

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE NIÑXS Y ADOLESCENTES TRANS.

DOCUMENTO TÉCNICO

AÑO 2018

REVISIÓN TÉCNICA

Dra. Esposito Mariela - Endocrinóloga pediátrica

Contenido:

Dra. Elichiry Marina / Lic. Pineda Andrea / Lic. Santa Cruz Lida

1. CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS CONCEPTUALES

Es central que los equipos de salud conozcan las categorías conceptuales relacionadas con la temática, para generar intervenciones y prácticas basadas en dichos conocimientos teóricos.

Asimismo, se requiere la construcción conjunta de un Marco Teórico que bregue por promover intervenciones y prácticas en salud pública de calidad y que se encuentren en conformidad con una perspectiva de Derechos Humanos.

ACCESO A LA SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO, DIVERSIDAD SEXUAL Y DERECHOS HUMANOS

La perspectiva de género implica una forma de análisis que considera las construcciones sociales y culturales que producen la generalización de las personas (la adopción de los géneros mujer - hombre), comprendiendo de manera crítica tales roles, así como las consecuencias materiales que se traducen de su vínculo: jerarquía, desigualdad, opresión, vio-

lencia de género, homolesbotransodio y crímenes de odio.

La perspectiva de diversidad sexual implica comprender las múltiples o infinitas posibilidades que existen en materia de genitalidad, sexualidad, orientación sexual e identidad de género, valorando todas ellas y abogando para que puedan ejercer los mismos derechos. También comprende de manera crítica el sistema binario de género (mujer- hombre) que margina otras posibilidades sexo-genéricas, y apunta la heterosexualidad obligatoria como régimen.

LA CONSTRUCCIÓN DE LOS GÉNEROS: SISTEMA BINARIO DEL GÉNERO

El género se construye socialmente, con la influencia de diversas instituciones y dispositivos: la escuela, la institución médica, la familia, los medios masivos de comunicación, el cine, las obras de arte y literatura, los juguetes y los juegos, los disfraces, y hasta los insultos. Todos ellos reiteran mensajes con respecto a

cómo debe ser una mujer y cómo debe ser un hombre, afianzando los llamados estereotipos de género. Así, se construye la idea de que las niñas y mujeres deben tener una personalidad sumisa, débil, maternal, cuidadora, pasiva, obediente, silenciosa, frígida, emocional; en cambio los hombres deben ser racionales, valientes, violentos, prácticos, celosos, viriles. A través de los medios masivos de comunicación, se refuerzan los estereotipos de feminidad y masculinidad. En términos de modelos hegemónicos de belleza, las mujeres deben ser delgadas, de cintura estrecha, sin vello, con pelo largo y suave, maquilladas, así como usar aros y joyas y vestir ropa ajustada. Los hombres, por el contrario, tendrán mucho vello, barba, tatuajes, pecho plano, músculos, pelo corto.

La construcción de dos géneros binarios y dicotómicos produce desigualdad de oportunidades y alienta la marginación de las personas que no adscriben a los cánones de los géneros y la sexualidad deseables.

Con respecto a la crianza durante la infancia, a niños y niñas se les asignan determinados roles, juego y deportes. Además, cada género hace uso de distintos colores y prendas de vestir. A los niños varones se los cría en la "masculinidad", reforzando a través de los insultos lo que nunca deben ser: "maricón, puto, nenita, llorón". De este modo se establecen y refuerzan desde la primera infancia los códigos de la heterosexualidad.

En los procesos de escolarización se producen y reproducen modelos de una masculinidad, de una feminidad y de una (hetero) sexualidad deseada por la sociedad, a través de diversas estrategias de disciplinamiento (lo dicho, lo no dicho, lo que se esconde, castigos, premios).

La construcción de dos géneros binarios y dicotómicos (es decir, que son opuestos y que no se superponen) produce asimetría, desigualdad de oportunidades, alienta la violencia y la marginación de las personas que no adscriben a los cánones de los géneros y la sexualidad deseables y "normales", produciendo discriminación, exclusión y violencia.

Así también en el dispositivo de control médico se disciplina la sexualidad y los cuerpos. Este proceso se inicia con la asignación de un "género" al nacer, la cual se realiza en la sala de parto, a partir del "reconocimiento" subjetivo de una genitalidad determinada. En este momento, la/el profesional de la salud interviniente asegurará haber reconocido una "mujer" o un "hombre" en

unos genitales que serán fácilmente asociados a una de las dos opciones posibles que entiende la ciencia, y que agotan las posibilidades: pene o vagina. Esta asignación compulsiva de género al nacer se constituye como el primer momento institucional en donde la estructura binaria del género se inscribe en nuestros cuerpos. Y se va a fortalecer a través de los controles de salud infantil: estatura y peso normales según el "sexo", control de genitales "adecuados a la edad y sexo", roles esperados en la familia según género, entre otros. En el extremo de la "normalización" médica, se lleva adelante la mutilación genital de bebés y niñxs intersex para que esos genitales encajen en la norma. Posteriormente, el disciplinamiento se efectúa a través de la res-

ponsabilización únicamente de las adolescentes y mujeres con respecto a la anticoncepción y controles de salud de sus hijxs, a través de la violencia obstétrica, la obstaculización del acceso al derecho de interrupción legal del embarazo, presunción de heterosexualidad en la consulta ginecológica, etc.

La medicina occidental y la ciencia en general, tienen un discurso biologicista-positivista, que conduce a rastrear constantemente las "raíces biológicas" de las diferencias entre hombres y mujeres, en una búsqueda por el "verdadero género" de las personas, como si existiera una verdad a descubrir, produciendo intensos daños en las personas que varían de la norma. ■

Repaso conceptual

ASIGNACIÓN SEXO GENÉRICA AL NACER

Se realiza en el momento del nacimiento ("sexo" según DNI) en base a la observación directa de los genitales externos. No necesariamente se corresponde con el género con el cual se identificará la persona.

IDENTIDAD DE GÉNERO

Es la vivencia que todos tenemos sobre nuestro género. "La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo." (Ley de Identidad de Género; 2012)

EXPRESIÓN DE GÉNERO

Es la forma en que comunicamos nuestro género al resto de la sociedad (indumentaria, accesorios, corporalidad, cabello largo o corto). No necesariamente la expresión responde a los estereotipos que la sociedad espera de hombres o mujeres.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Hacia qué personas orientamos nuestro deseo. Puede ser del mismo género (homosexualidad), del otro género (heterosexualidad), o de ambos (bisexualidad), así como pansexual (sin distinción), asexual (sin deseo hacia otras personas), etc. El género de una persona no determina su orientación sexual.

PRÁCTICAS SEXUALES

Prácticas de la sexualidad a través de las cuales obtenemos placer. No dependen de la identidad de género ni de la orientación sexual.

PERSONAS TRANS (hombres y mujeres transgénero, travestis, transexuales)
Aquellas personas cuya identidad de género no coincide con el género asignado al nacer. Dentro del término paraguas "trans" se pueden incluir también a las personas no binarias y género fluido.

PERSONAS CIS

Aquellas personas cuya identidad de género coincide con el género asignado al nacer, a partir de la observación externa de los genitales.

HETERONORMATIVIDAD

Régimen social, político y económico, según el cual la forma aceptable y normal de expresión de los deseos y de la identidad es la heterosexualidad; presuponiendo que lo masculino y lo femenino existen y que son complementarios. Todas las personas que transgredan estos supuestos ocuparán un lugar marginal, por lo que serán proclives a vivenciar procesos de discriminación, invisibilización y violencia.

2. APUNTES ACERCA DEL MARCO NORMATIVO SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL

APORTES DE LA LEY NACIONAL DE IDENTIDAD DE GÉNERO (26.743)

En mayo de 2012 se aprueba en Argentina la Ley de Identidad de Género N° 26.743 que garantiza el libre desarrollo de las personas conforme a su identidad de género, coincida o no con el sexo asignado al momento de nacimiento.

Esta ley no solo garantiza la rectificación registral del sexo y el cambio de nombre en todos los instrumentos que acreditan su identidad, sino también el acceso a una salud integral, así como a prácticas específicas (tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas parciales o totales) sin requerir autorización judicial o administrativa. Su único requisito es el consentimiento informado de las personas.

Las disposiciones propias a la cobertura sanitaria se encuentran expresadas en el artículo 11 de la Ley y en su Decreto Reglamentario 903/15, y en su incorporación en el Plan Médico Obligatorio (PMO).

PUNTOS CENTRALES DE LA LEY:

- Derecho humano a la identidad de género.
- Garantiza trato digno (Art. 12) respecto del género y del nombre de pila adoptado por la persona, aunque no coincidan con los del DNI. Garantiza que las personas sean tratadas tal como se identifican, incluso en los instrumentos que acrediten su identidad.
- Rectificación registral con solo un trámite administrativo, sin diagnósticos, ni obstáculos.
- Derecho al libre desarrollo personal (Art. 11). Este artículo ha sido reglamentado en el año 2015. En el mismo, se garantiza el acceso a la salud integral, incluyendo prácticas específicas como cirugías y tratamientos hormonales para modificaciones corporales, sin autorización judicial. Solo se requiere consentimiento informado de la persona solicitante. Además, dichas prestaciones están incorporadas en el Plan Médico Obligatorio (PMO).

MODIFICACIONES EN EL CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL

En el año 2015 entra en vigencia el nuevo Código Civil y Comercial. A partir de las modificaciones que incorpora este nuevo Código y que repercuten en el ámbito de la salud, es que el Ministerio de Salud de la Nación el día 9 de diciembre de 2015 emite la Resolución Ministerial 65/2015. En esta resolución se aprueba el Marco Interpretativo del Código Civil y Comercial vigente y en su Anexo I se ofrecen herramientas para el trabajo de los equipos de salud.

SOBRE LOS CRITERIOS ETARIOS

A partir de sus modificaciones, se plantea que desde los 16 años la/el adolescente es equiparadx a una persona adulta para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo (Art. 26). Por esta razón, puede petitionar los procedimientos (terapias hormonales o intervenciones quirúrgicas) que habilita la Ley Nacional 26.473, prescindiendo de los requisitos que esta última prevé en su Art. 11, ya que esos hacen a la autopercepción del género.

Asimismo, la edad de consentimiento autónomo puede variar entre los 13 y los 16 años, reconociendo la autonomía progresiva de lxs adolescentes y descartando todo tipo de intervención judicial para su autorización:

“Dado que se considera que las prácticas de modificación corporal relacionadas con la identidad autopercebida son

prácticas de cuidado del propio cuerpo, reguladas en el Art. 26 del CCyC, se descarta la aplicación del criterio etario de la ley especial (LDIG), en pos de una armonización constitucional y convencional de los criterios para la presunción de capacidad de adolescentes. Por ello, la interpretación normativa de acuerdo con los principios constitucionales pro persona y pro minoris, implica preferir la aplicación del Artículo 26 del CCyC que resulta más protectorio del ejercicio de los derechos de NNyA.”

SOBRE LOS CRITERIOS EN RELACIÓN A LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DEL PROPIO CUERPO EN NIÑX Y ADOLESCENTES

Las prácticas solicitadas que se consideren como “invasivas y que pongan en riesgo la salud” son las que deben requerir que lxs adolescentes de entre 13 a 16 años sean asistidxs por sus tutorxs legales. Caso contrario, no se requiere para el acceso al servicio de salud del acompañamiento de adultxs responsables. En este sentido, el criterio de invasividad está expresamente contemplado en la legislación vigente:

“El criterio de ‘invasividad’ utilizado por el Artículo 26 CCyC debe interpretarse como tratamientos de ‘gravedad’ que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la salud”. En este sentido se interpretará que los tratamientos, terapias, prácticas o intervenciones de modificación corporal relacionada con la identidad autopercebida solo serán considerados “invasivos que afecten la salud” en los términos del Art. 26 del CCyC, en el caso de que la evidencia científica muestre que existe riesgo de afectación grave del estado de salud general de la persona, es decir de resultar consecuencias

lesivas o no deseadas graves para la salud o la integridad de la persona. En caso contrario, no se entenderán tales tratamientos, terapias, prácticas o intervenciones como "invasivos que ponen en riesgo la salud".

Asimismo, del cuerpo normativo se destaca que cada adolescente debe recibir información completa sobre los efectos de las terapias hormonales en relación con la fertilidad, a fin de garantizar la libre toma de decisiones en lo que respecta a derechos sexuales y reproductivos.

DERECHOS PERSONALÍSIMOS DE NIÑXS Y ADOLESCENTES EN EL ACCESO AUTÓNOMO A LA ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL

Convención sobre los Derechos del niño	Niñxs: menores de 18 años Interés superior del niño / Autonomía progresiva / Participación directa / Derecho a ser oídx		
Código Civil y Comercial: Régimen especial de cuidado del propio cuerpo	Capacidad general de todas las personas / Modelo de familia basado en el respeto		
	Niñx: Interés superior Autonomía progresiva Representación o asistencia para el consentimiento	Adolescentes de 13 a 16 Pueden consentir toda práctica que no implique riesgo para su salud	Adolescentes mayores de 16 Capacidad plena para las decisiones sobre el cuidado de su propio cuerpo como persona adulta.

Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación: Marco interpretativo del CCyC.



Ley 26.061 Protección integral de niñxs y adolescentes	<p>Niñxs y adolescentes: personas menores de 18 años. Son sujetos de derechos - Autonomía progresiva</p> <p>Interés superior: la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley</p>
Ley 26.529 Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado	Derecho a la Confidencialidad, Intimidad, Autonomía e Información.
Ley 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral	Derecho a recibir educación sexual integral en todos los establecimientos educativos de todo el país.
Ley 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	Derecho al acceso a la atención de salud sexual y salud reproductiva. Información clara, completa y oportuna

Fuente: Modificado de Nelly Minyersky, PNSIA y PNSSyPR

OTRAS LEYES DE ALCANCE PROVINCIAL:

- Ley Nacional 26.150 de Educación Sexual Integral.
- Ley Nacional 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental.
- Ley Provincial 14.580 de adhesión a la Ley Nacional 26.657.
- Ley Provincial 13.298 de Promoción y Protección Integral de los derechos de los niños. Dispone de la creación en cada municipio de órganos desconcentrados denominados servicios locales de protección de derechos.
- Ley Provincial 14.738, modificatoria de la Ley 13.066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

3. REFLEXIONES SOBRE LA SITUACIÓN DE LXS NIÑXS Y ADOLESCENTES TRANS

Con el objeto de dar contexto a la realidad de la infancia y adolescencia trans, compartimos algunas consideraciones y datos que señalan las enormes dificultades con las que convive esta población como así también las múltiples vulneraciones a la que están expuestxs.

La realidad de la población trans es sumamente compleja en nuestro país y en el mundo. Para contextualizar esta problemática, debemos considerar que, debido a los procesos de discriminación, violencia y falta de información, esta población se encuentra generalmente expuesta a procesos de expulsión; ya sea del núcleo familiar, de las instituciones educativas, de los espacios y/o zonas de residencia, de las instituciones sanitarias y de los espacios formales de inserción laboral.

Estos procesos de expulsión conllevan a que muchxs encuentren en el ejercicio de la prostitución, una opción (casi única) para dar respuesta a las necesidades materiales básicas.

En este sentido, la población trans está expuesta en mayor nivel a situaciones de violencia y abuso, a situaciones de riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual, al consumo problemático de sustancias y a detenciones y abusos policiales.

Los equipos de salud reciben las demandas de la población trans en torno a su situación de salud, que refieren en muchos casos modificaciones corporales inseguras, consumo auto administrado de hormonas, inyecciones de aceites industriales, prevalencia alta de VIH (35%) y una expectativa de vida de 35/38 años promedio.

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

A partir de la incorporación de buenas prácticas en la atención de salud de la población trans, se busca lograr intervenciones que incidan favorablemente en estas trayectorias,

con una mejora de la calidad de vida de niñxs y adolescentes trans. En este sentido, el compromiso de los equipos de salud en la implementación y garantía efectiva de la Ley de Identidad de Género, es central a la hora de pensar otro futuro para esta población, con políticas públicas que acompañen y resguarden sus derechos en el ámbito de la salud pública.

En el caso específico de niñxs y adolescentes trans, la postura de las familias en torno de acompañando o rechazando las diversas manifestaciones de la identidad de género se constituye como una cuestión primordial. Asimismo, muchas veces se instituye, además, como el

primer motivo de consulta en los espacios de atención de la salud.

Contener, escuchar y brindar información idónea y libre de prejuicios se presentan como los primeros pasos en el proceso de atención de esta población.

En este sentido, las experiencias de acompañamiento/rechazo promovidas desde lxs profesionales de la salud, en efectores públicos y/o privados, suelen constituirse como instancias que afectan directamente los trayectos de vida de cada niñx o adolescente trans. ■

4. ATENCIÓN CLÍNICA EN NIÑXS Y ADOLESCENTES TRANS

Las demandas de salud específicas de la población de niñxs y adolescentes trans deben tener una respuesta de calidad desde el sistema de salud, así como debe ser una puerta de entrada y oportunidad para garantizar que accedan a la atención de su salud integral. Esto requiere que los equipos e instituciones estén sensibilizados y capacitados para dar una respuesta adecuada y de calidad.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Es importante poder habilitar un espacio de diálogo de manera receptiva y respetuosa, que permita abordar los deseos, expectativas, dudas, temores en torno a la hormonización, la construcción corporal y los cambios corporales. Este espacio de diálogo no debe marcar un camino "a seguir".
- Preguntar y respetar, también en la historia clínica, el nombre y género del niñx o adolescente, de acuerdo con la Ley de Identidad de Género.

- Realizar un adecuado control de salud (examen clínico y antropométrico completo, vacunas, rastreos y consejerías para la edad, prevención de accidentes, conocimiento de la familia, escolarización, vivienda, hábitos, desarrollo neuromadurativo, etc.) y construir una historia clínica orientada a este grupo poblacional. Se destacan las consejerías en educación sexual para adolescentes en general.
- Evaluar las situaciones de violencia y/o acoso escolar (bullying).
- Abordar cada caso de manera interdisciplinar, aunque no es una condición para comenzar el tratamiento, ni debe convertirse en un obstáculo.
- Recomendar el apoyo y la participación de la familia en cuyo núcleo vive el/la adolescente, para apoyarlx y facilitar la transición y/o los cambios corporales.
- Informar sobre los efectos posibles de los tratamientos disponibles y los plazos requeridos

para que se hagan evidentes. Exponer claramente los efectos adversos y/o complicaciones asociados a cada esquema.

- Para abordar los posibles cambios, efectos, consecuencias y riesgos del tratamiento usualmente se requieren varias consultas. Asimismo, si se va a realizar algún tipo de examen físico, se requiere empatía, cuidados y consentimiento, dada la situación de vulneración y violencia que usualmente viven estxs niñxs y adolescentes.

SOBRE LOS TRATAMIENTOS DE SUPRESIÓN PUBERAL

Es primordial destacar que la atención clínica para aquellxs niñxs o adolescentes trans que soliciten un tratamiento de supresión puberal debe darse en efectores de salud del segundo nivel, ya que será en estos espacios donde podrá contarse con equipos/servicios de mayor complejidad necesarios para llevar adelante estas intervenciones.

Sin embargo, tener información adecuada para brindar en las consultas en el primer nivel de atención es central a fin de orientar y acompañar a estxs niñxs y adolescentes (y su entorno) en este primer momento. Luego, deberán ser referenciadxs a un efector del segundo nivel para indicación de los tratamientos, si es que así lo demandaran.

El tratamiento de supresión puberal constituye un paso posible a ser elegido por niñxs y adolescentes trans, con el objetivo de evitar el desarrollo puberal y los caracteres sexuales secundarios no deseados que resultan irreversibles luego de su aparición.

Este es un tratamiento reversible: ante la suspensión del tratamiento inhibitorio continúa su curso el desarrollo puberal, así como el estirón puberal y todos los cambios físicos y hormonales típicos de esta etapa de crecimiento.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

El tratamiento indicado para adolescentes trans se efectúa con análogos de GnRH (análogos de las hormonas liberadoras de las gonadotropinas), y su objetivo es DETENER los cambios puberales hasta que la/el adolescente comience la etapa de hormonización cruzada, si así lo desea.

Algunos de los cambios de la pubertad que se evitan al comenzar en etapas tempranas de la pubertad el tratamiento son, en el caso de varones trans, el crecimiento mamario, la distribución de grasa de aspecto "ginecoide" y evitar la menstruación; por otro lado, en mujeres trans, el crecimiento de la nuez de Adán, voz grave y vello facial y corporal.

Se recomienda en las guías actuales que lxs adolescentes experimenten el inicio de la pubertad hasta, al menos, la etapa Tanner 2. El estadio puede ser referido a través de imágenes. Si el tratamiento se inicia de manera temprana, algunos cambios físicos desarrollados por las primeras etapas puberales pueden revertirse o involucionar parcialmente.

Algunxs niñxs pueden llegar a esta etapa en edades muy tempranas (por ejemplo, 9 años de edad). Sin embargo, los estudios actuales sobre estos tratamientos han incluido solo niñxs que tenían al menos 12 años de edad. En ambos grupos de adolescentes, el uso de análogos de la GnRH es el tratamiento preferido (Standards of Care, WPATH 2009).

TANNER 2

Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.

Aumento de escroto y testículos, piel enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad; embarazo.

DROGAS DE ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO:

Acetato de Triptorelina o de Leuprolide IM cada 28 días (depot de 3,75 mg o 80-100 ug/kg). Es REVERSIBLE.

MECANISMO DE ACCIÓN:

Los análogos de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) inhiben la hipófisis a través de la desensibilización de los receptores de GnRH, produciendo supresión de la síntesis de hormonas por parte de los ovarios y testículos, debido a los niveles disminuidos de LH y FSH, con subsecuente disminución de los niveles de testosterona (en personas con testículos) y estrógenos (en personas con ovarios).

EFFECTOS ADVERSOS:

- Sangrado vaginal por privación al comenzar su uso.
- Cefalea, molestias gastrointestinales, inflamación en el lugar de aplicación, flushing, mareo, fatiga, cambios de humor.
- Compromiso de la fertilidad.

DISCUSIONES*

- Disminución en la velocidad de crecimiento de la talla durante su uso.
- Desproporción de los segmentos corporales.

* Guerrero-Fernández; 2015

EVALUACIÓN

- Antecedentes personales y familiares.
- Estadio de Tanner.
- Laboratorio: hemograma, vitamina D, FSH, LH, testosterona, estradiol, glucemia, perfil lipídico, función renal.
- Examen físico, antropometría, TA.
- Estimación de la edad ósea a través de radiografía de mano izquierda.
- Densitometría ósea (DMO).
- Servicio o profesionales de la salud especializados en ENDOCRINOLOGÍA deberían colaborar con evaluación y seguimiento.

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Informar a niñas/adolescentes trans acerca de la posibilidad de insuficiente tejido de pene para una futura vaginoplastía de inversión.
- Informar sobre posible infertilidad futura y técnicas de preservación de gametos y/o de fertilización disponibles.

CONTROLES Y SEGUIMIENTO

Controles clínicos y de laboratorio a la tercera dosis y al año, si no hay enfermedades de base o riesgos que ameriten controles más estrechos.

CONTROLES A LA TERCERA DOSIS DE ANALOGOS

Laboratorio: FSH, LH y testosterona y estradiol.

CONTROL ANUAL

Edad ósea por RX mano y muñeca izquierda / Densitometría ósea (DMO) / Laboratorio: hemograma, vitamina D, FSH, LH, testosterona y estradiol.

TRATAMIENTO DE MODIFICACIÓN CORPORAL HORMONAL

Dado que las experiencias y deseos corporales son individuales, si la/el adolescente después de realizar el tratamiento de supresión puberal desea iniciar un tratamiento de modificación corporal hormonal cruzado (con testosterona o con estradiol + antiandrógenos, según el caso) posterior, el de supresión puberal puede seguirse con dicho tratamiento para desarrollar características físicas y caracteres secundarios deseados del género vivido.

El momento en el cual se proceda a suspender dicho tratamiento o a iniciar de manera escalonada el tratamiento de modificación corporal

hormonal cruzado debe ser de común acuerdo entre el equipo médico y el/la adolescente, una vez llegada a la edad apropiada de desarrollo puberal y a la edad legal de consentimiento.

TRATAMIENTO DE NIÑXS Y ADOLESCENTES (2)

Puberal < 16 años (primera fase)	Confirmado el inicio puberal, proceder al bloqueo con análogos de GnRH, al menos en estadio 2 de Tanner. [acetato de Triptorelina o Leuprolide IM cada 28 días (depot de 3,75 mg o 80-100 ug/kg)] Alternativas: acetato de Triptorelina IM 3 meses (11,25 mg), cada 6 meses (22.5 mg) o acetato de Histrelina (1 implante subcutáneo anual).	
Puberal 16 a 18 años (segunda fase)	Continuar con bloqueo puberal con análogos de GnRH hasta gonadectomía o terapia hormonal cruzada a dosis de mantenimiento.	
	<p>Terapia hormonal cruzada con: 17 β estradiol (o valerato) oral a dosis crecientes cada 6 meses.</p> <p>10 ug/kg/día, otros 6 meses</p> <p>15 ug/kg/día, otros 6 meses</p> <p>20 ug/kg/día (Max. 2 mg/día)</p> <p>Mantenimiento adultx 2 mg/día</p>	<p>Terapia hormonal cruzada con:</p> <p>Empleo de testosterona IM a dosis crecientes cada 6 meses.</p> <p>25 mg/m² cada 2-3 semanas, 6 meses</p> <p>50 mg/m² cada 2/3 semanas, 6 meses</p> <p>75 mg/m² cada 2/3 semanas, 6 meses</p> <p>100 mg/m² cada 2-3 semanas</p> <p>(Max 200/250 mg= mantenimiento adulto)</p>
Modificado de Coleman et al 2012, Hembree et al 2009 y Rosenthal et al 2014.		

5. ABORDAJE DESDE LA SALUD MENTAL

Todo modelo de atención integral de la salud, accesible y de calidad, requiere de la inclusión de una perspectiva de género y Derechos Humanos.

En el caso que nos ocupa, niñeces y adolescencias trans, esto se hace particularmente ineludible.

Incorporar la perspectiva de género favorece la revisión crítica tanto de las prácticas institucionales como de aquellos presupuestos, creencias y actitudes que provienen de una formación que requiere ser constantemente actualizada.

LA SALUD Y EL MODELO HETERONORMATIVO

El modelo heteronormativo refiere a una norma social y cultural que presenta a la heterosexualidad como una ley natural, universal y obligatoria para la construcción de las relaciones sociales y afectivas (Rich; 1980). De acuerdo a este modelo, todo aquello que no se atiene a su

norma es interpretado como anormal y por lo tanto plausible de ser excluido o estigmatizado bajo distintas vestiduras: la de la cura, la de la re-educación, incluso la de la persecución y/o encarcelamiento.

El sistema de salud como dispositivo de poder, ha sido quizá el que más se ha dejado permear por el modelo heteronormativo, patologizando a todas aquellas orientaciones sexuales o identidades de género que no se mantuvieran bajo su norma.

Para rastrear en los orígenes, podemos señalar que una de las primeras catalogaciones de la homosexualidad como patológica proviene precisamente de lo que hoy llamamos discurso médico, cuando Krafft Ebing Ebing —psiquiatra alemán— la incluye en su clasificación de las psicopatías sexuales en 1886. Hasta ese entonces este término no existía dentro de la psiquiatría ni de la medicina en general. Su incorporación se diseminó de tal manera en el discurso

social que terminó reemplazando a los nombres injuriosos que se usaban hasta entonces: sodomita, invertido, uranista.

Entretanto, fueron apareciendo y sumándose nuevos y diferentes modos de patologizar las sexualidades no normativas ya sea través de la medicina, la psiquiatría o incluso algunas corrientes psicológicas.

Un punto de inflexión para pensar las sexualidades vino dado por la irrupción del psicoanálisis que abrió un nuevo campo frente a los paradigmas imperantes: desprendió la sexualidad de lo reproductivo, jugó con la ironía de la psicopatología de la vida cotidiana, ubicándola en el mismo nivel de problematización que las "patologías" más extraordinarias (Freud, 1901); e introdujo, entre otros aspectos, las teorías sexuales infantiles, planteando algo tan revulsivo para su época como el hecho de que la sexualidad está presente desde el mismo momento del nacimiento. Todo esto termina constituyendo un nuevo campo, mucho más amplio y heterogéneo, para pensar la sexualidad en el siglo XX.

No obstante, y a pesar de los grandes cambios sociales que se dieron a partir de la segunda mitad de ese siglo, fue recién en 1990 que la OMS quitó a la homosexualidad de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).

Esto ocurrió más precisamente un 17 de mayo y por eso en esa fecha se conmemora el Día Mundial de Lucha contra la Homofobia. Datos como estos sirven para graficar hasta qué punto la salud está implicada en lo que a las sexualidades disidentes respecta.

En la última revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, editado por la Asociación estadounidense de Psiquiatría (DSM-V) en el año 2013, y por presión de las organizaciones LGBT, se retira el Trastorno de la Identidad de Género, aunque persiste aún la descripción de lo que se llama disforia de género. Este término se define como el antónimo de euforia y, aplicado a estos casos, da cuenta de una discordancia entre la identidad de género y el género asignado al momento del nacimiento.

Por otra parte, hasta comienzos del siglo XX, el concepto de heterosexualidad tal como lo conocemos hoy en día era inexistente. Recién a partir de que se empieza a hablar de homosexualidad, como desviación patológica, es que se difunde el concepto de heterosexualidad. Una vez nombrado lo desviado, era necesario proveer de un nombre a lo correcto. Y ese nombre fue el de heterosexualidad.

Frente a este modelo normativo, donde las sexualidades quedan subsumidas a la presunción

de la heterosexualidad, comienzan a aparecer movimientos sociales de reivindicación de derechos, organizados en agrupaciones y colectivos, con el objetivo de visibilizar lo que de otro modo quedaba oculto bajo el paraguas de la heterosexualidad. Es allí, en esos lugares formados en medio de los discursos hegemónicos, que se ubican las llamadas diversidades sexuales. Este término alude a aquellas poblaciones que no responden a los estándares heterosexuales y bajo cuya nominación se incluye una pluralidad de representaciones, tanto identitarias como referidas a la orientación sexual, que visibilizan a un colectivo que se propone trabajar por la igualdad de derechos en el marco fundamental del respeto por las diversidades.

SALUD MENTAL Y ADOLESCENCIAS

Cada cultura y cada época construye distintas significaciones en relación con los cuerpos. La ciencia, la religión, la escuela, los medios de comunicación y, por supuesto, las familias contribuyen a cristalizar todo un sistema de valores donde la herencia del dualismo cuerpo/mente continúa operando con toda su impronta, deslizando su marca hacia una serie de otros binarios que debemos tener en cuenta a la hora de pensar abordajes en salud: naturaleza/cultura, masculino/femenino, salud/enfermedad.

De ahí surgen muchas de las discusiones que aparecen acerca del lugar de la salud mental cuando se trata de las cuestiones que involucran a los cuerpos disidentes.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición misma de salud que se establece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

En el marco de la Ley Nacional 26.657, se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

En su Art. 3° plantea que en ningún caso puede hacerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la elección o identidad sexual. Asimismo, la OMS define a la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este período pueden variar a lo largo del tiempo, entre una cultura y otra, y dependiendo de los contextos socio-económicos.

Por eso, más allá de la maduración física y sexual, las adolescencias se encuentran atravesadas por experiencias que dan cuenta de la transición hacia el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones sociales, la asunción de funciones “adultas” y la capacidad de razonamiento abstracto.

Tanto las familias como los espacios de escolarización siempre transmiten —implícita o explícitamente— sus propias perspectivas, ideas, emociones y prejuicios.

La exploración del propio cuerpo en la niñez y adolescencia forma parte del hecho de reconocerse y experimentar distintas sensaciones: placenteras, de angustia, enigmáticas, de extrañeza.

Por tratarse fundamentalmente de un período donde se comienza a incorporar todo este bagaje

simbólico, la niñez y la adolescencia constituyen etapas óptimas para poner en discusión, ayudar a desnaturalizar y deconstruir mitos y estereotipos en relación al sistema sexo-género.

UNA PROPUESTA DE ABORDAJE

Los avances en relación a derechos LGBT, el acceso a políticas de salud sexual y reproductiva sostenidas en el derecho a elegir y no sujetas a la planificación familiar, la implementación de la educación sexual integral, etc., hacen que el imaginario social con el que se forman lxs niñxs y adolescentes en la actualidad, en nuestro país, sea bien diferente al de unos años atrás.

Por supuesto que esto no implica que toda una historia de exclusiones, estigmatización y bur-las por el “diferente” se haya extinguido. Todo ello aún persiste pero cruzándose con los posicionamientos de respeto por las diversidades.

Teniendo en cuenta este contexto, podemos pensar las bases para una propuesta de abordaje de niñxs y adolescentes en los espacios de salud mental más allá de la rigidez de los binarios y tomando en cuenta ciertas características de la época cuya marca está dada por la fluidez y liquidez de las subjetividades.

Las cuestiones que involucran las sexualidades constituyen un entramado donde se articulan distintos discursos (jurídico, médico, psiquiátrico, psicológico, así como el de las organizaciones de defensa de los derechos LGBT, etc.) sobre cuya base se hace necesario establecer criterios de atención que encuentren un lugar posible en ese complejo entrecruzamiento.

La construcción de una modalidad de abordaje integral e interdisciplinario hará posible avanzar en este sentido.

Para decirlo desde el principio: lxs niñsx y adolescentes trans no sufren de ningún tipo de patología psíquica o psicológica relacionada con su identidad de género en sí.

Como queda expresado en el principio 18 del Documento sobre la aplicación de DDHH de personas LGBT Yogyakarta, "con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médica, ni suprimidas" (Principios de Yogyakarta; 2006).

Plantearlo desde el inicio en estos términos requiere, para quienes trabajamos dentro del sistema de salud y además tenemos la res-

ponsabilidad de gestionar en él, enfrentarnos a un verdadero cambio de paradigma. Si algo marca la particularidad de los temas que estamos abordando, es que implican todo un desafío para el sistema sanitario trabajar sobre aquellxs que concurren al hospital o al Centro de Salud para mejorar su calidad de vida y no porque presenten patología específica alguna. Y por si fuera poco, quienes consultan son niñxs y adolescentes con derecho a ser recibidxs, escuchadxs y atendidxs de manera confidencial y respetando su autonomía, de acuerdo a su capacidad progresiva y al interés superior que lxs avala.

Para un sistema cimentado en el paternalismo y formado en el modelo de la cura de lo enfermo, estas presentaciones se convierten en principio en altamente desconcertantes y a partir de allí pueden adquirir diferentes formas: la forma de lo expulsivo, del "derivacionismo", de la invisibilización, pero también de lo receptivo aunque en principio no se sepa qué hacer.

Lo cierto es que cuando se trata de cuestiones que involucran a los sujetos sexuados, tengan éstos la edad que tengan y la orientación o identidad de género que sea, siempre hay que darle lugar a lo enigmático, a ese no saber qué permitirá que algo se despliegue en el campo del Otro.

Ofrecer un dispositivo sostenido en la escucha de lo singular posibilitará que, frente al niñx o adolescente que solicita una intervención en lo real del cuerpo, se pueda desplegar un espacio de circulación de la palabra, de intervalo, donde se ofrezca algo más que la “solución” por medio de la técnica médica. Un espacio para lo enigmático de la sexualidad que permita que la cuestión no se agote en la certeza de una intervención –medicamentosa o quirúrgica– sobre el cuerpo.

Entonces, no patologizar la orientación sexual y las expresiones e identidades de género no normativas constituye el punto de inicio para

Entonces, no patologizar la orientación sexual y las expresiones e identidades de género no normativas constituye el punto de inicio para garantizar el acceso a la salud y el respeto de los derechos de lxs niñxs y adolescentes trans.

garantizar el acceso a la salud y el respeto de los derechos de lxs niñxs y adolescentes trans.

Que unx niñx o adolescente se autoperciba como trans, gay, lesbiana o bisexual no supone que deba ser derivado a una consulta con salud mental (del mismo modo que nadie deriva cuando se trata de unx niñx cis y/o heterosexual). Pero tampoco supone que, por nombrarse con una identidad de género que no obedece al asignado al nacer, se lx “empuje” a realizar tratamientos hormonales o a llevar a cabo el cambio registral en el DNI si no surge de una decisión genuina de esa persona. Tanto lo primero como esto último forman parte de la necesidad de normalización que ejercen lxs adultxs sobre lxs niñxs y jóvenes. Y esos otros pueden ser tanto los profesionales de la salud, como la escuela y también las familias.

Por eso es de suma importancia indagar sobre quién demanda las intervenciones, qué lugar tiene esx niñx o esx adolescente en las decisiones que se van a tomar, y asegurarse de que no se trate de calmar la angustia de lxs familiares o personas de cuidado quienes muchas veces frente a lo “incierto” propulsan clasificaciones apresuradas.

Siempre que se considere necesario, se sugerirá al/la adolescente contactar a sus familiares

o cuidadorxs y en caso de obtener su consentimiento se lxs convocará a una o varias entrevistas, de acuerdo a cada situación. Será de suma importancia a la hora de construir un espacio de entrevista o de atención, diferenciar niveles de demanda, interiorizarnos acerca del grado de conocimiento que tengan sobre la realidad LGBT y sobre las dificultades que pueden atravesar lxs adolescentes en los procesos de reconocimiento y visibilización.

Del mismo modo, ofrecerles el acceso a información adecuada y especializada, tanto en lo que hace a los procesos de tratamiento, como a la oferta de espacios de acompañamiento para ellxs mismxs, en caso de ser requeridos. Y algo sobre lo que es sumamente importante intervenir: informar sobre los efectos y las consecuencias que implican implican el rechazo y la falta de apoyo en estos procesos de deconstrucción y construcción de las identidades.

Es necesario que quien sostiene el espacio de escucha siga las pautas de la neutralidad, sin dirigir la entrevista ni intentar indagar en cuestiones que el/la adolescente o niñx no plantea.

Es parte fundamental del encuadre asegurar a quien consulta que puede hacerlo sin que ello implique instancias evaluatorias, así como el resguardo de la confidencialidad y la mención

por su nombre de elección aunque no se haya tramitado el cambio registral en el DNI.

Derivar a otros servicios en caso de que ello se requiera, llevar adelante Asesorías en Salud sexual y reproductiva (como una variante del dispositivo, muy válida a la hora de trabajar con adolescentes), entregar preservativos, informar sobre métodos anticonceptivos/de barrera, generar adherencia al sistema y asegurar el seguimiento, sobre todo en aquellxs niñxs y/o adolescentes que ya han comenzado o están por comenzar tratamientos de hormonización o incluso intervenciones quirúrgicas, constituyen objetivos primordiales para poder asegurar un abordaje integral.

La perspectiva de género y Derechos Humanos que proponemos es central para no caer en lo que podríamos llamar la medicalización del género. Reducir las intervenciones en salud solo a la "solución médica" sería anular lo que la construcción de las identidades –trans o cis– significan.

Es en cada sujeto en su singularidad, en sus propias marcas y anudamientos, en sus identificaciones –concepto tan disímil al de identidad–, que se construirá cada espacio de entrevista. ■

EJES PARA EL ABORDAJE EN LA CONSULTA CLÍNICA:

- Mención de las personas por su nombre de elección.
- Resguardo de la confidencialidad.
- Asegurar a quien consulta que no habrá instancias evaluatorias.
- Si se cita a familiares solo será con el consentimiento del/la consultante.
- La Identidad de Género o la Orientación Sexual no constituyen criterios diagnósticos.

6. PLAN DE GESTIÓN

EVALUACIÓN INICIAL

En el año 2017, cuando el programa inicia el trabajo con niñxs y adolescentes trans, uno de los primeros pasos que se realizó fue el diagnóstico situacional en torno a la cobertura sanitaria específica para este grupo poblacional. A cinco años de la sanción de la Ley de Identidad de Género, solo existía un único efector sanitario en el país, el Hospital General de Niños “Dr. Pedro de Elizalde”, que brindaba respuestas a las necesidades y requerimientos específicos de salud de esta población.

Asimismo, al indagar sobre la procedencia de la población que se encontraba recibiendo asistencia en dicho efector de salud, se detectó que el 76% es residente de la provincia de Buenos Aires. Cabe destacar que este número solo representa aquellos niñxs y adolescentes que han “podido llegar”, con todas las dificultades que ello implica (información pertinente, medios económicos, disponibilidad temporal, accesibilidad geográfi-

ca, acompañamiento de adultxs responsables, entre otros factores). Por otro lado, este porcentaje indica claramente la necesidad de comenzar a construir estrategias de atención que posibiliten una cobertura en el territorio bonaerense.

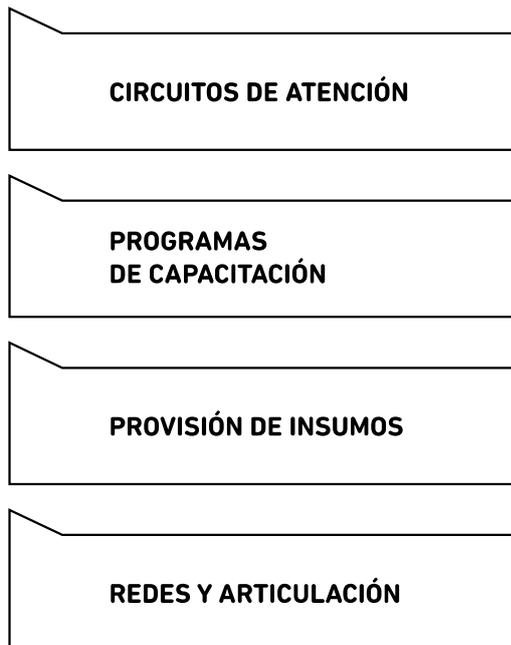
Frente a esta evaluación inicial, desde el Ministerio de Salud de la provincia se diseña el Plan de Atención Integral de la Salud para niñxs y adolescentes trans. Este plan se desarrolla en el Hospital Interzonal General de Agudos especializado en Pediatría Sor María Ludovica, ubicado en la ciudad de La Plata, por lo que se constituye así en el efector de referencia para la atención de infancias y adolescencias trans en la provincia de Buenos Aires.

A fin de compartir la experiencia desarrollada y promover nuevos espacios de atención integral de la salud para niñxs y adolescentes trans, desde el Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud, compartimos aquellas consideraciones a tener

en cuenta para la gestión y el fortalecimiento de efectores de salud con buenas prácticas de atención integral para niñxs y adolescentes trans.

PROPUESTA DE TRABAJO

Se propone el desarrollo de una estrategia de abordaje centrada en cuatro ejes de trabajo:



DEFINICIÓN DE LOS CIRCUITOS DE ATENCIÓN

Para poder garantizar la calidad de atención de niñxs y adolescentes trans, se considera que dichos procesos de atención deben desarrollarse en efectores sanitarios del segundo nivel, ya que se requiere de la participación de disciplinas pediátricas especializadas tales como endocrinología pediátrica, hebiatría, etc.

En este sentido, un primer paso es definir, en el efector de salud, un Actor Institucional que se constituya como referente para la atención de este grupo poblacional. Entre sus funciones, se destaca que acompañe al/la niñx/adolescente en su recorrido por el sistema de salud como así también que garantice la atención de la salud de esx niñx o adolescente sin perder de vista la integralidad de la atención sanitaria.

Se sugiere que la puerta de entrada al sistema de salud para niñxs y adolescentes se centre en los Servicios de Adolescencia y Pediatría. La existencia de este espacio de referencia permitirá mejorar la accesibilidad organizativa de lxs niñxs y adolescentes trans en los servicios de salud; optimizar los circuitos de interconsultas entre servicios; generar un espacio institucional con información actualizada de los recursos con los que se cuenta en esta temática; así como constituir un eje de referencia y contra referencia con

otros efectores del segundo nivel para los procesos posteriores de hormonización.

Además, se requiere una Red de Servicios que posibiliten abordar la temática de forma integral. Se sugiere que puedan participar en esta red las siguientes disciplinas: Endocrinología, Pediatría, Salud Mental, Servicio Social y Fonoaudiología.

Una buena práctica para garantizar la integralidad de la atención de salud es instalar un espacio de trabajo conjunto como equipo, donde todas las áreas y/o servicios confluyan y puedan, no solo compartir las intervenciones realizadas, sino pensar estrategias colectivas. Se sugiere realizar reuniones mensuales/bimestrales para fortalecer dicho espacio de encuentro entre equipos.

También se recomienda, a fin de garantizar la institucionalidad de la red, propiciar herramientas institucionales y/o disposiciones que designen formalmente al equipo de trabajo y a su/s representantes por área.

PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

Los procesos de formación, actualización y acompañamiento son primordiales a la hora de sumar una intervención novedosa en espacios que ya vienen trabajando en la prestación de prácticas de salud. La incorporación

de una perspectiva de género y Derechos Humanos en las prácticas sanitarias es el primer paso.

Desde nuestro programa, se ofrecen tres propuestas de formación:

- Sensibilización en cuestiones de género y diversidad sexual: lxs destinatarixs de esta línea de formación son los miembros del equipo ampliado del efector de salud. A fin de que participe la mayoría del equipo, se sugiere realizar instancias múltiples que posibiliten sensibilizar en cuestiones de género y diversidad sexual a todxs lxs integrantes.

El objetivo de esta instancia de formación es propiciar, en lxs efectores de salud, procesos de reflexión en torno al abordaje de las demandas de la comunidad LGBT, problematizar el sistema binario cis heterosexual de género y analizar el marco normativo nacional vigente sobre derechos sexuales e identidad de género.

- Jornadas de trasmisión de experiencias entre equipos: son una herramienta de gran valor para la intervención en esta temática. Se recomienda que puedan facilitarse las articulaciones necesarias para propiciar estos encuentros con el objeto de poder sumar prácticas enriquecidas a través de la expertise de otrxs efectores.

- Actualización y capacitación para las áreas de salud mental/social: se considera oportuno poder instar espacios de acompañamiento y fortalecimiento de las áreas de Salud Mental y Servicio Social, ya que se observa una gran demanda sobre la falta de formación específica en esta temática. Cabe destacar que los espacios de escucha y acompañamiento son de gran importancia en los procesos de atención de la salud, siempre y cuando se encuentren preparados para desarrollar intervenciones respetuosas a partir de una perspectiva de género y Derechos Humanos.

PROVISIÓN DE INSUMOS

Garantizar el insumo requerido es central a la hora de pensar una práctica sanitaria sólida. Desde el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, a través del Banco de Drogas, se garantiza la medicación requerida para el tratamiento de inhibición puberal de niñas y adolescentes trans y desde el Programa de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud se garantiza la medicación para los tratamientos de modificación corporal hormonal.

REDES Y ARTICULACIÓN

- Red de derivación por problemáticas de cambio registral de DNI en niñas y adolescentes: las redes de derivación y/o articulación con áreas de gestión de Derechos Humanos y/o Defensorías posibilitarán dar seguimiento y atención efectiva

a los casos que requieren de la figura del Abogado del niño para los cambios registrales del DNI.

- Red de pares: se considera que la participación de pares es un aporte muy importante, ya que son estas redes las que permiten que cada niña, adolescente y sus familias puedan encontrar un ámbito donde compartir experiencias, reflexionar y apoyarse conjuntamente. Estos espacios promueven procesos de aprendizaje que forjan mejoras en el desarrollo individual y grupal, por lo que suman positivamente a los procesos de salud y atención.

Estas redes de pares son impulsadas por organizaciones de la sociedad civil.

- Red de servicios de salud para la comunidad LGBT: desde el Programa de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud se ofrece como recurso el Georeferenciamiento de servicios de salud de la provincia para la comunidad LGBT. Esta información resulta de gran importancia para la articulación y posterior derivación de aquellas adolescentes que continúen con procesos de modificación corporal hormonales. ■

7. ACOMPAÑAMIENTO DESDE LA SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS

Desde la Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires se realiza acompañamiento a niñxs y adolescentes trans y sus familias en el proceso de solicitud de su cambio registral, dando cumplimiento a los Artículos 1, 3 y 5 de la **Ley de Identidad de Género**.

ARTÍCULO 1° - TODA PERSONA TIENE DERECHO:

- a) Al reconocimiento de su identidad de género;
- b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.

ARTÍCULO 3°

Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida.

Se destaca que para aquellxs niñxs y/o jóvenes menores de 18 años de edad que quisieran realizar el cambio registral de nombre de pila y sexo en el DNI, se deberá contar con:

- 1- Representación de representante legal (padre, madre, tutor o encargado)
- 2- Expresa conformidad del/ la menor
- 3- Presencia de unx abogadx del niño

ARTÍCULO 5°

Con relación a las personas menores de dieciocho (18) años de edad la solicitud del trámite a que refiere el artículo 4° deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Asimismo, la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño prevista en el Artículo 27 de la Ley 26.061.

Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno/a de los/as representantes legales del menor de edad, se podrá recurrir a la vía sumarísima para que los/as jueces/zas correspondientes resuelvan, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. ■

Desde la Secretaría de Derechos Humanos, se desarrollan líneas estratégicas de intervención en los ámbitos educativos, comunitarios y familiares, donde niñas y adolescentes se desarrollan y en los cuales se pueden vislumbrar obstáculos para la garantía de los derechos previstos en la Ley de identidad de género.

BIBLIOGRAFÍA

Antoniazzi F, Zamboni G, Bertoldo F, Lauriola S, Mengarda F, Pietrobelli A, Tato L (2003)

“Bone mass at final height in precocious puberty after gonadotropin-releasing hormone agonist with and without calcium supplementation”.

En: J Clin Endocrinol Metab. 88(3):1096-1101.

Berkins, Lohana y Josefina Fernández (2006)

La gesta del nombre propio. Informe sobre la comunidad travesti en la Argentina. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Butler, Judith (1990)

El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. España: Paidós.

Comité de Crecimiento y Desarrollo.

“Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica”. Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 3:s53-s62.

Freud, Sigmund (1901)

Obras completas de Sigmund Freud. Volumen VI - Psicopatología de la vida cotidiana. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.

Guerrero-Fernández, Julio, Ana Coral Barreda-Bonis e Isabel González-Casado (2015)

“El transgénero desde la perspectiva de la endocrinología. Pros y contras de los tratamientos hormonales desde el punto de vista de la endocrinología pediátrica”. En: Rev Esp Endocrinol Pediatr. Volumen 6. Suplemento 2. España.

Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ III, Spack NP, Tangpricha V y Montori VM (2003)

“Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline”. En: Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 94 3132–3154.

Hembree Wylie C. et al. (2017)

“Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline”. En: Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 102(11):1–35

Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J (2014)

“Bone Mass in Young Adulthood Following Gonadotropin-Releasing Hormone Analog Treatment and Cross-Sex Hormone Treatment in Adolescents With Gender Dysphoria

Ley Nacional de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, N° 26.529, 2009.

Ley Nacional de Educación Sexual Integral, N° 26.150, 2006.

Ley Nacional de Identidad de Género, N° 26.743, 2012.

Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, 2010.

Lopes Louro, Guacira (Org) (1999)
O corpo educado. Pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica.

Ministerio de Salud de la Nación (2015)
Documento de trabajo "Nuevo Código Civil y Comercial. Lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos". Sin más datos.

Ministerio de Salud de la Nación (2015) Documento de trabajo "Lineamientos sobre Derechos y Accesos de adolescentes al sistema de salud". Sin más datos.

Ministerio de Salud de la Nación (2017) "Boletín sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina". N° 34. Año XX. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/>