener problemas de ajuste social, laboral y en otras áreas de funcionamiento personal.

Personas transexuales desean vivir como miembros del otro sexo, y actúan y se visten de acuerdo con ello. A diferencia de los individuos con fetichismo travestista, ellos no obtienen gratificación sexual al vestirse con ropas del otro sexo.

Durante la niñez ellos podrían desconocer el hecho de ser hombres con un pene; tal vez lo escondan entre sus piernas y se convencen de que no es parte de su cuerpo. Puede sentir aversión por los pantalones, y en su lugar, verse atraídos por los atuendos femeninos tradicionales. En lugar de participar en juegos masculinos, el podría preferir, por ejemplo, jugar a la casa con otras niñas e insistir en tomar el papel de una mujer, por los que se conocen socialmente como “afeminados”.

Cuando el niño empieza a ir a la escuela, los padres suelen preocuparse mucho porque su hijo actué de manera muy diferente a sus compañeros. En muchas de estos niños las conductas transexuales abiertas se hacen menos evidentes al llegar a la adolescencia, pero persiste la sensación de lucha contra en conjunto de sentimientos de inadecuación por ser hombre. Con el tiempo los individuos se llegan a sentir profundamente deprimidos, por la “prisión” en la que deben vivir. Pueden volverse aislados e involucrarse solo en actividades en las que el género no es importante.

Algunos hombres se muestran tan perturbados por sus características sexuales, que recurren a auto tratamientos que incluyen tomar hormonas o, en casos extremos, la castración. Existen reportes, en especial en centros urbanos, de hombres que se involucran en la prostitución. La perturbación es tan profunda que algunos individuos se ven atrapados en un círculo de abuso a sustancias, al intentar aliviar su turbulencia emocional; cuando todo lo demás falla, algunos intenta suicidarse.

En los hombres adultos emergen dos imágenes muy diferentes, con respecto al desarrollo de la transexualidad. En algunos de ellos es una extensión del trastorno de identidad sexual experimentado en la niñez. En otros, sin embargo la identidad con el sexo opuesto surge de manera más gradual posteriormente, algunas veces asociado a una historia de fetichismo travestista.

En algunos casos la identificación con el sexo puesto tiende fluctuar, tal como sucede con sus sentimientos acerca de la cirugía de reasignación de sexo.

La orientación sexual es una variable que complica los esfuerzos para comprender el transexualismo; puede existir una fuerte relación entre la conducta infantil transexual y la posterior orientación homosexual. Sin embargo no todos los hombres homosexuales tienen una historia de conducta transexual en su infancia.

La relación entre transexualidad y orientación sexual adulta se hace más oscura cuando emerge el tema de la orientación homosexual o heterosexual de la personas. Mas bien la persona desearía ser considerada heterosexual, debido a que el objeto del deseo es del otro sexo; para tratar este tema los profesionales clínicos especifican el género de quienes atraen el individuo como hombres, mujeres, ambos o ninguno.

En nuestro país la población es víctima de discriminación y marginación social; son expulsadas de sus hogares por el rechazo familiar a su comportamiento, en la adolescencia recurren a pares quienes la educan y las involucran en el trabajo sexual, como forma de sostén económico. Lo anterior las expone a un riesgo alto de transmisión del VIH.

3.1. DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo y Transversal

Los estudios con método cuantitativo se refieren a técnicas que buscan medir los hechos o causas de los fenómenos, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos. El presente estudio no llega a establecer relación de causa – efecto entre las variables de estudio por lo que su propósito principal es obtener información acerca del estado actual de los fenómenos, por ello se le conoce como descriptivos.^{13/}

Un estudio transversal se refiere al abordaje del fenómeno en un momento o periodo de tiempo determinado, por lo que no hace abordaje de seguimiento a partir de su desarrollo o evolución, constituyéndose en una fotografía de un problema en un determinado tiempo.

3.1.2. POBLACION

Transgéneros de masculino a femenino que residan o trabajen en la zona Metropolitana de San Salvador.

3.1.3. DISEÑO MUESTRAL

- Estrategia muestral: muestreo no probabilístico por conveniencia.

El muestreo no probabilístico por conveniencia se caracteriza porque los investigadores deciden escoger determinado grupo poblacional o muestra para realizar un estudio por diferentes ventajas de los ejecutores de la investigación, o que no se utilizan selección de la población por métodos al azar.^{14/} En el caso de la presente investigación son los transgéneros de masculino a femenino de la zona metropolitana de San Salvador, realizándose 81 entrevista.

- Conveniencia de la entrevista a 81 transgénero fue por:
 1. Accesibilidad geográfica de la población en estudio.
 2. Organismo internacional (IPAS) suministra incentivos para la participación de 81 personas por entrevista, siendo esto una barrera para la recolección de más datos.

¹³ / Llanos, Guillermo, “El ABC de la inferencia estadística”, Revista Peruana de Epidemiología, 1987.

¹⁴ / Piura López, Julio; Introducción de la Metodología de la Investigación Científica, 2º edición, Nicaragua, 1995.

- Tamaño de la muestra: 81 transgéneros

3.1.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- ❖ Población transgénero con dos años de vivir con su condición de género.
- ❖ Residentes o trabajo en zona Metropolitana de San Salvador.
- ❖ Mayor de 18 años de edad.
- ❖ Aceptación de colaborar en el estudio.
- ❖ Extranjera con más de un año de residencia en El Salvador.

Criterios de exclusión:

- ❖ Que no cumplieran los criterios de inclusión.

3.1.5. FUENTES DE INFORMACION

Primaria: Entrevista a transgéneros de masculino a femenino

3.1.6. TECNICA E INSTRUMENTO

- Técnica: Se implementó la entrevista focalizada, debido a que se recolectó datos acerca de una situación en particular, concreta, de un fenómeno determinado, como sus consecuencias o sus causas. Este tipo de entrevista es ideal para esta investigación, debido a que permitió retomar la información de forma precisa mediante una conversación, donde se generó un report que aunó al estudio su validez y confiabilidad. La entrevista fue estructurada debido a que se ordenó y formuló una guía para la recolección de la información; facilitando el procesamiento de los datos y simplificando su análisis comparativo.
- Instrumento: se utilizó una guía de entrevista, constituido de 5 partes donde se distribuyó los indicadores y variables.

El instrumento consta de 32 preguntas, 29 semiabiertas y 3 cerradas, junto con el complemento de la pregunta 10 donde se caracterizó la utilización de las hormonas sexuales, ordenado de la siguiente manera:

- **Datos Generales:** se investigó características personales y sociales de la población estudiada como edad, nivel académico, oficio y tiempo de vivir bajo su condición de género, y por que; en este rubro se incluyen 8 preguntas.

La pregunta 20 que exploró la orientación sexual de las entrevistadas, esta incluida en este rubro, pero por motivo de logística fue realizada al final del instrumento de recolección de datos.

- **Utilización de hormonas sexuales femeninas y sus efectos:** se inició este apartado con dos preguntas generales sobre la utilización de formas de feminización y el por qué.

Finalmente se definió la utilización o no de la hormonización y la caracterización de su uso, finalmente se buscó determinar efectos adversos presentados; incluyen 16 preguntas, junto con el anexo de la pregunta 10.

- **Formas No Médicas de Feminización y sus efectos:** procesos utilizados para feminizarse que no este involucrado personal de salud, conociendo posibles efecto adversos presentados, incluyen 2 preguntas.
- **Formas de Feminización Médico Quirúrgicas y sus efectos:** se determinó la búsqueda o servicio prestado por algún personal de salud en el país o fuera de él, se indagó efectos presentados por tal técnica. Se incluyen 4 preguntas.
- **Antecedentes médico quirúrgicos personales:** se completó la información de la población de estudio, con antecedentes medico-quirúrgico externo a los proceso de feminización utilizados, incluye 2 preguntas.

3.1.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la realización de la recolección de la información, se dispuso previo a las entrevistas, realizar reuniones de trabajo con líderes de la población transexual y

transgénero del país, en el caso particular con el grupo Arcoíris y Retrans, asociaciones sin personería jurídica.

La recolección de los datos fue en cinco lugares, esta actividad se realizó en conjunto con los miembros del equipo investigador de la siguiente manera:

Lugar	Entrevistas realizadas
La Avenida	24
En Organización Flor de Piedra	6
El Zurita	11
Condominios Metrocentro	22
Calles aledañas al Hospital Benjamín Bloom	18
Total	81

En todos los lugares que se visitaron, siempre el equipo investigador fue acompañado por líder de la población, que realizaba el contacto con las entrevistadas, explicándoles los objetivos del estudio y las preguntas a realizar, además de la lectura del consentimiento informado (Ver anexo 3), después de lo cual cada persona decidió ser entrevistada o no.

Por cada entrevista se dio como incentivo diez dólares, junto con 75 preservativos; el dinero fue proporcionado por el organismo internacional IPAS; y los preservativos por la Gerencia de la Mujer, específicamente el Programa de Planificación Familiar, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3.1.8. PRUEBA PILOTO

Se realizaron dos reuniones durante la ejecución de la investigación con líderes de la población transexual y transgénero, con asistencia máxima de 10 personas; para presentación del diseño de investigación, prueba piloto, y planificación de recolección de datos.

Se aplicó a personas que poseían características y condiciones homogéneas de la población en estudio, las participantes de la prueba piloto representan el 6% del total de las entrevistadas en la investigación final, ellas fueron excluidas como unidades de análisis.

La guía de entrevista fue modificada en un 15% de la siguiente manera:

- Se reestructuró la pregunta sobre identidad de género (numero 6) para facilitar su comprensión.
- Se incluyó preguntas sobre los antecedentes de salud y la orientación sexual.
- Se cambió la palabra fármacos por medicamentos en las preguntas donde aparecía en la guía de entrevista.

3.1.9. TABULACION Y PRESENTACION DE DATOS

El procesamiento de los resultados se realizó posterior a la ejecución total de las entrevistas; para la tabulación de los datos se utilizó el proceso manual de Palotes, y se vaciaron los datos en una matriz porcentual, para facilitar su análisis descriptivo. Los resultados están expuestos en gráficos de barra, pastel y tablas que corresponden al tipo de investigación descriptiva.

3.1.10. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La interpretación y análisis de los resultados se realizó a través de la estadística descriptiva haciendo uso de los porcentajes y razones, que sirvieron para una mejor presentación de la información. El análisis se realizó en base a los objetivos que sustentan la investigación.

3.1.11. CONTROL DE SESGOS

- Sesgos de Información

*Definición de términos sobre población en el marco teórico

*Objetivos relacionados con instrumentos y con las variables de la siguiente forma:

VARIABLES	PREGUNTAS
Variable independiente Prácticas de feminización de transgéneros.	8-10 14 16 y 17
Variables dependiente Manifestaciones en la salud física generadas por las prácticas de feminización utilizadas	10 j 11-13 15 18 y 19

*Prueba piloto: explicado en el apartado nueve.

*Ejecución del estudio: Se realizó durante noviembre 2008 a febrero 2009. Este periodo incluye reuniones de trabajo para la divulgación y promoción de la investigación al grupo de líderes de la población transgénero, reuniones de programación de actividades de recolección de datos y realización de las entrevistas.

*Recolección: Realizado únicamente por el equipo investigador.

- **Sesgos de Selección**

La estrategia muestral fue no probabilística por conveniencia, cumpliendo criterios de selección y exclusión previamente expuestos.

Para la selección se explicó a la persona líder de la población que acompañaba al grupo de investigadores los criterios de selección, quien seleccionó y confirmó al inicio de la entrevista el cumplimiento de los criterios; luego al principio de la entrevista el entrevistador verificó los criterios de selección.

- **Definición de grupo de estudio**

Transgénero: son transexuales, que por razones económicas o de auto descubrimiento desisten de modificar sus órganos sexuales pélvicos externos y viven una vida social, laboral y afectiva sin que la operación sea necesaria.

Transgénero transvesti: usa el atuendo del sexo opuesto como forma más de expresar su profundo deseo de cambiar una apariencia, pero por factores económicos y sociales viste con las ropas propias de su sexo en parte del día.

- Errores aleatorios

*Consentimiento: se solicitó la aceptación y consentimiento informado, mediante un contrato verbal previo a la entrevista. (Ver anexo 3)

*Revisión de literatura del tema: se consultó revisión bibliográfica y artículos publicados recientemente para dar validez al marco teórico.

- Errores aleatorios

I (alfa) = Este error está asociado a evitar rechazar algo cierto, para evitar realizarlo se dejó constancia de la entrevista para no descartar información, luego los datos fueron transformados en gráficos, siguiendo los objetivos y variables del estudio.

II (beta) = Este error busca no incluir algo falso en la investigación, durante el proceso de recolección de la información, la persona líder de la población habló con cada entrevistada y se solicitó la mayor información posible, sinceridad y honestidad en las respuestas obtenidas, realizando un contrato verbal previo a la entrevista.

3.1.12. CONSIDERACIONES ETICAS

- Privacidad: Solo se manejó número de encuestas y no nombres o direcciones.
- Consentimiento: se solicitó la aceptación del estudio previo a la entrevista, por lo que se explicó el consentimiento informado (ver anexo 3).

- Devolución: El estudio se entregará a las instituciones colaboradoras las cuales dispondrán de la información.
- Anonimato: Ninguna guía de entrevista tienen identificación de persona entrevistada. Además se garantizara la destrucción de toda la información originada para la realización de la investigación, después del cumplimiento de las evaluaciones correspondientes.

3.1.13. VARIABLES

- Variable independiente: practicas de feminización de transgéneros.
- Variables dependiente: manifestaciones en la salud física generadas por las prácticas de feminización utilizadas.

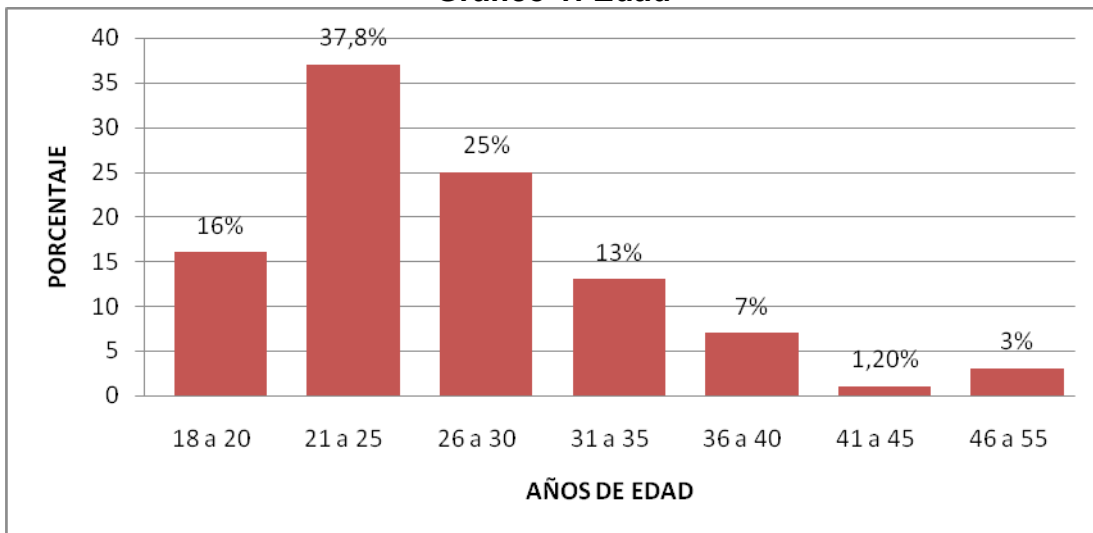
3.1.14. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala
Independiente Prácticas de feminización	Son las formas utilizadas para llegar a transformar su cuerpo al sexo deseado en este caso el de una mujer	Mecanismos utilizados para feminizar su cuerpo	Procedimiento utilizado	Etnoprácticas	Menciona alguna práctica que ha realizado para feminizarte, cual es: <ul style="list-style-type: none"> • Hormonización pregunte: si lo utilizo en el último año, tiempo de utilización, forma de obtención, quien lo recomendó, medicamento que toma, dosificación, quien lo aplica. • Aplicación de aceites: que aceite aplica, cuanto se aplico, donde se lo aplica, como se lo aplica, quien lo recomendó, donde lo obtuvo. • Otras practicas no documentada: explique cual es, como la utiliza, desde cuando, quien la recomendó. 	Nominal
				Médico quirúrgico	Has consultado a algún medico para feminizarte. Medico/a general o especialista especifique Que te recomendó Existió algún método quirúrgico que te realizara Cual fue: colocación de silicona liquido en área mamaria, depilación quirúrgica, orquidectomia, colocación de implante mamario o gluteal u otros	Nominal
Dependiente Manifestaciones en la salud física generadas por las prácticas de feminización utilizadas	Son los efectos adversos y complicaciones físicas de acuerdo a la practica utilizada en la modificación de su cuerpo hacia el sexo deseado	Consecuencias físicas en la utilización de los mecanismos feminizantes	Efectos adversos	Etnoprácticas	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonización: cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal, fatiga y náuseas, u otros. • Aplicación de aceites: dolor en la zona de aplicación, hematomas, náuseas vómito, u otros. • Otros: documentarlas de acuerdo a método utilizado 	Nominal
				Médico quirúrgicas	Da acuerdo a método utilizado para feminizarse <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de silicona: dolor, infiltración de líquido, infección de zona de aplicación, otros especifique. • Depilación quirúrgica: enrojecimiento, u otros especifique. • Orquidectomia: dolor, infección en herida, cambios físicos experimentados, u otros especifique. • Implante: dolor, infección de herida operatoria, u 	Nominal

					otros especifique.	
			Complicaciones	Etnopráticas	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonización: trombosis, disminución en el deseo sexual, impotencia sexual, cambios de humor incluyendo depresión, migrañas, daño biliar y hepático, obesidad o desarrollar diabetes tipo 2 y prolactinoma. • Aplicación de aceites: diseminación, embolismo pulmonar, deformación física, u otros especifique. • Otros: documentar 	Nominal
				Médico quirúrgicas	<p>Da acuerdo a método utilizado para feminizarse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de silicona: embolismo, anafilaxia, u otros especifique. • Depilación quirúrgica: ninguno • Orquidectomía: rechazo psicológico al procedimiento, infección grave, u otros especifique. • Implante: rechazo, deformidad, u otros especifique. 	Nominal

4.1. PRESENTACION DE RESULTADOS

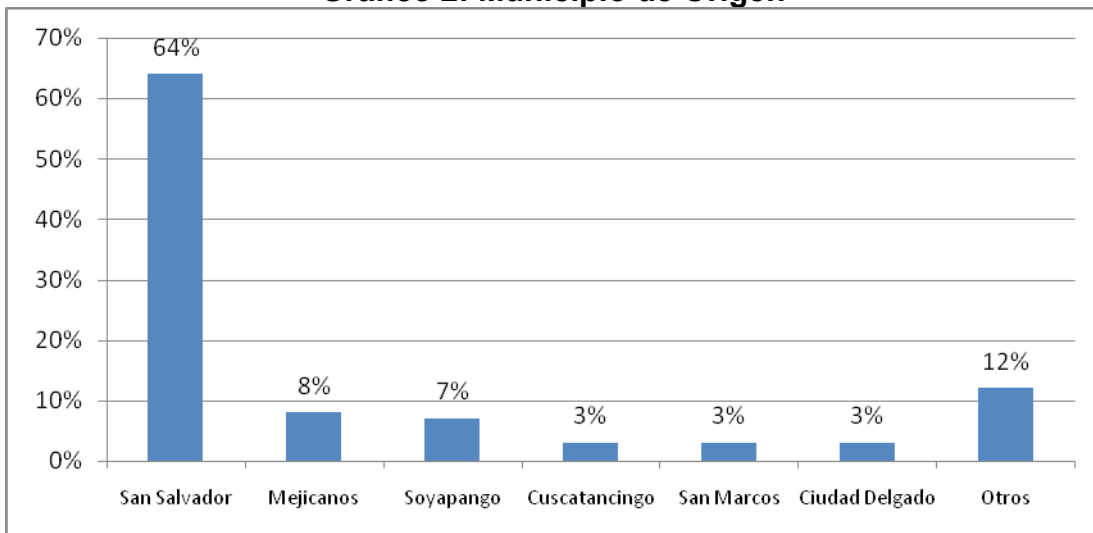
Grafico 1: Edad



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

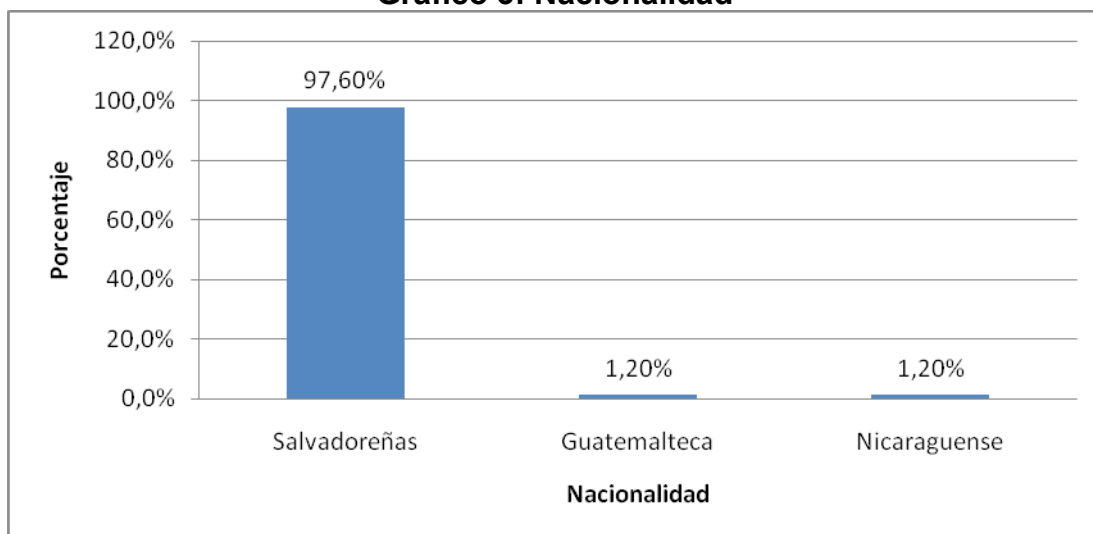
Con respecto a la edad de las entrevistadas, el 37.8% están entre las edades de 21 a 25 años; seguidas con un 25% entre las edades de 26 a 30 años, finalmente las personas mayores de 36 años son el grupo de menor frecuencia conformando en total el 11%. Los datos anteriores indicaron que la población en estudio se encontraba en su mayoría en la edad adulto joven.

Grafico 2: Municipio de Origen



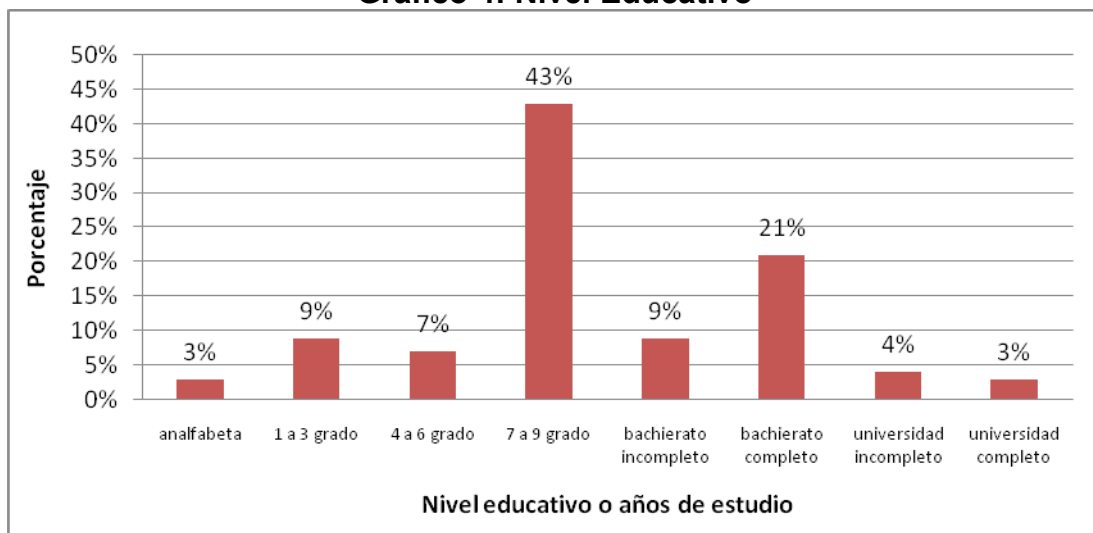
Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al referirse al Municipio de origen la mayoría con un 64% proviene de San Salvador, seguido de Mejicanos con un 8% y Soyapango con un 7%; con un 12% se mencionaron varios Municipios de fuera de la zona metropolitana que se encontraban en San Salvador por motivo laboral. Se interpreta que la población transgénero que participo en el estudio se encuentra concentrada en San Salvador, posiblemente la discriminación o la falta de oportunidades laborales fuera de la capital, incidieron en su migración.

Grafico 3: Nacionalidad

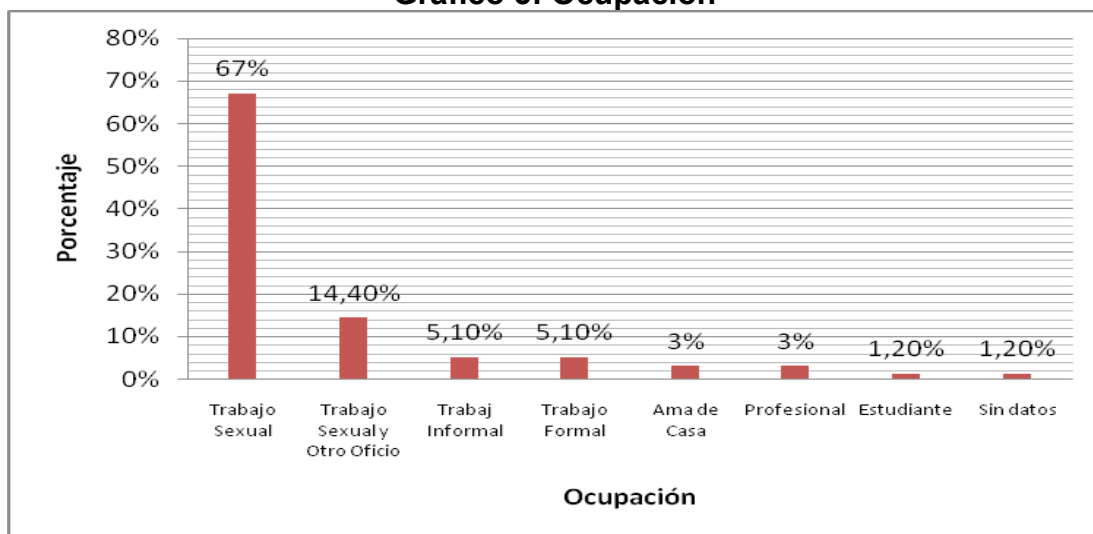
Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al considerar la nacionalidad un 97.6% son Salvadoreñas y solo el 2.4% son de otras nacionalidades como Nicaragüense y Guatemalteca.

Grafico 4: Nivel Educativo

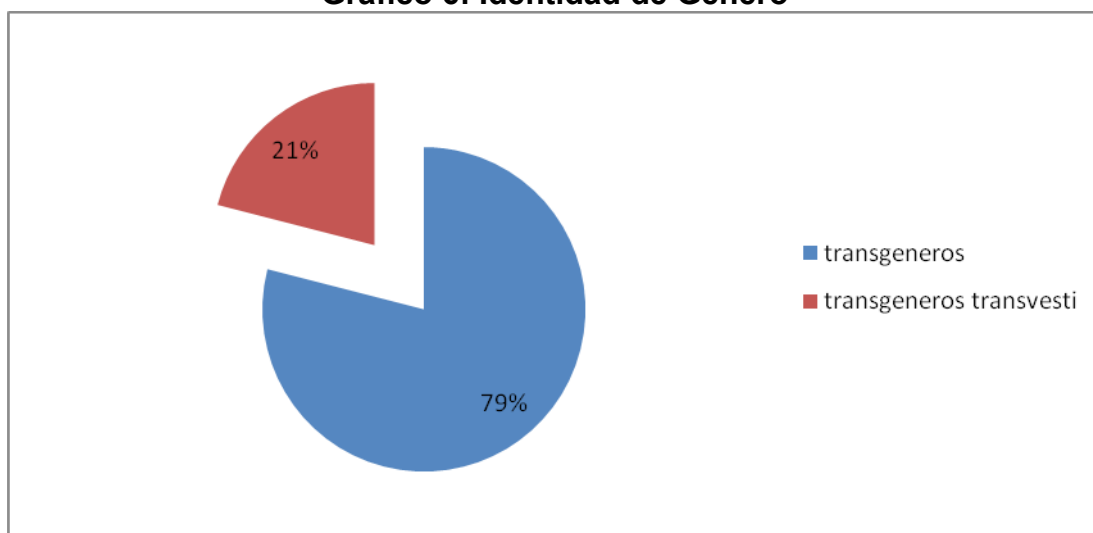
Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

En lo que respecta a el nivel educativo un 43% se encontró entre el 7 a 9 grado, seguido con un 21% de las que lograron terminar el Bachierato; en el otro extremo un 3% es analfabeta y un 9% realizo entre el 1 a 3 grado. La mayoría de las unidades de análisis tienen un bajo nivel académico, impidiéndoles un acceso a un empleo mejor remunerado; finalmente son pocas las que obtuvieron una carrera académica, solo tres, esta carrera les facilitaría un empleo mejor pagado.

Gráfico 5: Ocupación

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

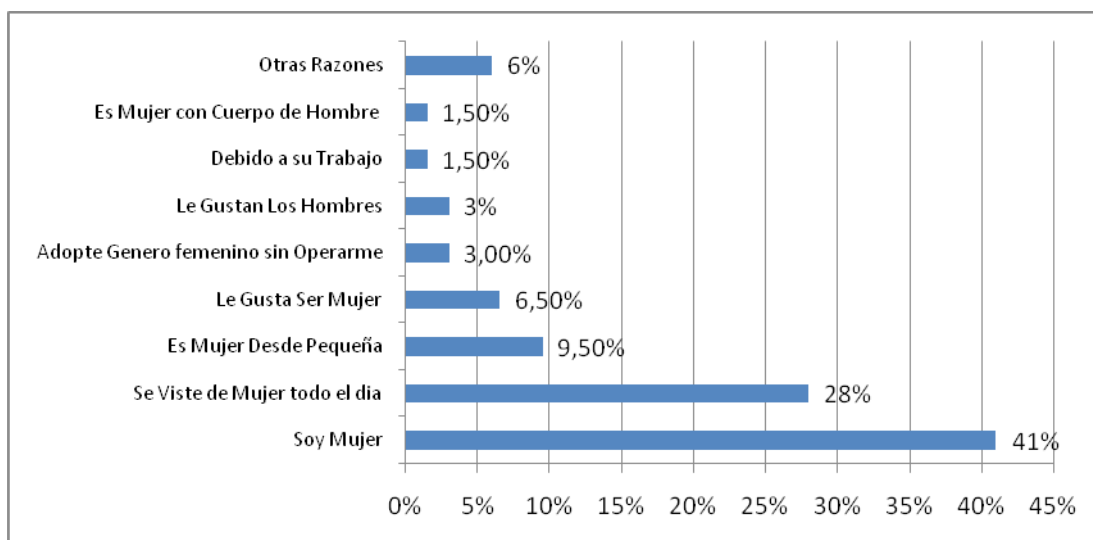
De acuerdo a la ocupación un 67% se dedica al trabajo sexual exclusivamente, seguido de un 14.4% que alterna el trabajo sexual con otro oficio, con menor porcentaje un 5.1% tiene un trabajo informal, un 3% es ama de casa y también un 3% es profesional. El nivel académico explicado en el gráfico 4 y la discriminación mencionada posteriormente, pueden ser los factores que más influyen en que la población recurra al trabajo sexual como medio de subsistencia. Este trabajo las expone a la explotación sexual y a un alto riesgo de contagiarse de infecciones de transmisión sexual.

Gráfico 6: Identidad de Género

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Con respecto a la identidad de Género un 79% son transgeneros y un 21% son transgeneros con prácticas travesti.

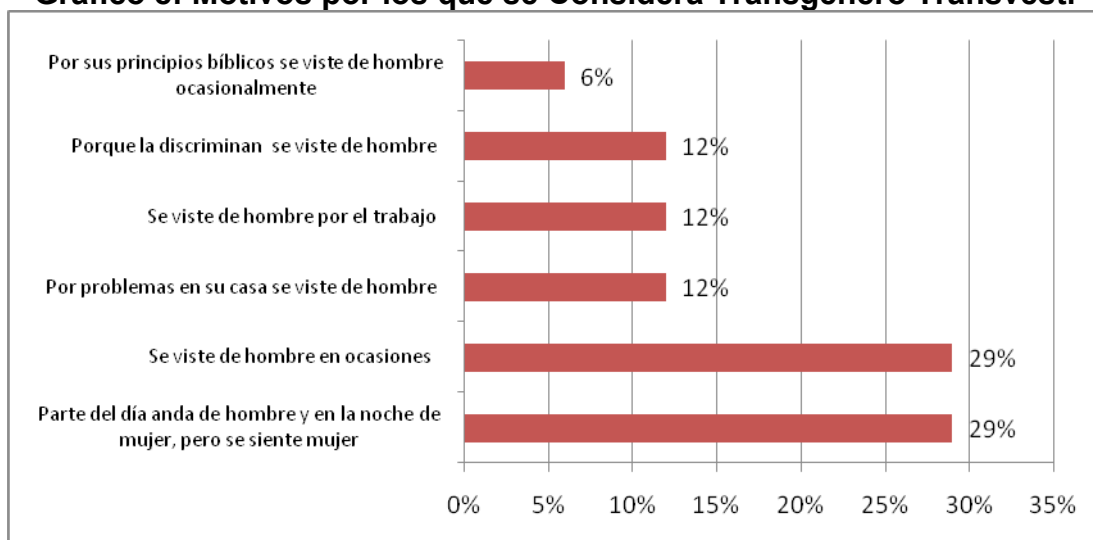
Gráfico 7: Motivos por lo que se Consideran Transgeneros



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al referirnos a los motivos por los que se consideran Transgeneros un 41% se considera mujer, un 28% se viste de mujer durante el día, y en tercer lugar con un 9.5% relacionaron su identidad como algo innato desde la infancia; solo un 3% lo relaciono a su orientación sexual homosexual, un 1.5% a su trabajo sexual y en el mismo porcentaje se considero cuerpo de hombre con mente mujer. En la mayoría de transgéneros, sus motivos de su identidad sexual se relacionan con los criterios de transexualismo explicados en el marco teórico, por lo que una parte de ellas psicológicamente son en realidad transexuales.

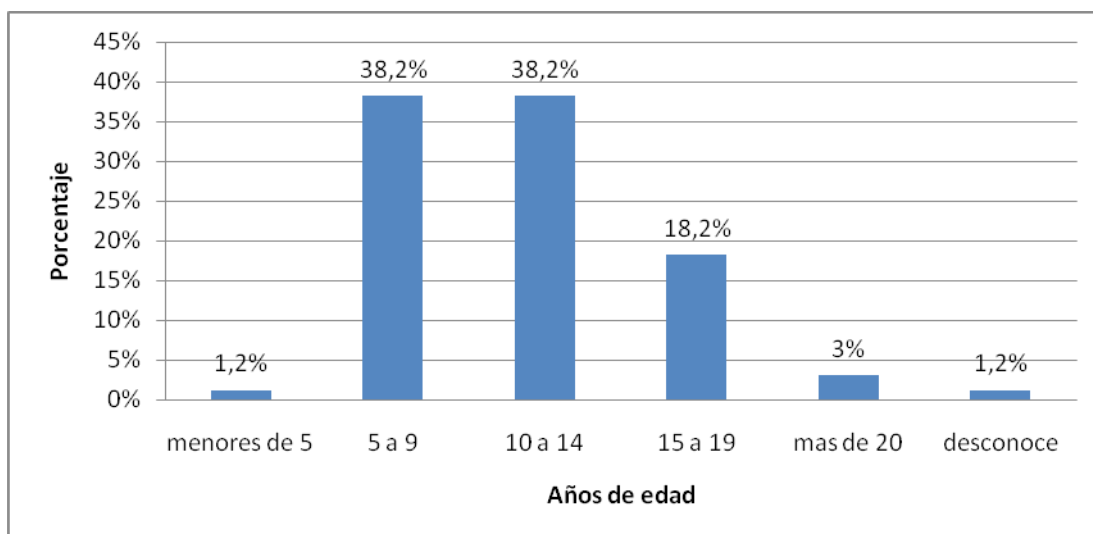
Gráfico 8: Motivos por los que se Considera Transgenero Transvesti



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al considerar los motivos que justifica su transgénerismo travesti, un 29% dijo que a pesar de vestirse de hombre es mujer, con igual porcentaje mencionaron que solo lo realizan en ocasiones; finalmente con menor porcentaje con un 6% menciono razones bíblicas de su comportamiento. La discriminación en diferentes ámbitos sociales ha incidido en su comportamiento transvesti, estos mismos motivos posiblemente influyan en que la población recurra al trabajo sexual como fuente de sostén económico.

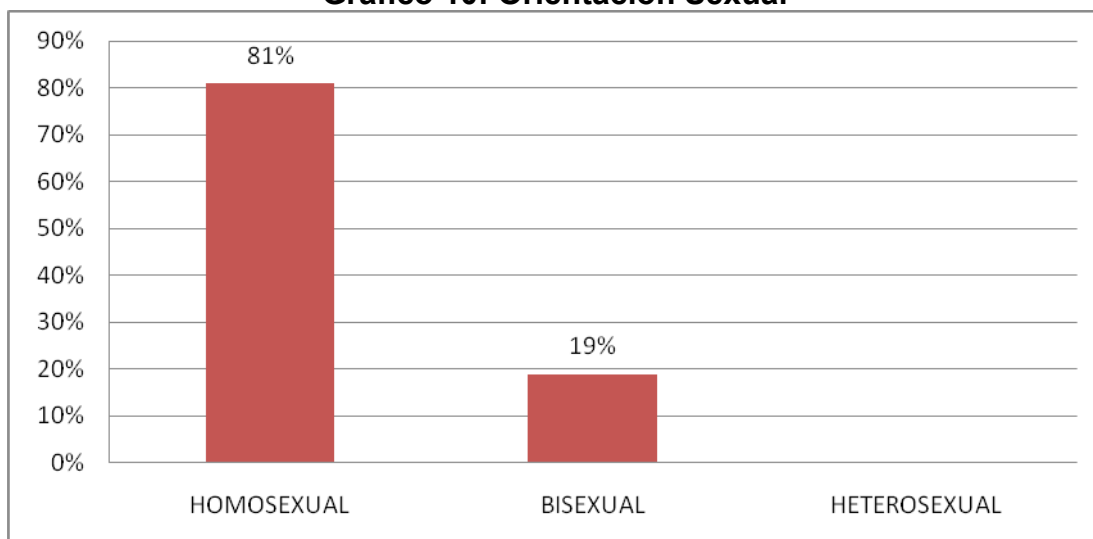
Gráfico 9: Edad de Descubrimiento de Identidad Sexual



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

En lo que respecta a la edad de descubrimiento de su identidad sexual un 38.4% lo reporto entre las edad de 5 a 9 años, con igual porcentaje entre las edades de 10 a 14 años; por otra parte solo un 1.2% lo identifico en menos de 5 años y/o con igual porcentaje desconoce la edad de definición de su identidad sexual. El encuentro a tan temprana edad de su identidad genérica, concuerda con el cuadro clínico descrito anteriormente del transexualismo; donde se menciona la existencia de síndromes que se manifiestan en la niñez y adolescencia, y que su persistencia incide en su transexualismo en la adultez. Además estos datos afirman la teoría de una causa genética aun no descubierta del origen del fenómeno trans, confirmado mas adelante con los datos proporcionados, sobre la edad de inicio de la hormonización, la cual casi coincide con la de su descubrimiento transgénerico.

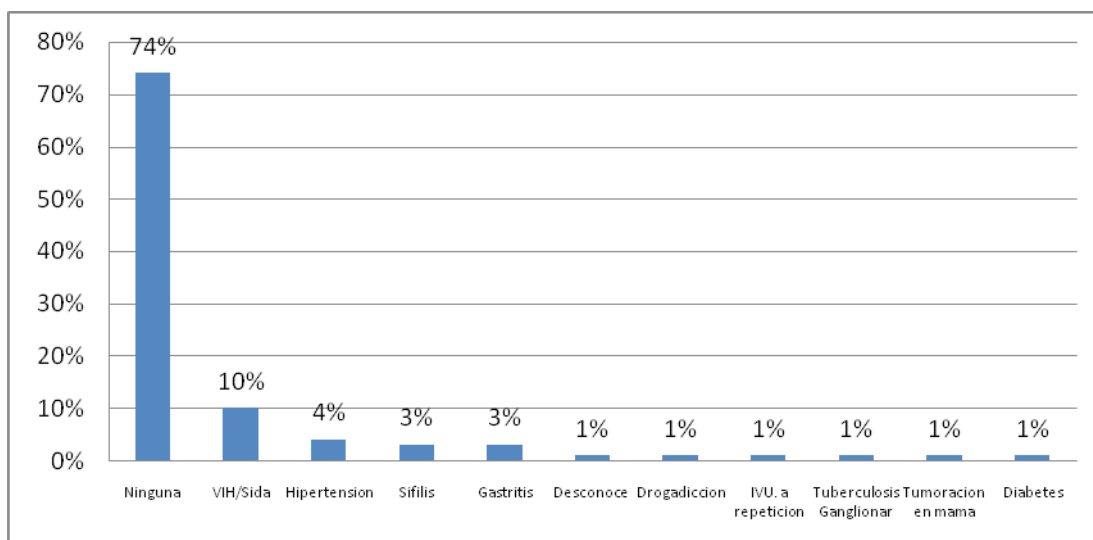
Grafico 10: Orientación Sexual



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

De acuerdo a la orientación sexual, un 81% se considero homosexual y un 19% bisexual, nadie se identifico como heterosexual. El transexualismo es una manifestación de la identidad sexual, la orientación sexual es independiente de su identidad sexual, sin embargo la adopción de las conductas del género deseado, hace mas posible la homosexualidad o androfilia de la población transgénerico de masculino a femenino, como lo muestran los datos anteriores.

Grafico 11: Antecedentes de Salud



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Con respecto a los antecedentes de salud un 74% no reporto antecedentes contributorios; seguido de un 10% que menciono el VIH, un 4% con Hipertensión; otras enfermedades reportadas con menos del 1% son tuberculosis, diabetes, drogadicción entre otras. Las enfermedades e infecciones reportadas en sus antecedentes, reflejan el riesgo laboral al que se exponen, al dedicarse al trabajo sexual; además de su riesgo socio ambiental que favorece la aparición de enfermedades como drogadicción y tuberculosis.

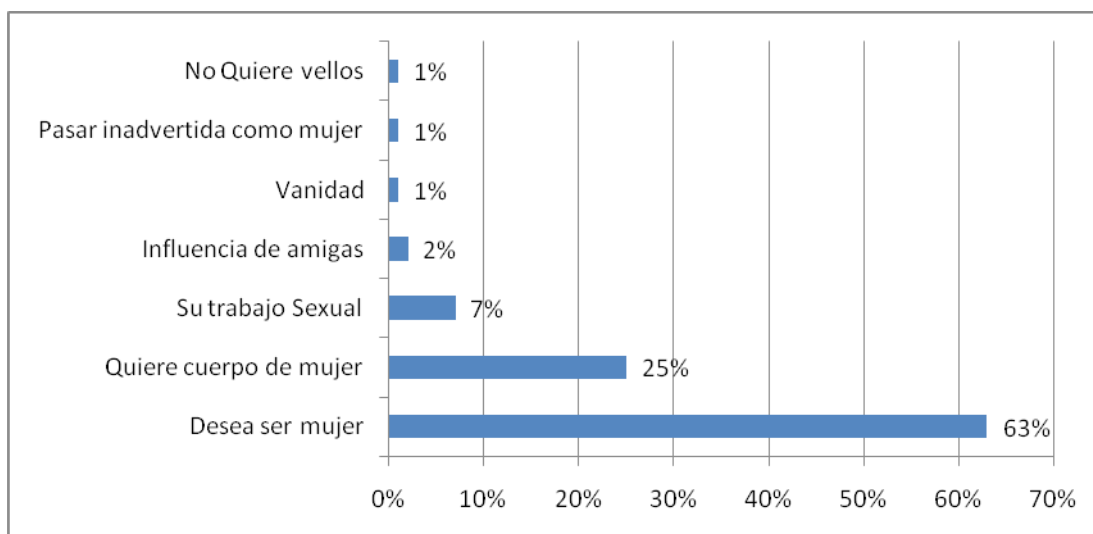
Tabla 1: Medicamentos utilizados en Enfermedades actuales

Medicamento	Frecuencia
Ninguno	8
Terapia antirretroviral	5
Abandono terapia antirretroviral	1
Penicilina por 3 meses	1
Terapia con antifimica	1
Tratamiento con antibióticos	1
Tratamiento con antihipertensivos que abandono	1

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

En relación a los padecimientos actuales, se exploró el tratamiento recibido; encontrando que de las 8 con VIH, 6 toman o han tomado antirretrovirales, de las cuales una abandono tratamiento y el resto con VIH, que son dos no ha llegado a etapa Sida; en cuanto a la sífilis de las tres infectadas todas reciben tratamiento; y el resto de patologías mencionadas no se reportó uso de medicamentos.

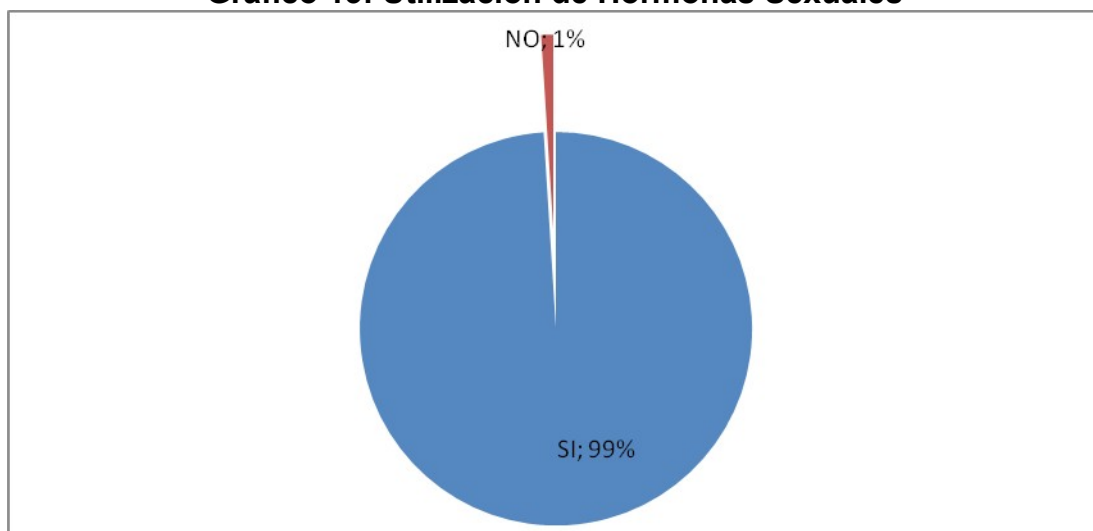
Grafico 12: Motivos de su feminización



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al referirnos a los motivos de la feminización un 63% menciona su deseo de ser mujer, un 25% el deseo de tener cuerpo de mujer; con menor frecuencia, en un porcentaje del 1% se menciona vanidad, pasar inadvertida como mujer y no querer vellos respectivamente. Las razones expuestas en este grafico en su mayoría coinciden con los criterios de transexualismo expuestos en el marco teórico.

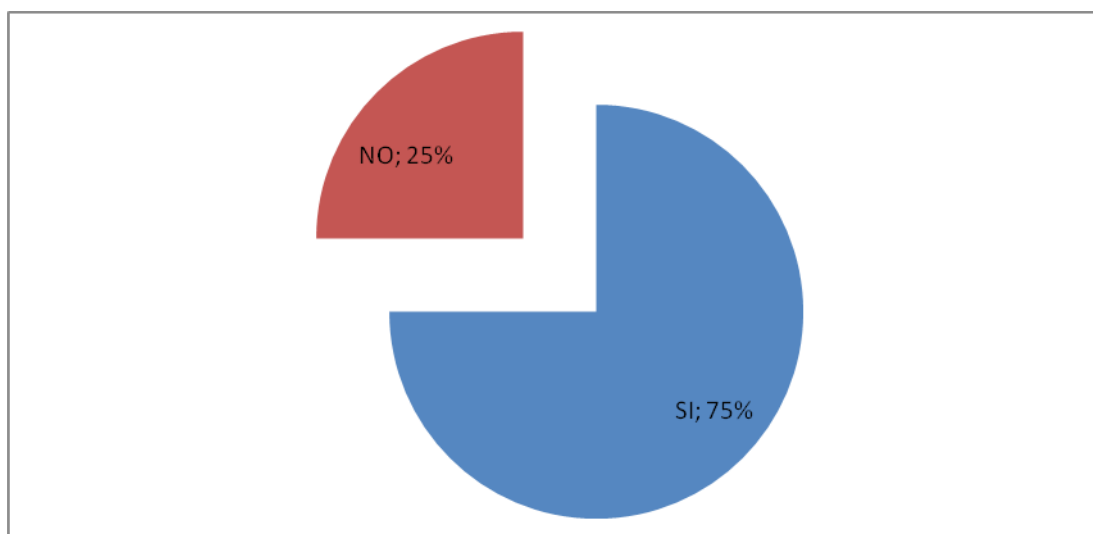
Grafico 13: Utilización de Hormonas Sexuales



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al considerar la utilización de las hormonas sexuales femeninas un 99% de las entrevistadas las uso alguna vez en la vida. En su mayoría en alguna etapa de su vida la población entrevistada se feminizo, lo cual reafirma su condición de transgénero adoptada, por su necesidad de experimentar un cambio de su cuerpo masculino, lo anterior contrastar con lo observado en el grafico 7 donde dentro de sus motivos de transgénerismo se reporto la orientación sexual y el trabajo sexual, estas no son motivos justificables de su condición de género; pero el que se feminizaran demuestra su transgenerismo innato.

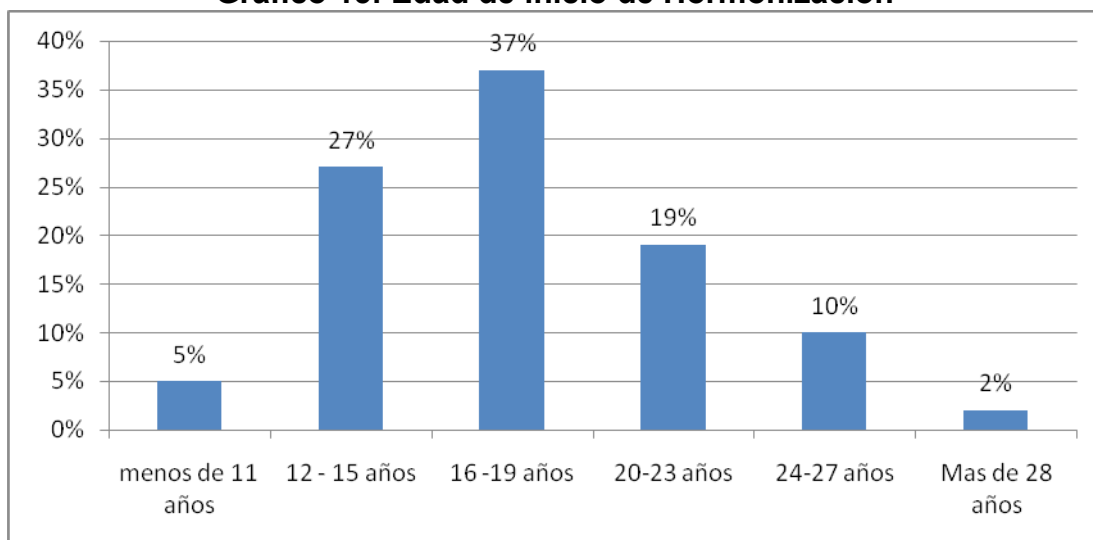
Grafico 14: Utilización de Hormonas Sexuales en el último año



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

En lo que respecta al uso de hormonas sexuales femeninas en el último año, un 75% de las entrevistadas refirió uso de ellas, mientras el resto, un 25% tiene más de un año de no utilizarlas. El que una de cada cuatro no utilice las hormonas sexuales actualmente, pueda ser porque estén satisfechas del cuerpo logrado por sus prácticas de feminización o los efectos experimentados hacen que rechacen sus uso actual.

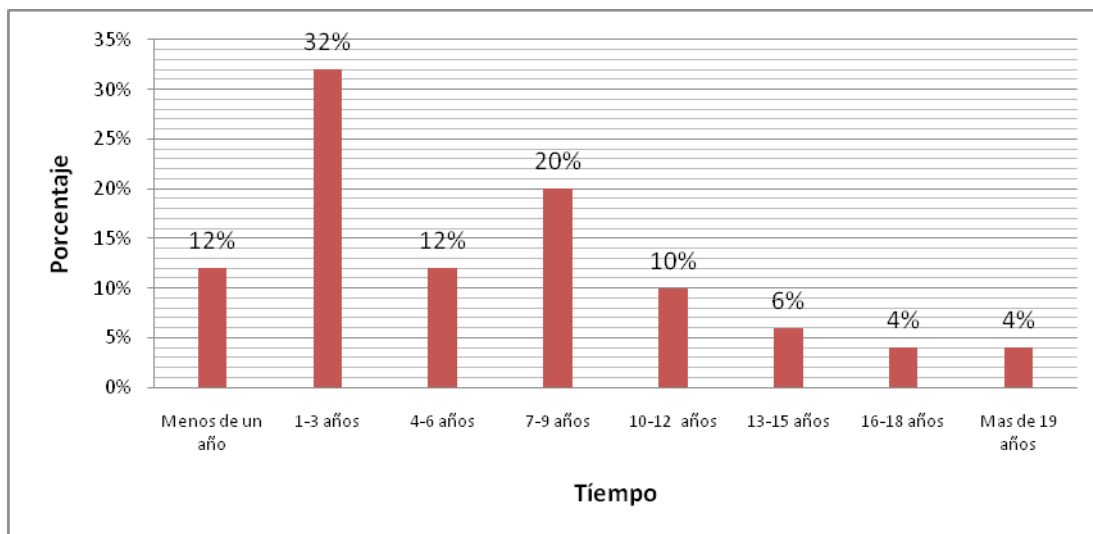
Gráfico 15: Edad de inicio de Hormonización



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

De acuerdo con la edad en que iniciaron la hormonización un 37% iniciaron entre los 16 a 19 años, seguido de un 27% entre las edades de 12 a 15 años; por otro lado un 10% lo iniciaron entre los 24 a 27 años, y 2% tenía más de 28 años al iniciar su uso. Los datos anteriores ejemplifican la teórica genética del origen del transexualismo, por el inicio a tan temprana edad de la utilización de las hormonas para feminizarse. Además la adolescencia también se caracteriza por la toma de conductas de riesgo sin evaluar las consecuencias, por lo que al auto medicarse, arriesgan su vida por utilizar grandes concentraciones para feminizarse sin importar las efectos, como lo ejemplifica los gráficos 23, 24, 25 y la tabla 2.

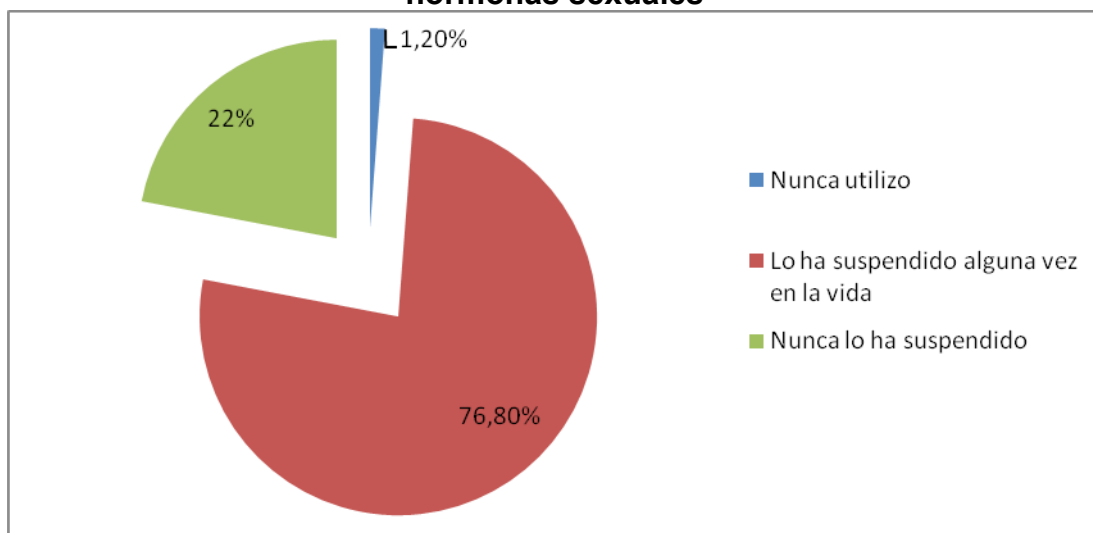
Gráfico 16: Tiempo de Utilización de Hormonas Sexuales



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

En relación al tiempo de utilización de las hormonas se reportó que un 32% lo han utilizado entre 1 a 3 años, seguido de un 20% entre 7 a 9 años; en caso contrario solo un 4% lo ha utilizado entre 16 a 18 años, con igual porcentaje existe un grupo que las ha usado por más de 19 años. Los datos demuestran que en su mayoría el proceso de feminización lo han iniciado hace menos de tres años, pero la característica del mismo gráfico exponen que esta población las utilizará a lo largo de su vida, para feminizarse.

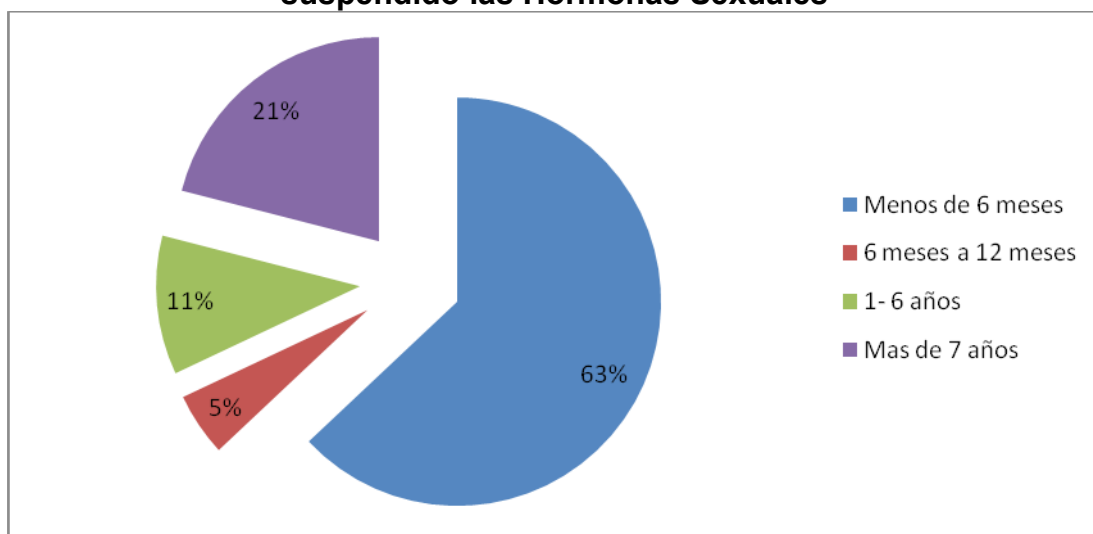
Grafico 17: Usuaris que nunca han suspendido la utilización de hormonas sexuales



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

De acuerdo al uso de las hormonas sexuales, solo un 22% de las entrevistadas nunca suspendió el consumo de las hormonas. La gran mayoría pudo haberlas suspendido por sus costo, reacciones adversas o satisfacción de efectos feminizantes; más adelante se explica que utilizan las hormonas intermitente, por lo que en realidad no han suspendido la hormonización, sino que sencillamente esperan un largo periodo para reiniciar su utilización, esperando que disminuyan sus efectos adversos, debido a que se dosifican grandes concentraciones de hormonales.

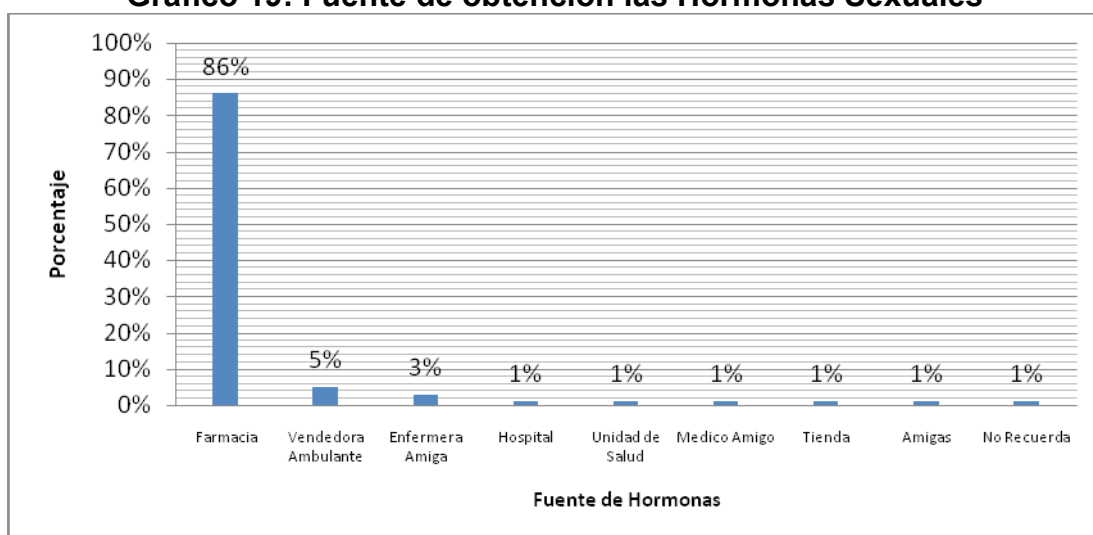
Grafico 18: Tiempo de Utilización de Usuaris que nunca han suspendido las Hormonas Sexuales



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Con respecto al tiempo de utilización de las hormonas sexuales en las 18 usuarias que nunca las han suspendido, se reporto que un 63% tiene menos de 6 meses de utilizarlas, seguido con un 21% de las que la utilizan por más de 7 años, pero solo un 5% menciona su uso entre 6 a 12 meses. Posiblemente su continuidad del uso de la hormonas se deba a la dosificación de pequeñas cantidades, por lo tanto la presentación de menos efectos adversos, incidiendo en sus suspensión o no.

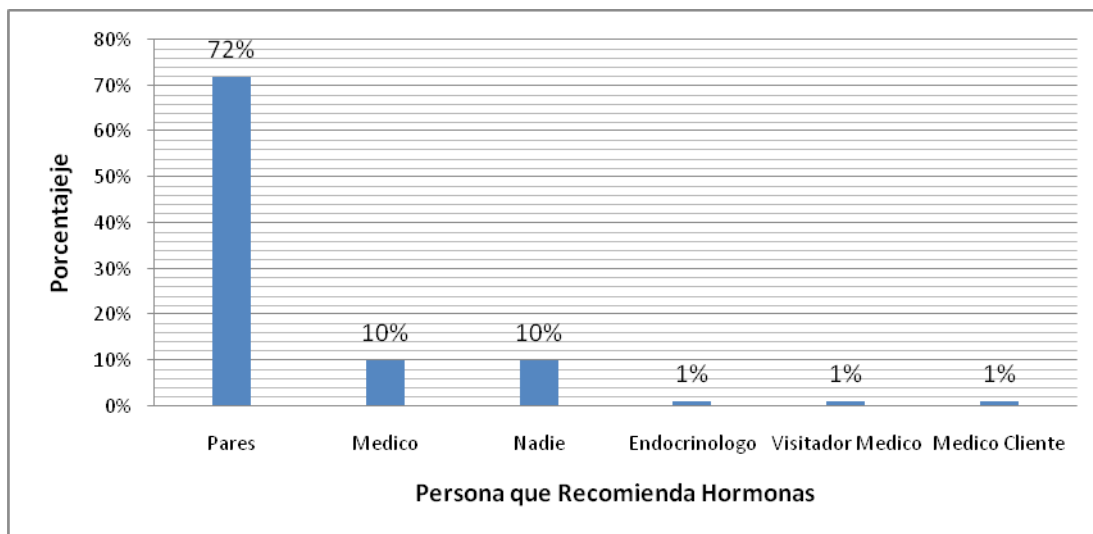
Grafico 19: Fuente de obtención las Hormonas Sexuales



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al referirnos a la fuente de donde obtuvieron las hormonas un 86% las compro en la farmacia; en otro orden se reporto con solo el 1% respectivamente en Hospital, medico amigo, tienda, amigas y unidad de salud. La falta de regulación en la venta y distribución de medicamentos en el país favorece que sean las farmacias la principal fuentes de obtención de las hormonas.

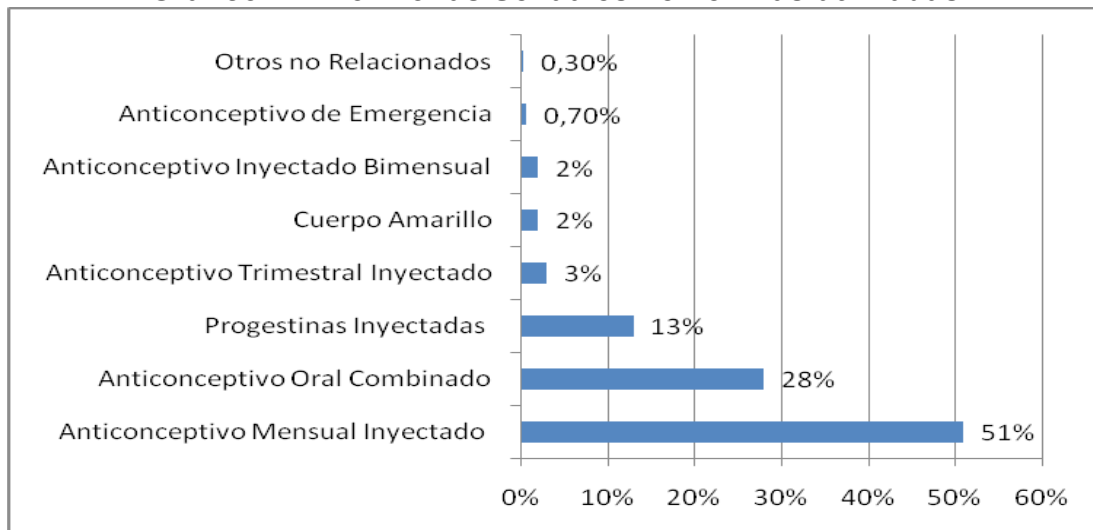
Grafico 20: Persona que Recomienda el Uso de Hormonas Sexuales



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al considerar la persona que les recomendó el uso de las hormonas se reportó un 72% fueron pares, un 10% respectivamente mencionó médico o que se auto medicaron; por otro lado el 1% respectivamente se mencionó endocrinólogo, visitador médico y médico cliente. La falta de servicios de salud que satisfagan las necesidades de la población, inciden en que la principal fuente de recomendación del uso de las hormonales sean otras trans, y en menor presencia personal de salud o clientes médicos del trabajo sexual.

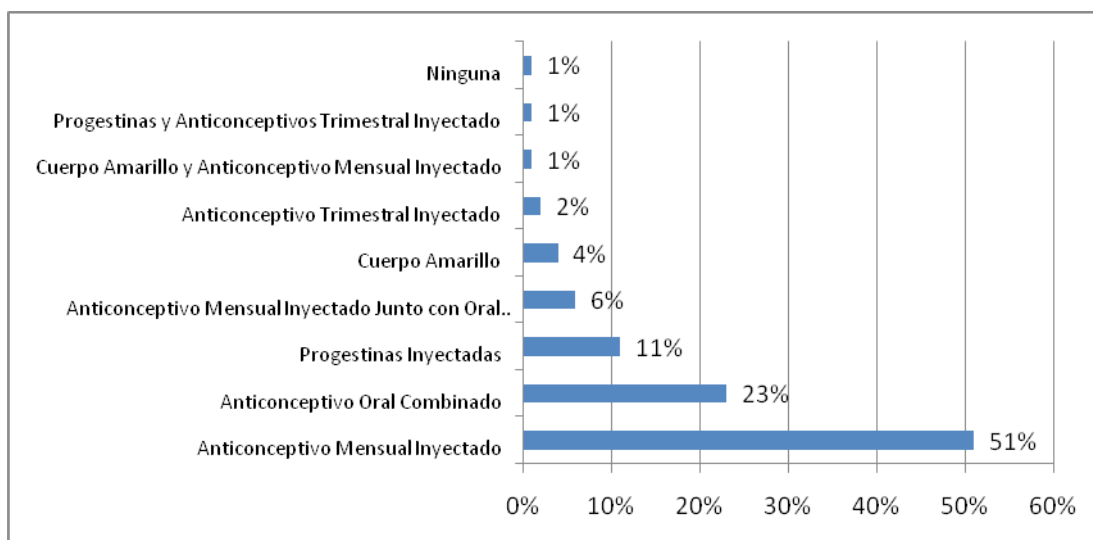
Grafico 21: Hormonas Sexuales Femeninas utilizadas



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

En lo que respecta las hormonas sexuales más utilizadas se menciona un 51% los anticonceptivos mensuales inyectados, seguidos con un 28% de los anticonceptivos orales combinados, con menor porcentaje se mencionan con un 0.7% anticonceptivos de emergencia y un 0.3% menciono otros fármacos que no son hormonas como multivitaminas (por ejemplo el perfectil). Es de esperar que las presentaciones hormonales, que contengan la hormona estrógeno sean las más utilizadas, debido a que las características feminizantes se logran por los efectos de esta hormona y no por los progestágenos.

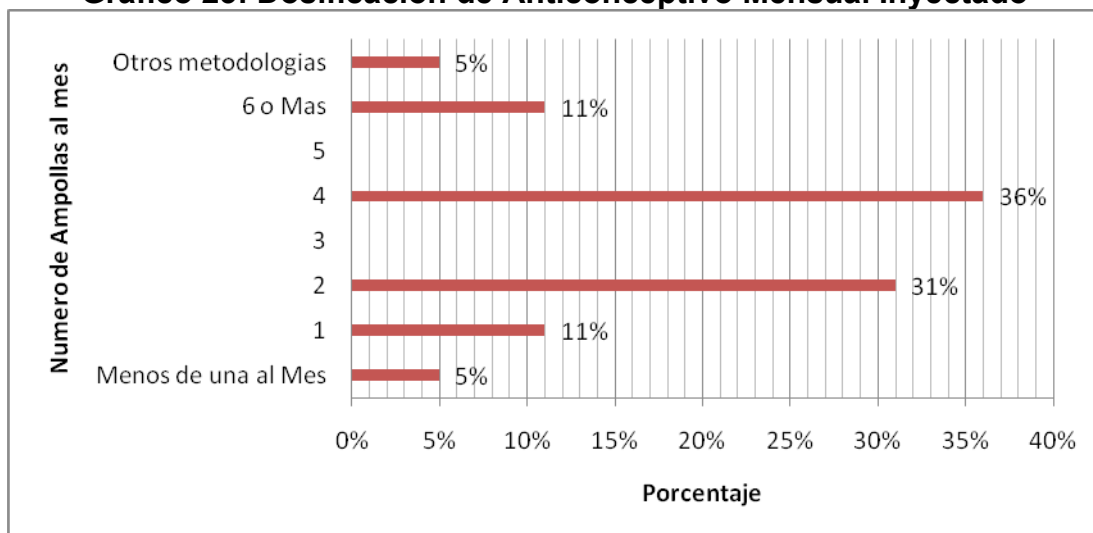
Grafico 22: Hormonas sexuales utilizadas con mejores resultados en su feminización



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

De acuerdo a las hormonas sexuales que los feminizaron mejor un 51% menciono los anticonceptivos mensuales inyectados, seguido con un 23% de los anticonceptivos orales combinados, en el otro extremo con un 1% respectivamente se mencionan combinación de cuerpo amarillo con el anticonceptivo mensual, progestinas con anticonceptivo trimestral o que ningún medicamento las ayudo a feminizarse. Nuevamente las presentaciones que contiene estrógeno feminizaron mejor que otras que contenían solo progestágenos.

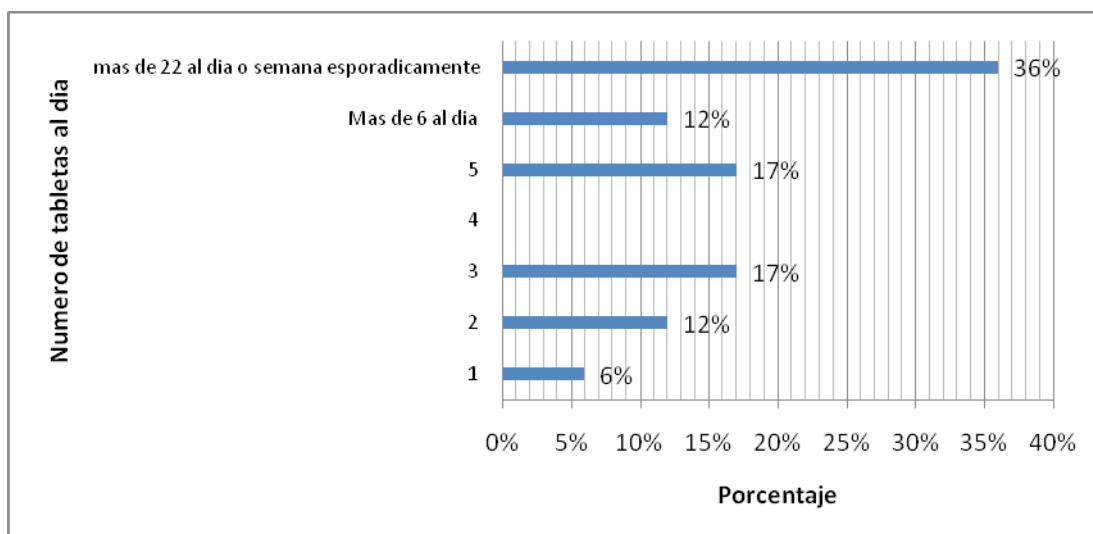
Gráfico 23: Dosificación de Anticonceptivo Mensual Inyectado



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

En relación a la forma de dosificación del anticonceptivo mensual inyectado con un 36% se colocó 4 ampollas mensuales, seguido con un 31% con 2 ampollas mensuales, sin embargo con solo un 5% respectivamente se reporto menos de una al mes u otra metodología de colocación del anticonceptivo en glúteo y cadera. El gráfico ejemplifica el riesgo a su salud al utilizar más de una ampolla al mes y por lo tanto se exponen a los efectos adversos con más frecuencia.

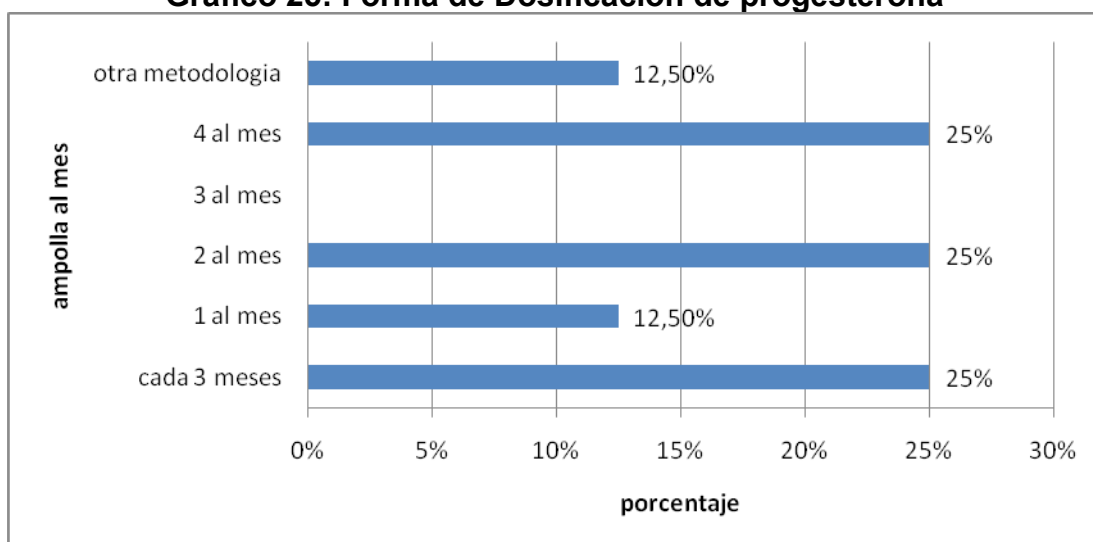
Gráfico 24: Dosificación de Anticonceptivo Oral Combinado



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Con respecto a la forma de dosificación del anticonceptivo oral combinado un 36% utilizan metodología de grandes dosis tomadas esporádicamente, seguido con un 17% respectivamente quienes tomaron 5 o 3 pastillas al día; y solo un 6% tomaba una pastilla diaria. La población utiliza una pastilla hasta un blister al día o sea 22 pastillas, esta dosificación ejemplifica la necesidad innata de lograr un cuerpo femenino, sin importar el costo en su salud.

Gráfico 25: Forma de Dosificación de progesterona



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al referirnos a la forma de dosificación de la progesterona se reporto con un mismo porcentaje del 25% que se aplicaban cada 3 meses, 1 vez al mes o 4 veces al mes. La progesterona no feminiza o sus efectos son insignificantes, al contrario por la enzima 17B-hidroxiesteroide-deshidrogenasa, la progesterona es transformada en testosterona, por lo que pueden masculinizarse en vez de feminizarse.

Tabla 2: Otras formas de dosificación de hormonas sexuales

Forma de aplicación	Frecuencia	Porcentaje
1 blíster diario de luego 2 ampolla de anticonceptivo mensual cada semana esporádicamente	1	5%
1 blíster por un día con 1 ampolla de anticonceptivo mensual cada mes	1	5%
1 blíster cada 2 días con 1 ampolla cada semana de Progesterona	2	8.75%
1 blíster cada día con 2 ampollas cada mes de anticonceptivo bimensual cada mes	1	5%
6 tabletas cada día con 1 ampolla cada semana de anticonceptivo mensual	2	8.75%
3 tabletas cada día con 2 ampollas de anticonceptivo mensual	2	8.75%
3 tabletas cada día con 1 ampolla cada 3 meses de anticonceptivo trimestral	1	5%
3 tabletas cada 12 horas por una semana y la semana intermedia 2 ampollas de anticonceptivo mensual	1	5%
3 tabletas cada día con 1 ampolla de anticonceptivo mensual cada 8 días	1	5%
3 tabletas cada día con 1 ampolla cada 15 días de anticonceptivo mensual	1	5%
3 tabletas cada día con 1 ampolla cada 3 meses de anticonceptivo mensual	1	5%
2 tabletas cada día con 4 ampollas semanales de anticonceptivo mensual	1	5%
1 tableta diaria por una semana y en la siguiente semana otra 1 ampolla de anticonceptivo mensual	1	5%
1 tableta cada 8 días con 1 ampolla de anticonceptivo mensual cada 4 días esporádicamente	1	5%
1 tableta cada 8 días con 1 ampolla cada 4 días de Progesterona esporádicamente	1	5%
1 ampolla de cuerpo amarillo cada 8 días	1	5%
1 ampolla de cuerpo amarillo cada 15 días	2	8.75%
Total	21	100%

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al considerar otras formas de dosificación de las hormonas sexuales se encontró 17 esquemas que no se pudieron clasificar por su dosificación diversa; en los cuales se reporta desde un blíster diario de anticonceptivos orales, e inclusive 4 ampollas de anticonceptivo mensuales al mes. La tabla anterior ejemplifica lo artesanal de la forma de utilización de las hormonas, debido a que un grupo considerable se dosifico y aplico de forma particular.

Tabla 3: Efectos Feminizantes por el Uso de Hormonas Sexuales

Efectos	Frecuencia	Porcentaje
Aumento de Pecho	55	28%
Más Caderas	37	19%
Glúteos Femeninos	21	11%
Piernas como mujeres	15	7%
Voz femenina	13	6%
Cuerpo femenino	11	5%
Eliminación del vello	11	5%
Cabello mas fino como las mujeres	10	4%
Cara fina	7	3%
Piel fina	7	3%
Aumento de peso	5	2.5%
Manos y pies mas finas	4	2%
Efecto psicológico al no sentirse hombre	3	1.5%
Mas delgada	1	0.5%
Cambio de las uñas	1	0.5%
Pene mas pequeño	1	0.5%
Brazos mas delgados y delicados	1	0.5%
No experimento cambios	2	1%
TOTAL	205	100%

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al explorar los efectos que los feminizo por el uso de hormonas sexuales femeninas, se encontró con un 28% aumento de pecho; y un 19% definición de caderas; por otra parte con un 0.5% se reporto respectivamente mas delgada, cambio de uñas, pene mas pequeños y brazos delicados; finalmente solo 1% no experimento cambio. Los efectos más significativos del uso de las hormonas son la distribución de grasa y vello y el cambio de la piel. Estos cambios son efectos del uso de los estrógenos; sin embargo un grupo menciona efectos no relacionados con el consumo de los estrógenos como la voz, el tamaño del pene y efectos psicológicos de no sentirse hombre, tales datos ejemplifican que la satisfacción de la práctica de la hormonización también incide factores psicógenos en su uso.

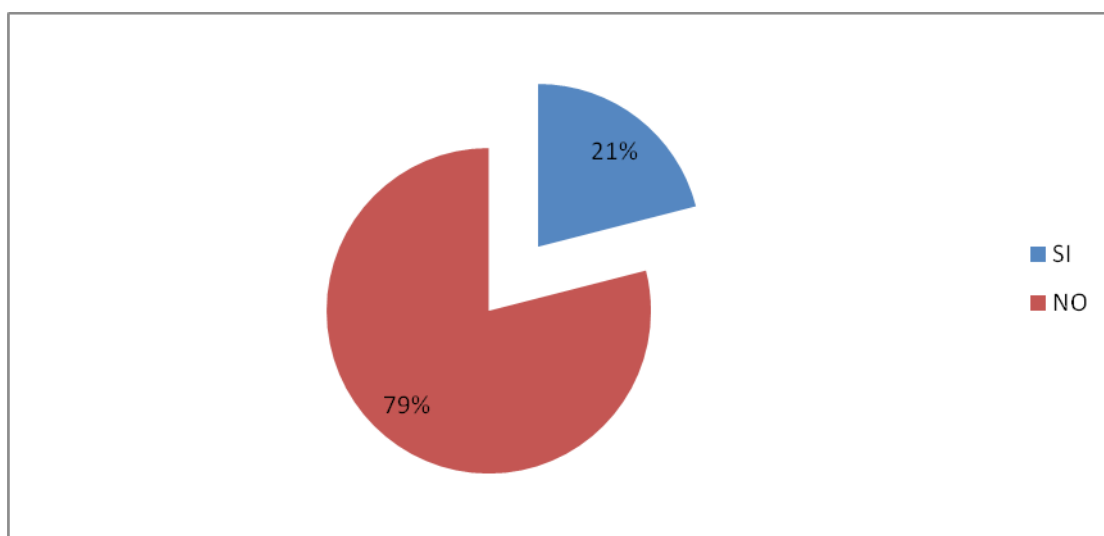
Tabla 4: Efectos secundarios observados durante el Uso de Hormonas Sexuales

Efectos	Frecuencia	Porcentaje
Cambios del estado de animo	20	15%
Aumento de peso y apetito	20	15%
Falta de erección	13	10%
Cefalea intensa	12	9.7%
Vomito y nauseas	11	9%
Machas en la piel (cloasma)	7	5%
Depresión	4	3%
Alergia al medicamento	4	3%
Dolor en el lugar de aplicación	3	2.3%
Crecimiento demasiado del pecho	2	1.5%
Precordialgia	2	1.5%
Celulitis en las piernas	2	1.5%
Palpitaciones	2	1.5%
Fatiga	2	1.5%
Sensibilidad mamaria o piel	2	1.5%
Persiste caderas de hombre	1	1%
Si no los consume se van los pechos	1	1%
Pecho "aguado"	1	1%
Cambios de la consistencia del semen	1	1%
Acné	1	1%
Ronquera	1	1%
Insomnio	1	1%
Le arruinaron los dientes	1	1%
Galactorrea	1	1%
Aumento presión arterial	1	1%
Alteró las várices	1	1%
Provocó histeria	1	1%
Ningún efecto	10	7%
total	134	100%

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al indagar los efectos secundarios reportados por el uso de las hormonas se encontró con un 15% cambios en el estado de animo, también con un 15% manifestó aumento de peso y apetito, y un 10% falta de erección; en lado contrario 7% no reporto ningún efecto. Los efectos secundarios reportados son los que la literatura menciona por el uso de los hormonales, es de destacar efectos adversos reportados en este apartado que ejemplifican el riesgo de salud expuesto por su uso como galactorrea, varices, aumento de presión arterial, palpitaciones y precordialgia; en el análisis de los resultados se expondrán las patologías relacionadas con la sintomatología mencionada.

Grafico 26: Usuaris de Hormonas Sexuales que consultaron Por los efectos secundarios



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al explorar a las usuarias de hormonas que consultaron por los efectos secundarios, un 79% no consulto, pero el resto un 21% si busco atención medica. El que solo un cuarto de la población consultara por la sintomatología ejemplifica el temor de la población a la búsqueda de servicios de salud, debido a que sus prácticas de feminización pueden ser juzgadas por el personal medico como lo muestra la tabla 5, y recurren al servicio de salud solo en casos de emergencia.

Tabla 5: Complicaciones médicas y su solución al uso de hormonas sexuales femeninas

Complicación medica	Solución dada por profesional de la salud	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna complicación		62	79%
Cefalea intensa	Indicación de suspensión	2	3%
Precordialgia y palpitaciones	Indicación de suspensión	2	3%
Plaquetopenia	Transfusión de sangre	1	1%
Sobrepeso	Indicación de suspensión	1	1%
Signos y síntomas de derrame	Indicación de suspensión, que no hizo	1	1%
Cambios emocionales	No quiso atender endocrinólogo	1	1%
Galactorrea	Indicación de suspensión	1	1%
Sensibilidad mamaria	Indicación de suspensión	1	1%
Adormecimiento de glúteos	Indicación Reposo y se auto medico analgésicos	1	1%
Masas en mama	Crema local	1	1%
Gastritis	Tratamiento médico para gastritis	1	1%
Hipertensión Arterial	Tratamiento antihipertensivos que abandono y se auto medico con hierro e hígado crudo inyectado	1	1%
Apendicitis	Indicación de suspensión	1	1%
Otras	No relacionadas	3	4%
Total		80	100%

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al considerar las complicaciones médicas presentadas durante la Hormonización se mencionaron que el 79% no reporto ninguna complicación; los problemas mas frecuentes fueron cefalea y precordialgia con palpitaciones con un 3% respectivamente; es de destacar que un 1% presento galactorrea y plaquetopenia, dentro de los de menor frecuencia; estos problemas necesitaron abordaje medico, pero en la mayoría del personal de salud recomendó la suspensión de los anticonceptivos. La tabla demuestra varias situaciones delicadas con respecto a la atención de las usuarias de hormonas: 1-) El principal manejo de las complicaciones de la hormonización fue la recomendación de sus suspensión, no se reporto asesoría o manejo clínico en forma general; indicando desconocimiento del personal de salud sobre la atención de este grupo poblacional; 2-) Que a pesar de su estado de salud, algunas de las usuarias de hormonas continuaron utilizándolas, reflejando la necesidad de adquirir el cuerpo deseado; 3-) Las complicaciones extremas fueron escasas por el uso de las hormonas sexuales.

Tabla 6: Motivo de suspensión de la utilización de las Hormonas Sexuales

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Efectos adversos	34	43%
Económico	7	10%
Satisfacción del efectos	6	8%
Uso de drogas y alcohol	4	5%
Falta de tiempo o se olvida	4	5%
Enfermedad propia (asma, hipertensión y apendicitis)	3	4%
Método intermitente (miedo a intoxicarse)	3	4%
Mucho pecho y cadera le salió	3	4%
Temor al uso de las hormonas	3	4%
Se aburrió	1	1%
Se corto del pelo y se viste de hombre en el día	1	1%
Pastillas muy amargas	1	1%
Nunca las ha suspendido	5	5%
No las suspende sino que las toma esporádicamente	5	5%
Total	80	100%

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al referirnos al motivo de suspensión de la utilización de las hormonas se menciona en un 43% fue por efectos adversos, seguido de un 10% por razones económicas y 8% se sintió satisfecha por los efectos logrados; en menor frecuencia se reportó 1% respectivamente porque se aburrió, se corto el pelo y se viste de hombre en el día y las pastillas son muy amargas. Si recordamos el gráfico 17, menciona que un 76.8% ha suspendido por lo menos una vez la utilización de los hormonales, la presente tabla menciona que los efectos adversos es la principal causa de sus suspensión, si recordamos la utilización de los anticonceptivos es en grandes dosis, por ello no es de extrañar los resultados expuestos. Además nos ejemplifica problemas sociales de la población como la drogadicción y el alcoholismo.

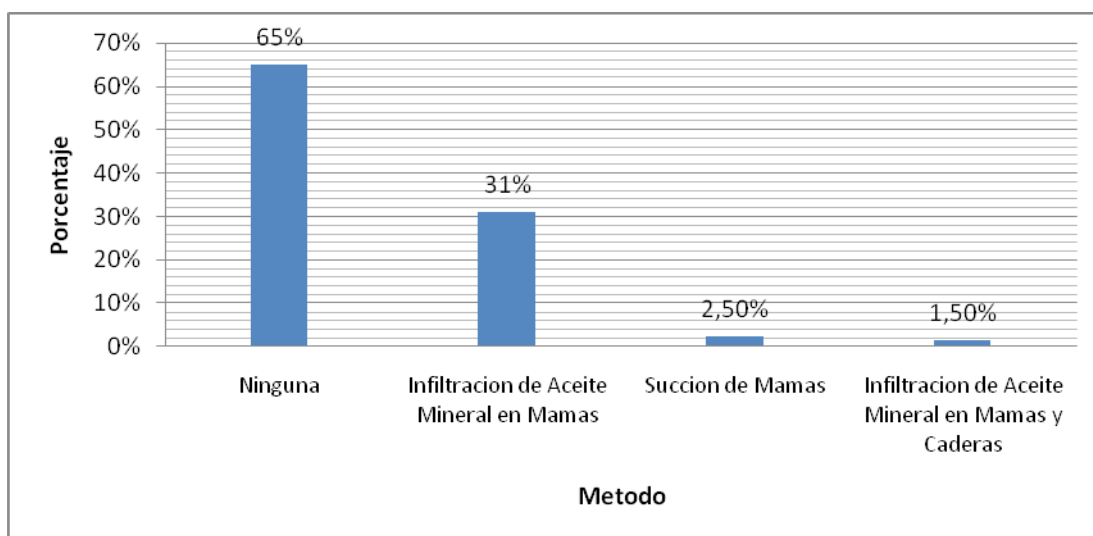
Tabla 7: Efectos adversos reportados en el uso de Hormonas Sexuales femeninas

Efectos	Frecuencia	Porcentaje
Aumento de peso	7	20%
Cefalea intensa	4	12%
Falta de erección	4	12%
Mareo y Vomito	4	12%
Cambios de humor o animo	3	8%
Precordialgia	2	6%
Celulitis	1	3%
Aumento de colesterol	1	3%
Sueño aumentado	1	3%
Plaquetopenia	1	3%
Palpitaciones	1	3%
Dolor en la aplicación	1	3%
Fiebre	1	3%
Sensibilidad mamaria	1	3%
Cansancio y desesperación	1	3%
Alergia al anticonceptivo	1	3%
Total	34	100%

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al indagar los motivos de la suspensión de la hormonización se reportaron con un 43% efectos adversos; mencionando con un 20% aumento de peso, con el 12% cefalea intensa, falta de erección, mareo y vomito respectivamente; con menor frecuencia se destaca plaquetopenia, sensibilidad mamaria y aumento de colesterol con un porcentaje del 3% respectivamente. Estas manifestaciones en la salud en el caso de algunas de ellas ejemplifican complicaciones por el uso de los hormonales; así las palpitaciones y precordialgia puede ser signos de estasis venosa y por lo tanto un evento embólico; la cefalea intensa de un síndrome migrañoso reactivo al uso de hormonas.

Grafico 27: Procedimientos Utilizados No Médicos-Quirúrgicos para Feminizarse



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al mencionar los procedimientos no médico-quirúrgicos utilizados para su feminización un 65% no utilizó ninguno, un 31% utilizó infiltración de aceite mineral en mama, 2.5% realizó succión de mama para favorecer su crecimiento y finalmente un 1.5% infiltró aceite mineral en mama y caderas. La grafica nos muestra otras prácticas realizadas para feminizarse, indicando que las mamas son la parte anatómica por excelencia que buscan modificar en su cuerpo.

Tabla 8: Formas de realizar los procedimientos no medico-quirúrgicos

Procedimiento	Forma de realizarlo	Fr	%
Ninguno		53	65.3%
Inyección de aceite	½ litro en cada mama	1	1.2%

mineral en el área mamaria	2 onzas en 6 inyecciones	1	1.2%
	¼ litro por vez en numero de 10 veces	1	1.2%
	2 frascos de 500 cc en cada mama	2	2.5%
	4 veces en jeringas de 10 cc	1	1.2%
	1 litro en cada pecho	1	1.2%
	500 cc en cada pecho	3	4%
	10 cc en 5 infiltraciones en cada mama	1	1.2%
	500 cc infiltrada en ocho inyecciones realizadas en 4 secciones	1	1.2%
	10 cc por infiltración en 6 sesiones	1	1.2%
	80 cc en infiltración en numero de 8 cada semana en 4 sesiones	1	1.2%
	80 cc en infiltración en 2 sesiones	1	1.2%
	50 cc en cada mama en cada infiltración, en total se aplico 1000 cc	2	2.5%
	500 cc en 20 infiltraciones en 10 sesiones	1	1.2%
	Desconoce que cantidad le aplico amiga	3	4%
	500cc en cada mama en una sesión	1	1.2%
	360 cc en cada mamá en 24 infiltraciones en 3 sesiones	1	1.2%
	400 cc en 27 infiltraciones en sesiones de tres	1	1.2%
	160 cc cada 8 días por un mes	1	1.2%
	Total	22	31%
Mamar pecho por pareja para estimular crecimiento	2	2.5%	
Inyección de aceite mineral en el área mamaria y caderas	1 bote en 3 inyecciones por vez, en numero de 8 y aplicar en caderas en numero de una vez	1	1.2%
TOTAL		28	100%

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al referirnos a las formas de realizar los procedimientos no médicos quirúrgicos con respecto a la infiltración de aceite mineral en mamas, se reportó 19 formas de aplicación en 25 usuarias. La tabla menciona que cada usuaria de aceite dosifico y aplico el aceite de forma distinta, pudiendo denominarse como una etnopráctica artesanal, debido a ello radica un riesgo de salud por la poca sustentación científica de la técnica y el desconocimiento de los resultados a largo plazo.

Tabla 9: Problema de salud al realizar infiltración de aceite mineral

Problema	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	10	35%
Fiebre	4	13%

Inflamación de mama	3	10%
Nauseas y vomito	2	6%
Debido a un golpe recibido se salió el aceite de las mamas y presento ulcera	1	4%
Dificultad para respirar	1	4%
Dolor en área mamaria	1	4%
Celulitis del área mamaria	1	4%
Dolor de cuerpo	1	4%
Coagulación en área de infiltración	1	4%
Exacerbo los ataques de asma	1	4%
Provocó depresión	1	4%
Ansiedad por temor a que aceite se salga de mama	1	4%
TOTAL	28	100%

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Con respecto a los problemas de salud al realizar la infiltración de aceite mineral se reportaron que un 35% no presentó complicación, un 13% fiebre después del procedimiento, seguido de un 10% de inflamación de mama; es de destacar del grupo con menor frecuencia del 4% menciono las reacciones como exacerbación de asma, celulitis de área mamaria y depresión respectivamente. Las manifestaciones presentadas como consecuencia del uso del aceite se relacionan a la reacción del líquido como cuerpo extraño en el organismo, que son: fiebre, inflamación, celulitis, exacerbación de asma entre otros. Tales datos muestran un mayor peligro de utilizar esta práctica por las reacciones del sistema inmunológico, aunque no se reportaron mayores complicaciones en el grupo entrevistado.

Tabla 10: Complicaciones y manejo realizado por la utilización de La Infiltración de aceite mineral u otros procedimientos

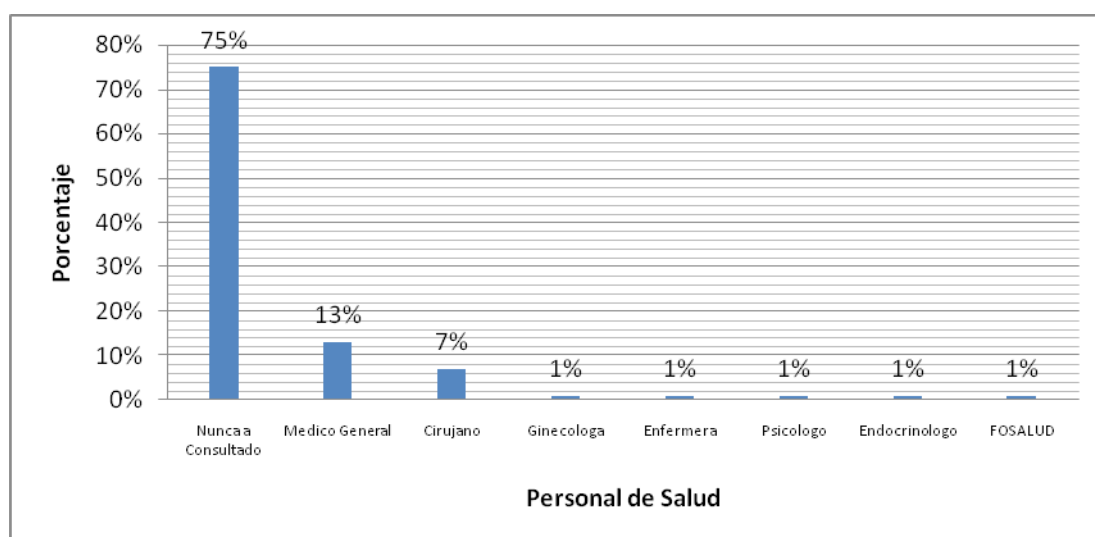
Procedimiento	Problema	Solución
---------------	----------	----------

Infiltración de aceite	Ardor de mamas	Colocación de hielo
	Dolor mamas	Masaje
	Salida de aceite	Aspiración de aceite
	Celulitis	Drenaje de aceite
	Asma	Reposo y manejo sintomático; ella se aspiró el aceite por ansiedad
	Fiebre	Auto medico ciprofloxacina y Acetaminofen
Succión de mama	Dolor	Manejo con compresas frías

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al explorar las complicaciones presentadas y su respectiva solución del uso de uso de la infiltración, es de destacar que en la persona encuestada donde se reportó la salida de aceite, se necesitó aspiración del mismo; otras realizaron automedicación y medidas generales para mejorar sintomatología. Los datos de este apartado demuestran que fueron pocas las que consultaron a un centro de salud por las complicaciones del uso de aceite, y en el caso de dos de ellas para mejorar su sintomatología se necesito extraer el líquido, sin lo cual no se hubiera presentado mejoría clínica, mostrando un peligro de utilizar esta práctica

Grafico 28: Personal de Salud a quien se consulto para feminizarse



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Con respecto a que personal de salud consultó para feminizarse se menciona que un 75% nunca lo hizo, un 13% a médico general y 7% a cirujano; en menor frecuencia del 1% ginecóloga, enfermera, psicólogo respectivamente. Indicando que una de cada cuatro solicitó servicio de feminización a algún facultativo, esto crea la necesidad de generar un programa de atención las necesidades de la población trans.

Tabla 11: Procedimiento o recomendación obtenida del personal de salud en su proceso de feminización

Personal de salud	Solución o procedimiento realizado	Frecuencia	Porcentaje
Nunca ha consultado		61	75.1%
Medico general	No soluciono nada y discrimino	3	4%
	Recomendó hormonas	6	7.5%
	Solo dio consejería	1	1.2%
Cirujano	Recomendó hormonas	2	2.5%
	Cotizó precio de implantes mamarios y de caderas	2	2.5%
	Infiltró colágeno en mamas (México)	1	1.2%
Ginecóloga	Trato cloasma y discrimino	1	1.2%
Enfermera	Recomendó Hormonizacion	1	1.2%
Psicólogo	Manejo de su identidad	1	1.2%
Endocrinólogo	No recomendó nada y discrimino	1	1.2%
FOSALUD	No recomendó nada y discrimino	1	1.2%
TOTAL		81	100%

Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, noviembre 2008- febrero 2009

Al referirnos al procedimiento o recomendación dada por personal de salud para feminizarse se reporta que un 75% nunca consulto; Entre los médicos generales y la enfermeras recomendaron el uso de hormonas sexuales en un 7.5% y 1.2% respectivamente; un 1.2% se realizo infiltración de colágeno en mama, en México por cirujano; un 6.4% no recomendó nada y discrimino. Los datos anteriores demuestran la necesidad de asistencia clínica de la población, la usencia de ella favorece las etnoprácticas.

5.1. ANALISIS

La adultez joven constituye una etapa entre los 20 a 40 años, donde se consolida las capacidades físicas, fertilidad, vigor y proyecto de vida. En el presente estudio la mayoría de la unidad muestral se encontraba en esta etapa, donde se esperaría la consolidación de sus capacidades; sin embargo en decremento del desarrollo cíclico individual, la ocupación principal con un 76% es el trabajo sexual, revelando vulnerabilidad, marginación y pobreza.

Además 6 de cada 10 no alcanzó a terminar el nivel de educación básica, la pobreza influye en la baja escolaridad; es importante mencionar que debido a ello no pueden aspirar a un puesto de trabajo bien remunerado. Los aspectos de trabajo y educación nos dan una radiografía social de la población estudiada, indicando un riesgo de salud, violencia, miseria y marginación social.

Con respecto a la salud es el bienestar biológico, psíquico y social, en el estudio se observó el deterioro de la parte biológica de la salud, en la influencia del trabajo sexual, donde 10% vive con el VIH/Sida; también se encontró hipertensión, sífilis, tuberculosis y diabetes. Las enfermedades mencionadas como VIH, sífilis y tuberculosis tienen una alta relación con las prácticas sexuales de riesgo y la vulnerabilidad socioeconómica en la que viven.

Vivir con VIH/Sida implica estados de ánimo caracterizados por ansiedad, y depresión, sentimiento de culpa, resultado atribuido a su estado de conducta pasada, tanto si existe bases para ello como si no, puede ser independiente de la depresión.

Suele ser frecuente entre hombres que tiene relaciones sexuales con hombres, la culpa debido a que atribuyen su infección a sus conductas sexuales. También están presentes conductas obsesivas compulsivas y ansiedad que puede surgir en el paciente por la preocupación de que la gente le identifique como enfermo en el caso de tener Tuberculosis/Sida.

Al referirse a la identidad sexual, esta se adquiere en la adolescencia, aunque desde la infancia se inicia la identificación y la adaptación de la conducta al sexo asignado. En el estudio se detectó un grupo mínimo que indicó que su identidad sexual y el inicio de la hormonización, fue antes de los 9 años; se puede explicar estos resultados relacionando el diagnóstico de trastorno de identidad sexual desde la infancia, que persistió hasta la edad adulta; estos datos abonan a la teoría de una conformación genética del transexualismo.

En la niñez el transexualismo puede indicar también la existencia de una reactividad traumática; también explicarse por el aprendizaje vicario debido a la transmisión de pensamiento de unos padres con deseo de una hija. Sin embargo cualquier paradigma que se utilice para explicar esta identidad genérica trans a temprana edad no deja de ser una teoría, que necesita de mayor estudio para su comprensión científica.

Al explorar en el estudio las razones de su identidad transgénero de masculino a femenino, se relacionó con los criterios de diagnóstico que la Sociedad de Psiquiatría Norteamericana, a través del instrumento DSM IV, donde se obtuvieron las siguientes respuestas “soy mujer”, “le gusta ser mujer”, “es mujer con cuerpo de hombre”, y otros. Indicando su transexualismo.

En las respuestas obtenidas sobre la identidad sexual, existió un grupo considerable que manifestó razones no justificables con su actual identidad genérica como “porque le gustan los hombre”, “influencia de amigas”, “vanidad”, “por su trabajo (sexual)”, y otros. Esta disyuntiva de identidad y motivos no crea confusión al evaluar su comportamiento, debido a que casi todas han realizado alguna técnica para feminizarse, por lo que es posible, que factores externos influenciaran al iniciar su feminización, pero ya existía una insatisfacción sobre su identidad genérica.

En el estudio los transvesti fueron el 21%; justificaron su comportamiento principalmente por la discriminación. Si anteriormente se menciona la marginación

social, aquí se ejemplifica en el seno familiar, trabajo y en su entorno, por su condición genérica que son discriminadas por la sociedad.

Los transvesti se feminizan, lo anterior cumple con criterios para el diagnóstico de transexualismo según el DSM IV, mencionados en marco teórico. Debido a ello posiblemente este grupo también son transgéneros, esta conceptualización de grupo como transgéneros travesti puede indicar una fase; esta es utilizada para facilitar la aceptación y el desenvolvimiento social, antes de la adopción definitiva de la identidad genérica.

Finalmente con respecto a la identidad, nadie refirió una orientación heterosexual, la identidad sexual o genérica, no tiene relación teórica con la orientación; por lo que en una persona trans se puede ser de orientación heterosexual, bisexual, homosexual o inclusive asexual. Sin embargo la persona que busca identificarse como mujer, adopta la conducta femenina lo cual hace más frecuente la orientación homosexual o androfilicos.

En la población investigada la hormonización es la práctica mas utilizada para feminizarse, debido posiblemente a la accesibilidad y al costo de los anticonceptivos en El Salvador. Esto se refleja debido a que los anticonceptivos fueron los más usados en comparación de otras preparaciones hormonales, como los estrógenos para mujeres climatéricas, donde su costo lo hace de menor acceso.

En las entrevistadas la hormonización fue utilizada en promedio por la mayoría menos de 3 años, pero también se encontró uso de más de 20 años. La edad de inicio de la utilización fue principalmente en la adolescencia, recordar que la unidad muestral se encuentra entre las edades de 20 a 40 años, esto indica que una vez adoptada la identidad genérica en una etapa anterior de la vida, esta persiste en la adultez; reflejándose en la continuidad de la exposición a las hormonas desde la adolescencia.

El riesgo de salud en la hormonización se evidenció desde la forma de obtención de los anticonceptivos, donde 9 de cada 10 los compró en la farmacia; y 7 de cada 10 fue recomendado su uso y aplicación por sus pares. Realmente un grupo no

significativo obtuvo la recomendación de su utilización de algún personal de salud, demostrando que la hormonización es una práctica artesanal de feminización.

En la investigación los anticonceptivos más utilizados fueron las preparaciones mensuales combinadas de estrógeno y progesterona orales e inyectables; así mismo estas fueron las que dieron mejores resultados para la feminización, a diferencia de los anticonceptivos bimensuales o trimestrales que contienen solo progestágenos, y no estrógeno. Es importante recordar que el estrógeno es la hormona sexual por excelencia que da las características sexuales secundarias, razón por lo que estas preparaciones feminizaron mejor.

Con respecto a la utilización de las hormonas sexuales un 18% utilizó preparaciones que solo contienen progestágenos. Preparaciones de progesterona se metaboliza en testosterona, por lo que puede ser la razón de que un 1% no experimentó cambios feminizantes, o también se observara como efectos adversos en un 3% hipercolesterolemia; sin embargo es importante mencionar que la población utiliza formas distintas de preparaciones al mismo tiempo, por lo que la mayoría logró feminizarse.

En el estudio se encontró 62 formas distintas de dosificación de los anticonceptivos, donde la forma más frecuente de utilización fue aplicarse grandes dosis, seguido de un descanso prolongado; Evidencia la desesperación de las entrevistadas por conseguir la figura femenina en corto tiempo, por lo que usan dosis altas, exponiéndose al riesgo de intoxicación.

Además evidencia la falta de acompañamiento del sector salud, en la asistencia durante el procedimiento de feminización, debido a que ninguna de ellas acompañó su hormonización con anti andrógenos para favorecer su proceso.

Se obtuvo con respecto a los cambios físicos por el uso de los anticonceptivos reportados por las entrevistadas principalmente: aumento de mamas y distribución de grasa en caderas, glúteos y piernas. Estas son características sexuales secundarias, y están dentro los efectos del uso del estrógeno. Sin embargo es de destacar que se mencionaron también: cambio de voz, efecto psicológico, piel fina y

cabello femenino, tales características no son efectos del estrógenicos, pero su mención hace destacar el efecto psicógeno de su utilización.

Es importante destacar que un tercio de las entrevistadas necesitó asistencia médica por el uso de anticonceptivos; siendo sus manifestaciones en la salud más frecuentes: cefaleas, cloasma, precordialgia y palpitaciones; destacando dentro de los menos frecuentes el aumento de peso, galactorrea, masa en mamas, gastritis y aumento de la presión arterial. En el siguiente cuadro se compara las complicaciones médicas esperadas por el uso de hormonas sexuales femeninas en hombres según la bibliografía, en comparación con efectos secundarios, razones de suspensión y complicaciones reportadas por las encuestadas.

Cuadro 1: Complicaciones médicas esperadas por el uso de hormonas sexuales femeninas en hombres en comparación con efectos secundarios, razones de suspensión y complicaciones reportadas por encuestadas

Complicaciones reportadas por la literatura	Efectos secundarios reportados	Signos reportados que motivaron su suspensión	Complicaciones que necesitaron asistencia medica
Tromboembolia venosa	Precordialgia (1.5%) Palpitaciones (1.5%)	Precordialgia (2%) Palpitaciones (3%)	Precordialgia y palpitaciones (3%)
Disfunción eréctil	Disfunción eréctil (10%)	Disfunción eréctil (12%)	
Daño hepático	N/I	N/I	N/I
Cambios de humor (depresión)	Cambios del estado de humor (15%) Depresión (3%) Histeria (1%)	Cambios de humor (8%)	
Migraña	Cefalea intensa (9.7%)	Cefalea intensa (12%)	Cefalea intensa (3%)
Prolactinoma (defectos visuales u otro)	Galactorrea (1%)		Galactorrea (1%)
Aumento de la presión arterial	Aumento de la presión arterial (1%)	Hipertensión (1%)	Signos y síntomas de derrame (1%) Hipertensión (1%)
Aumento de peso	Aumento de peso (15%)	Aumento de peso (20%)	Sobrepeso (1%)
Diabetes mellitus	N/I	N/I	N/I

N/I: no investigado

Dentro del cuadro se destaca la presencia de síntomas cardíacos como precordialgia y palpitaciones; estos síntomas indican un aumento de la estasia y la viscosidad sanguínea, lo que favorece eventos tromboembólicos, la presencia de ellos es una indicación para suspender el uso de las hormonas.

Además existe una diferencia en el porcentaje entre los que reportaron el síntoma de precordialgia y palpitaciones, al compararlos con los que motivaron su suspensión o los que consultaron por su presencia; esta diferencia indica que para muchas a lo mejor en un principio estos síntomas no los relacionan con el uso de los anticonceptivos, pero al incrementar su intensidad si lo hacen y motivan su suspensión o la búsqueda de asistencia médica. Lo anterior conlleva mayor riesgo de parte de las usuarias de anticonceptivos, porque el desconocer los síntomas de riesgo, las exponen a mayores complicaciones.

En la erección intervienen procesos vasculares y efectos hormonales, principalmente de andrógenos, el aumento de estrógenos y progestágenos en el hombre provoca la disfunción eréctil; en el cuadro se observa una diferencia en porcentaje entre los que lo mencionan como síntoma o los que motivaron su suspensión.

La diferencia en el reporte de la disfunción eréctil puede estar relacionada con las prácticas sexuales del grupo, para algunos debidos a su trabajo sexual la disfunción eréctil si es un problema, pero otras debido a que posiblemente en las relaciones sexo coitales juegan un papel pasivo, no significó un problema la disfunción eréctil.

Los cambios de humor también son provocados por el uso de las hormonas sexuales, si bien su presencia no significa un riesgo; hay un porcentaje mínimo de la unidad muestral que relaciona su uso a la depresión e histeria, si existiera una predisposición previa a su uso, estos pueden precipitar estos síntomas, indicando un riesgo en su utilización.

La cefalea intensa con síntomas neurológicos es indicativa de suspensión en el uso de anticonceptivos, debido a la posibilidad de eventos cerebrales, hipertensión reactiva o exacerbación de cuadros previos de migraña. En el estudio la cefalea intensa fue el síntoma más mencionado como efecto del uso de las hormonas, existe una diferencia entre los que la mencionan como síntoma y los que los motivó a suspender; esta diferencia se puede relacionar a que en un principio no la relacionan con las anticonceptivos.

La galactorrea que puede ser originado por una prolactinoma, tumor de la hipófisis que surge en un porcentaje mínimo de hombres que se hormonizan. En el estudio este síntoma es mencionado, por lo que se sospecharía la presencia de este tumor en las entrevistadas que reportaron galactorrea.

El aumento de la presión arterial puede ser provocado por el uso de las hormonas; en el estudio un grupo mínimo reportó esta patología, también se menciona síntomas neurológicos vasculares lo cual puede estar relacionando con el uso de los anticonceptivos.

Finalmente el último síntoma reportado es el aumento de peso, resultado esperado del uso de los hormonales, que es el motivo que más originó la suspensión de su utilización, por razones estéticas. Considerando lo anterior, es un factor de riesgo debido a que el aumento de peso, favorece la hipertensión, diabetes entre otros. Lo que no favorece estilos de vida saludables.

Dentro de los datos expuestos en la tabla anterior se desconoce si la suspensión de los anticonceptivos fue definitiva o solo temporal, en los casos donde se encontró mayor complicación, si existiera una suspensión temporal, como en el caso de la mayoría, indicaría un riesgo mayor en el futuro por el uso de las hormonas. Además es importante recordar que las entrevistadas, utilizan grandes dosis lo que favorece la presencia de los efectos adversos.

En general la tabla anterior ejemplifica el riesgo a su salud al utilizar las hormonas principalmente en los efectos cardiacos, cefalea intensa, galactorrea, masa en mamas y sensibilidad mamaria, en los cuales la literatura los clasifica como signos de riesgo y los relacionados a eventos vasculares, tumores e hipertensión.

Los efectos adversos fueron la principal razón de su suspensión en algún momento. Sin embargo factores económicos, uso de drogas y alcoholismo fueron otras causas que motivaron la suspensión en algún momento de los anticonceptivos, que indica aspectos sociales en su uso.

Anteriormente se exploró la presencia del VIH en el grupo de entrevistadas, donde se mencionó que el 10% tiene la infección, la utilización de los anticonceptivos junto con la terapia antirretroviral no esta contraindicada, pero el grupo de entrevistadas utiliza altas dosis de las hormonas, lo cual se desconoce efectos colaterales de su utilización en conjunto con la terapia antirretroviral.

El 1% tiene tuberculosis ganglionar, que es un paciente con VIH, lo anterior cumple la puntuación para caso Sida según los criterios de Caracas. En el caso de la terapia antifímica, esta suspendido la utilización de hormonas sexuales, debido a que ambos son metabolizados a nivel hepático, principalmente la isoniazida y la rifampicina.

El utilizar en conjunto la terapia antifímica con las hormonas, disminuye su acción y por lo tanto favorece la resistencia bacteriana, y complicaciones que pueden llevar a la muerte de las pacientes.

La segunda modalidad más utilizada para feminizarse es la infiltración de aceite mineral en mama, dicha técnica no tiene base científica y no se ha documentado al momento reacciones adversas o complicaciones médicas de tal procedimiento, hasta el presente trabajo.

El 31% de las encuestadas realizaron infiltración de aceite mineral en mama, utilizando diecinueve técnicas distintas de aplicación, infiltración e intervalo de realización. ejemplificando lo artesanal del procedimiento y por lo tanto el riesgo de salud al que se exponen al utilizar técnicas no documentadas en la práctica médica; de ellas el 60% reportaron como efectos de la infiltración cuadros de fiebre, "inflamación", dolor, "celulitis" y coagulación del área mamaria; en todos estos casos el tratamiento médico evitó mayores complicaciones.

Las mayores complicaciones de la infiltración de aceite tenemos un 4% ulceración de zona de aplicación debido a trauma, y otro 4% exacerbo sus ataques de asma,

por lo que se aspiró el aceite; ambos casos relacionan el riesgo de salud en la utilización de la infiltración. (Otros efectos de la infiltración ver anexo 3)

En forma general fue escasa la asistencia médica para el proceso de feminización en las entrevistadas; de las pocas que si consultaron en su mayoría recibieron negativas sobre cualquier procedimiento médico o quirúrgico, o el costo fue demasiado elevado; solo una recibió en México infiltración de colágeno en mamas. Estos datos justifican que debido a la falta de asistencia de algún personal de salud se incurran a procedimientos artesanales o sin base científica que pongan en riesgo su salud.

En resumen las formas de feminización son: la hormonización y la infiltración de aceite mineral; con respecto a la hormonización el riesgo de salud en su uso esta relacionado con la dosificación utilizada por la población, debido a su deseo de tener efectos feminizantes, se aplican grandes concentraciones por lo que reportan en su uso síntomas de alarmas y algunas complicaciones.

En lo que respecta a la infiltración el riesgo en la salud radica en que es una etnopráctica; las que utilizan reportaron en su mayoría efectos secundarios, pero que con tratamiento médico solucionaron las complicaciones reportadas, pero de las que presentaron efectos adversos necesitaron aspirarse el aceite para mejorar su salud. El colocarse un cuerpo extraño en las áreas antes descritas puede provocar desde embolismo hasta shock por respuesta inmune.

6.1. CONCLUSIONES

- Las entrevistadas son transgénero, debido a que no han satisfecho su transformación transexual; sus razones de su transgénero tienen relación con los criterios de transexualismo y la edad de su descubrimiento de la identidad sexual se encontró principalmente entre los 5 a 14 años.
- La Hormonización es el principal método para feminizarse, utilizando especialmente anticonceptivo mensual inyectable y oral combinado, que dio mejor resultado en la feminización por contener estrógenos.

- Las principales manifestaciones en su salud por el uso de las hormonas sexuales femeninas son precordialgia, palpitaciones cefaleas intensas y galactorrea. Las cuales tiene relación con efectos adversos por el uso de anticonceptivos hormonales.
- El uso de grandes dosis de hormonas sexuales femeninas esta asociado a un mayor riesgo de intoxicación. Pero esta forma de utilización ejemplifica la desesperación de feminizar su cuerpo por las entrevistadas.
- Las manifestaciones feminizantes por el uso de anticonceptivos hormonales fue el crecimiento de mamas y la distribución de grasa; aunque se determinó que factores psicológicos favorecieron la satisfacción del uso de las hormonas.
- El trabajo sexual y la baja escolaridad son características sociales de la población entrevistadas, dimensionando su marginación social, pobreza y riesgo de salud.
- Los transgéneros con comportamiento travesti, relacionaron su conducta por la discriminación.

- La infiltración de aceite mineral en mamas y/o en caderas es la segunda práctica mas frecuente utilizada para feminizarse; cada persona que lo utilizó, lo dosificó y aplicó de distinta manera. Sustentando la infiltración de aceite como una etnopráctica.
- La mayoría de las que utilizaron la infiltración de aceite presentaron las siguientes manifestaciones en su salud: fiebre, inflamación, dolor, hematomas y ulcera de zona mamaria. ejemplificando el riesgo en la salud en el uso de esta práctica de feminización.

- Las entrevistadas que solicitaron servicio de feminización a algún personal de salud fueron principalmente a médicos generales y cirujanos, de los cuales en su mayoría recibieron negativas sobre cualquier procedimiento.
- En el estudio se encontró además que el VIH/Sida, la tuberculosis y la sífilis son infecciones que principalmente tienen relación con las prácticas sexuales de riesgo y la vulnerabilidad socioeconómica en la que viven.

6.2. RECOMENDACIONES

A LOS SUJETOS DE ESTUDIO

- Buscar la asistencia médica pertinente, que les de asesoría adecuada con respecto a los procesos de feminización; y en el caso de que no existieran, gestionar la implementación de clínicas que brinden atención especializada.

- Fortalecer sus conocimientos sobre derechos humanos, para exigir su cumplimiento, tales como el acceso salud y educación y la no discriminación.
- Participar activamente en las redes de apoyo, conformadas por asociaciones de la población y que velen por los intereses gremiales para mejorar sus condiciones de vida.
- Propiciar y participar en jornadas educativas para disminuir sus prácticas de riesgo en salud.
- Sensibilización en la importancia de la vida del ser humano, al buscar procesos de feminización sin riesgo de su salud
- Participar activamente en investigaciones que contribuyan al diagnóstico situacional de la población.

A LAS ASOCIACIONES REPRESENTANTES DE LA POBLACION TRANS

- Legalizar organizaciones que estén en conformidad con los intereses y prioridades de la población, adoptando medidas para la búsqueda de la atención en salud sexual y la lucha contra el estigma y discriminación.
- Que las organizaciones trans apoye la realización de investigaciones, que documenten su condiciones sociales, biológicas y psicológicas; así como los riesgo de salud etnoprácticas de feminización en el mediano largo plazo, reflejando sus necesidades y por medio de ello propiciar planes estratégicos de atención.
- Que la población trans participen en capacitaciones o jornadas educativas, para obtener información en conductas de riesgo sexual, estilos de vida saludables, proyectos de vida y prácticas de la feminización.

AL SISTEMA DE SALUD

- En vista de las necesidades de la población transgénero, el sistema nacional de salud debería formular políticas nacionales y programas de asistencia

sobre la base de una mejor comprensión de la necesidad de la identidad sexual de la población transgénero.

- Elaborar programas innovadores para toda persona independiente de su diversidad sexual, transgénero en lo particular, para tener acceso a información, asesoramiento y servicios de salud sexual integral.
- La concientización del personal de salud por medio de jornadas educativas; que lleven como objetivo la sensibilización en la temática de la diversidad sexual y la no discriminación o estigmatización de la población transgénero.
- Generar programas para intensificar sus esfuerzos en la población Trans en la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual

A LAS INSTITUCIONES FORMADORES DE RECURSOS EN SALUD

- Las instituciones educativas deberán propiciar la información sobre el subsumido tema de la transexualidad, por medio de generar debate público y democrático que posibilite la sensibilización en educación sexual, inclusión de la temática en los programas educativos de pregrado y posgrado.
- Las Instituciones educativas deberán dar prioridad a la formación, capacitación y utilización de recursos que intervengan en la planificación y ejecución de programas en salud sexual, con sensibilización y respeto a la diversidad sexual. En el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

6.3. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial De La Salud, Organización Panamericana De La Salud, En Colaboración Con La Asociación Mundial De Sexología (2002);

Promoción de la salud sexual y recomendaciones para la acción; actas de reuniones. Guatemala.

2. Halguin, Richar P. y Whitbourne, Susan Krauss (2001); *Psicología de la anormalidad, perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*; 4º edición, Editorial Mc Gram Hill. Estados Unidos.
3. Toros Y Yepes (2004); *Fundamentos de la Psiquiatría*, 4º edición, Editado por Corporación de Investigaciones Biológicas. Colombia.
4. Sociedad De Psiquiatría Americana (2004); *Diagnostico de Enfermedades Mentales cuarta revisión, DSM IV*; código de localización F64 A F69. Estados Unidos.
5. Alarcón, Renato (1986); *Psiquiatría*, Universidad de Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana. Argentina.
6. Lamas, Marta (2000); *El genero, la construcción cultural de la diferencia sexual*, Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa. México.
7. Gotwald Jr, William H. Y Holtz Golden, Gale (1983); *Sexualidad la Experiencia Humana*; editorial El Manual Moderno. México.
8. Organización Mundial De La Salud (2002); *Clasificación Internacional de Enfermedades revisión décima, CIE 10*; código de localización F60 A F69
9. Shibley Hyde, Janet y Delamater, John D. (2006); *Sexualidad Humana*, 9º Edición, Editorial Mc Gram Hill Interamericana. México
10. Vujosevich, Jorge (2002); *Trabajadores Sexuales Masculinos*; En libro: Jornadas Gino Germani. JIIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. Consultado en diciembre 2007.
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/vujose.rtf>

11. Gobierno De El Salvador (2007), La Dirección General De Estadística y Censos De El Salvador; consultado en diciembre 2007. El Salvador.
www.digestyc.gob.sv
12. Vallejo Ruiloba, Julio (2001); *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*, 6º edición, Editorial Masson, Ana compañía Elserier. México.
13. Kaplan, Harold Md (1997); *Compendio de Psiquiatría*, 2º edición; Editorial Salvat, s.a. Estados Unidos.
14. Hernández Bayona, Guillermo (2000); *Manual de Psicopatología Básica*; 3º edición, Editorial Centro editorial Javeriano. México.
15. Pérez Fuentes De Galeano, Josefina E Gonzales De Landos, Irma Yolanda (2006); *Como? Entender y Aplicar el Método de Investigación Científica*; 2º edición, Editorial anónima. El Salvador.
16. Pineda Y Canales (1994); *Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo de Personal de Salud*; 2º edición; editorial PALTEX-OPS. México.
17. García Ruiz, Mercedes y otros (2006); *Identidad y Sexualidad*; folleto editado y distribuido por el Consejo de la Juventud del Principado de Asturias y Consejeros de Salud y Servicios Sanitarios; España.
18. Calero Iglesias, Francisco; *La Existencia de "La Comunidad Trans"* (2002); España; colaboración del centro de identidad de genero de Andalucía; editado Universidad de Granada, Cibeles, España.
19. P. Lorenzo, A. Moreno, J.C. Leza, I. Lizasoain y M.A. Moro (2005); *Velásquez, Farmacología Básica y Clínica*, 17º Edición, Editorial Medica Panamericana. España.
20. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2004); *Informe de Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo,*

- Septiembre 1994), El Consenso de Cairo 10 años Después*; Editado por UNFPA, El Salvador.
21. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2004); *“Programa de Acción, Población y Desarrollo: un compromiso Universal”*, Editado por UNFPA, El Salvador.
 22. Artiga de Martínez, Nora Dra. y otros (2004); *Guía de Atención en Planificación Familiar*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Gobierno de El Salvador. El Salvador.
 23. Organización Mundial de la salud, Departamento de Reproductiva e Investigación; Facultad de Salud Publica de Bloomberg de Johns Hopkins; Centro de Programas de Comunicación, Centro INFO (2007); *Planificación Familiar, Un Manual Mundial Para Proveedores*, Editado por La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo. Estados Unidos.
 24. Bonilla Gidalberto, (1992), Estadística II, Métodos prácticos de inferencia estadística, editorial UCA editores, El Salvador.
 25. Serna Luis Castilla, Cravioto Joaquín, (1991), Estadística Simplificada, para la investigación en las ciencias de la salud; Editorial Trillas, México.
 26. Martin Romero L. y otros; (2009)” Necesidades de la población Transexual y Homosexual del Municipio de Madrid”, estudio sociológico y jurídico, edita Trsexualia. España
aet.trsexualia@trsexualia.org
 27. Biblioteca Virtual libre, bajo el tema transexual, consultado enero 2009.
www.wikipedia.com
 28. [Manuel Velandia](#), (2009), “Cuba: transexuales obtienen derecho a proceso de reasignación sexual”. País de origen no definido.
<http://agmagazine.info/>

29. Lynn Conway; (2006); Información básica sobre TG/TS/IS (transexuales, transgénero e Intersexuales).Estados Unidos.
<http://www.lynnconway.com/>

ANEXOS

ANEXO 1: GUIA DE ENTREVISTA



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Servicios Integrales en Salud Sexual y Reproductiva
Guía de entrevista sobre Métodos de Feminización en población Trans

Objetivo: Recopilar información sobre aspectos relacionados con los METODOS DE FEMINIZACION en población Trans de masculino a femenino.

Indicaciones: La obtención de la información es de carácter voluntario y se garantiza la confidencialidad de la información obtenida.

I.- DATOS GENERALES

1.-Edad: _____ (no incluir a menores de 18 años)

2.-Municipio donde vive: _____ (no incluir si vive fuera del gran San Salvador)

3.-Nacionalidad: _____ (con más de un año de vivir en el país)

4.-Nivel educativo (años de estudio): Analfabeta () ; 1-3 grado () ; 4-6 grado ()
 7-9 grado () ; Bachiller incompleto () ; Bachiller completo () ; Universidad incompleto ()
 universidad completo ()

5.-Trabajo u oficio: _____

6.-Marca como te identificas con tu identidad de género y porque: Transgenero ()
 Transgenero transvesti () ; porque

7.-Desde cuando descubriste tu identidad: _____ años/edad

II.- USO DE HORMONAS SEXUALES FEMENINAS Y EFECTOS EN LA SALUD

8.- Menciona alguna practica que has utilizado para feminizar tu cuerpo

9.- Porque decidiste feminizarte

10.-Si ha utilizado hormonas, pregunte si las uso en el ultimo año **SI () NO ()**

10. a-) Edad de inicio de la primera vez _____ años

10. b-) Cuanto tiempo tienes de utilizarlas _____ años; o entre que edades las utilizaste_____

10. c-) Que medicamentos has tomado o inyectado (nombre)

10. d -) Si fueron varios medicamentos cual te dio mejor resultado

10. e -) Como lo aplicaste o tomaste (dosis)

10. f-) Si lo suspendiste en alguna ocasión porque lo hiciste; o no te lo aplicas porque

10. g-) Como lo consigues _____

10. h-) Quien lo recomendó _____

10. i-) Tenías control medico _____

10. j-) Por utilizar este medicamento necesitaste consultar por sus efectos a un medico/a; si () no (); porque _____

11.-Que efectos deseados experimentaste que te hicieron mujer durante el uso de las hormonas sexuales femeninas

12.-Que efectos no deseados has experimentado

13.-Presentaste alguna complicación medica, cual fue y como la solucionaste

III.-PROCEDIMIENTOS

14.-Mencione alguna forma o practica en la que has buscado ser una mujer, que no sea procedimiento realizado por personal de salud; que fue lo que hiciste

15.-Esta practica te a ocasionado algún problema de salud, menciona cual y como lo solucionaste

IV.-PROCEDIMIENTOS MEDICOS QUIRURGICOS Y SUS EFECTOS

16.-Has consultado con algún profesional de la salud para que te ayude a feminizarte, que tipo de profesional de la salud y que fue lo que te recomendó o como te ayudo

17.-Te has realizado en tu cuerpo algún procedimiento medico-quirúrgico, bajo la supervisión medica, cual fue y que profesión era el personal de salud que te lo realizo

18.-Presentaste alguna complicación después del procedimiento, que abordaje te dio

19.-Conoces el nombre de una institución en el país que da asistencia a tu salud para feminizarte, menciónala

V.- HISTORIA PERSONAL DE SALUD

20.-Marca con quien le gusta tener relaciones sexuales:

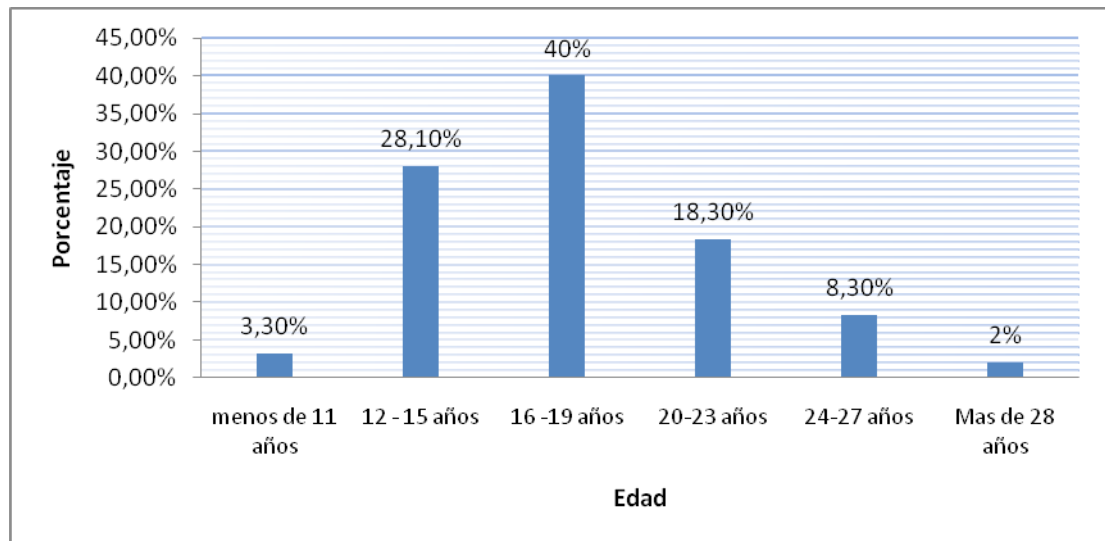
Hombres () Mujeres () Ambos ()

21.-Padeces de alguna enfermedad o infección por la cual necesites control medico continuo_____

22.-Que medicamentos tomas para esta enfermedad o infección

ANEXO 2: GRÁFICOS ADICIONALES

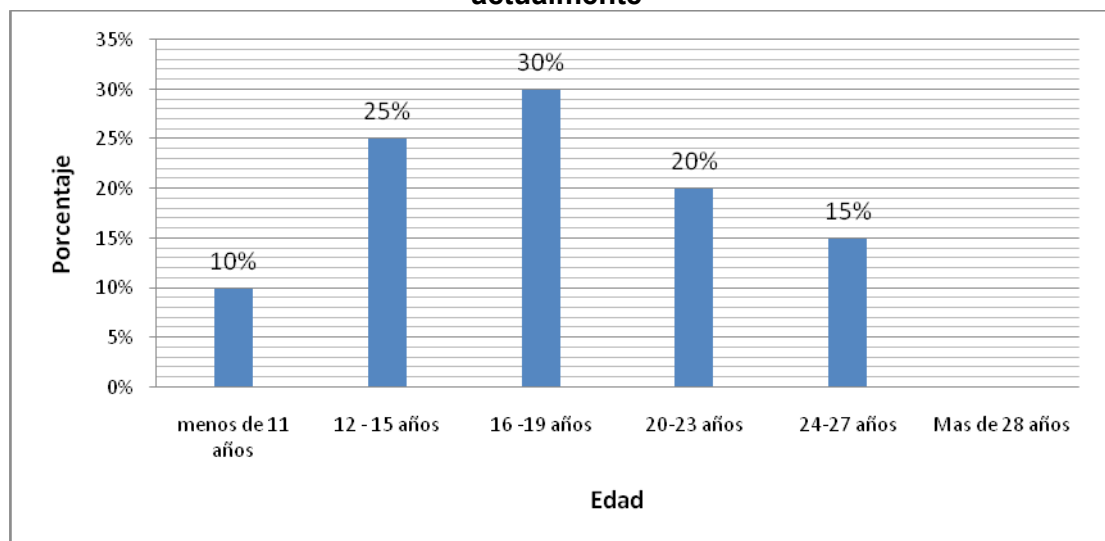
Grafico 1: Edad de Inicio de Hormonizacion en Usuaris que la han utilizado en el último año



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, Noviembre-Diciembre 2008

Con respecto a la edad de inicio de la Hormonización en las usuarias que las han utilizado en el último año, se reportó que un 40% estaban entre las edades de 16 a 19 años, seguido de las edades entre los 12 a 15 años con un 28.1%; con un menor porcentaje un 3.3% lo inició antes de los 11 años y un 2% más de los 28 años.

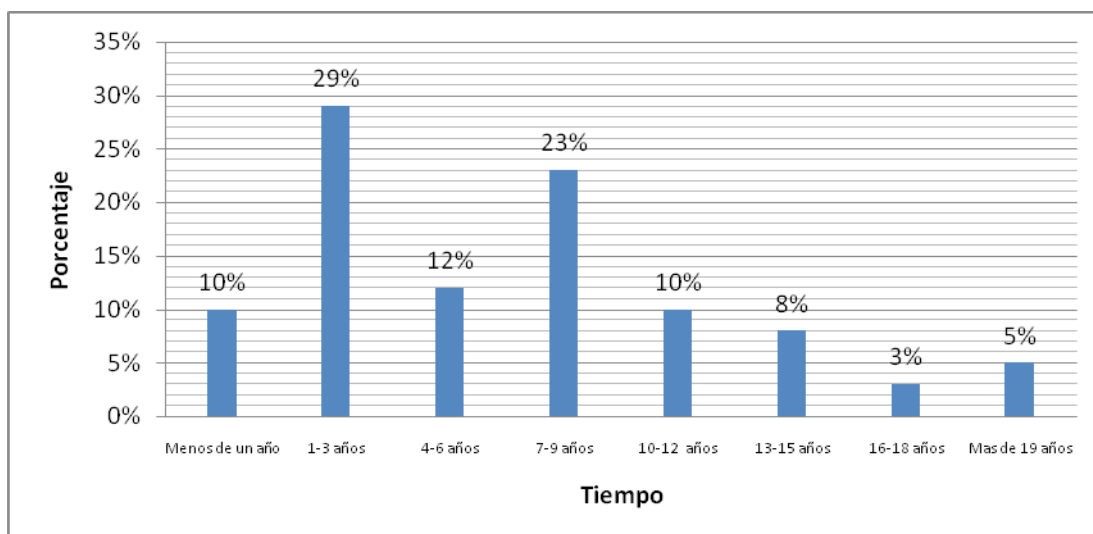
Gráfico 2: Edad de inicio de la Hormonización en Usuarias que no las Utilizan actualmente



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, Noviembre-Diciembre 2008

En relación a la edad de inicio de la Hormonización en las usuarias que han suspendido el uso de las hormonas por más de un año, se menciona que un 30% la inició entre los 16 a 19 años, seguido de 25% entre los 12 a 15 años; por otra parte solo un 10% menciona haber iniciado antes de los 11 años.

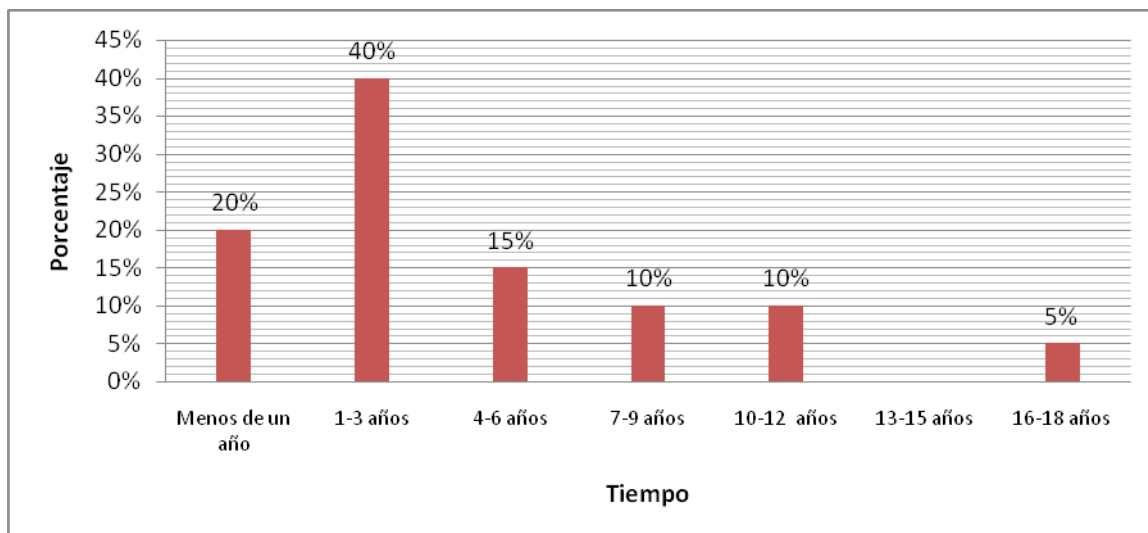
Gráfico 3: Tiempo de Utilización de Hormonas Sexuales en Usuarias que lo han Utilizado en el Último año



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, Noviembre-Diciembre 2008

Al considerar el tiempo de utilización de las hormonas en usuarias activas que las han utilizado en el último año; se reporto que un 29% lo han utilizado entre 1 a 3 años, seguido de un 23% entre 7 a 9 años; en caso contrario solo un 5% mas de 19 años y un 3% lo ha utilizado entre 16 a 18 años.

Grafico 4: Tiempo de Uso de las Hormonizacion en Usuarias que no las Utilizan actualmente



Fuente: Entrevista a Transgenero realizada en San Salvador, Noviembre-Diciembre 2008

En lo que respecta al tiempo de utilización de las hormonas en usuarias no activas, que no las han utilizado en el último año; se reporto que un 40% lo han utilizado entre 1 a 3 años, seguido de un 20% menos de un año; en caso contrario solo un 5% lo ha utilizado entre 16 a 18 años.

ANEXO 3

PRESENTACION DE RESULTADOS ADICIONALES

Dentro de la investigación realizada se recolecto información adicional no contemplada en el estudio; para el equipo investigador se hace necesario la exposición de estos datos que abonaran a la discusión y análisis de los resultados:

Medidas de cuidado posterior a la aplicación del aceite mineral en mamas

- Evitar traumatismos en la zona mamaria, lo cual provocaría que el líquido se disolvería.
- Evitar que la pareja sexual “manosee” la mama.
- Restringir la succión del pezón.
- Colocación de hielo posterior a la infiltración.

Aplicación de aceite mineral

- El aceite mineral es comprando en la farmacia
- El aceite es trasegado, sin esterilización las farmacias lo colocan en botes de 60 cc. para su dispensación.
- La aplicación del aceite se realiza con jeringas usualmente de 10 cc.
- Si ese día se realizan varias personas la aplicación de aceite, puede compartan jeringas.
- Aplican la cantidad de acuerdo a las necesidades y gustos de la persona, pero se documento la infiltración de hasta un litro en un día.
- No se realiza asepsia ni antisepsia en la infiltración.

Complicaciones de la práctica de infiltración de aceite mineral

Dentro del grupo entrevistado no se documento mayores complicaciones, que hubieran puesto en riesgo en corto plazo la vida de las usuarias de la infiltración, sin embargo ellas manifiestan que otras que lo realizaron presentaron:

- Ulceración múltiple en zona mamaria
- Deformación de mamas

- Migración de aceite de la zona mamaria hacia la zona abdominal, presentando posteriormente peritonitis y luego la muerte.

Otras prácticas de feminización

En forma general dentro del grupo entrevistado en esta investigación no se documentó mutilación de genitales, sin embargo durante la recolección de la información se relató el caso de una persona transexual en la década de los 90, que se mutiló los testículos en tres ocasiones, en la última vez que consultó al Hospital Rosales, fue discriminada por el servicio de “Urología”.

ANEXO 4**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La entrevista que se realizará forma parte del estudio “**PRACTICAS DE FEMINIZACION Y SUS MANIFESTACIONES EN LA SALUD DE TRANSGENEROS**”, el cual se desarrollará en la zona Metropolitana de San Salvador. Informándole que dicho estudio esta a cargo de Médicos que son Investigadores de la Universidad de El Salvador.

Garantizado la confidencialidad y anonimato de los datos, explicándole que la información que proporcione por medio de una serie de preguntas sólo servirá para los propósitos del estudio. Además los beneficios de la investigación es principalmente es la documentación de la practicas de feminización y sus necesidades de salud.

Aclarándome además que la aceptación o no de participar en el estudio es de forma voluntaria, y/o que pueden retirarse del estudio cuando así lo decidan.

ANEXO 5

PRESUPUESTO

RUBRO	PRECIO UNITARIO	SUBTOTAL
Papelería		
300 Fotocopias	\$0.03	\$300*
10 Tintas de impresión	\$10	\$100*
100 horas de internet	\$0.80	\$80
5 Empastado	\$10	\$50*
10 Disco compactos	\$1	\$10*
2 resmas de papel	\$5	\$10*
10 Lapiceros	\$0.50	\$5*
Incentivos/viáticos		
6075 Preservativos	Donados (Precio de mercado por cada 3 preservativo es de \$2.50)	\$5062.50 (Donados por el Ministerio de Salud)
Pago por entrevista	\$10	\$810 (\$800 donados por IPAS y \$10 aportados por el grupo investigador*)
Viáticos por 4 días de acompañamiento de líderes durante la recolección de datos	\$15 por día	\$60*
Refrigerios en 2 reuniones de coordinación con grupo de líderes	\$20 por cada sesión	\$40
Transporte Pago por taxi o gasolina		\$200*
Presentación de informe final Ambientación, refrigerios y presentación de trabajo		\$100*
Entrega de informe final a Universidad		\$100*
Imprevistos (10% de gastos)		\$692*
TOTAL		\$7619.50

*\$1065 Será aportado por el grupo investigador (no incluye imprevistos)

ANEXO 6

GLOSARIO ^{15/}

Andrógeno: Hormona (testosterona) que induce la aparición de los caracteres sexuales secundarios masculinos.

Artesanal: Modernamente para referirse a quien hace por su cuenta objetos de uso doméstico imprimiéndoles un sello personal.

Estereotipo: Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

Esquizofrenia: Grupo de enfermedades mentales correspondientes a la antigua demencia precoz, que se declaran hacia la pubertad y se caracterizan por una disociación específica de las funciones psíquicas, que conduce, en los casos graves, a una demencia incurable.

Femenino, na.: (Del latín *femininus*). Adjetivo, Propio de mujeres. || Perteneiente o relativo a ellas. || Que posee los rasgos propios de la feminidad. || Dicho de un ser: Dotado de órganos para ser fecundado. || Débil, endeble.

Feminidad: (Der. del adj. ant. *feminino*, con haplología). f. Cualidad de femenino. || Estado anormal del varón en que aparecen uno o varios caracteres sexuales femeninos.

Genital: órganos sexuales externos.

Hermafrodita: Que tiene los dos sexos. || Dicho de una persona: Con tejido testicular y ovárico en sus gónadas, lo cual origina anomalías somáticas que le dan la apariencia de reunir ambos sexos.

^{15/} Conceptos tomados del diccionario Microsoft Encarta, 2007; otros conceptos expuestos de otra literatura son aclarados dentro del texto

Hormona: Producto de secreción de ciertas glándulas que, transportado por el sistema circulatorio, excita, inhibe o regula la actividad de otros órganos o sistemas de órganos.

Intersexual: Cualidad por la que el individuo muestra, en grados variables, caracteres sexuales de ambos sexos.

Masculino: (Del lat. *masculinus*). Adjetivo, Dicho de un ser: Que está dotado de órganos para fecundar. || Perteneiente o relativo a este ser. || Varonil, enérgico.

Prácticas: Uso continuado, costumbre o estilo de algo.

Sexualidad: Se define como la forma de expresión de la conducta, pensamientos y sentimientos que tenemos como seres humanos. Incluye procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de mujeres y hombres. (Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social. De Adolescentes para Adolescentes. Manual de Educación para la Vida, 2005)

Salud sexual: Es un “Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no meramente la ausencia de padecimientos, disfunciones o enfermedades. Posibilita una vida sexual segura y disfrutable, también requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad, libre de coerción, discriminación y violencia”. (Organización Mundial de la Salud, 2008)