EXPERIENCIA DE LAS MUJERES TRANS EN SU PROCESO DE TRANSICIÓN MÉDICA

Investigación sobre la realidad de las mujeres trans en su proceso de transición médica y la visión de las personas expertas

Enero 2021

www.felgtb.org

FELGTB
Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales

Subvencionado por :

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Contenido

Notas sobre pasado y presente, para crear un futuro 4

Resultado análisis cuantitativo 9

- Anotaciones metodológicas 9
- Resumen de datos sociales, demográficos y socioeconómicos 9
- Autopercepción de la salud 11
- Atención sanitaria y transición médica 11
- Experiencia en unidades de identidad de género o de atención a la transexualid 12
  - Cirugías 12
  - Experiencias con otras especialidades 13
  - Apoyo psico- emocional 14
  - Situación social y emocional tras el inicio de transición médica 14
  - Otros recursos sanitarios 15

Situación de recursos sociosanitarios en procesos de transición médica de mujeres trans 16

Mujeres trans y su relación con el sistema sanitario en procesos de transición médica 30

- Introducción 30
- Resultados del Análisis Cualitativo 31
- Transición Médica 31
- Trayectoria emocional 34
- Sociedad 35

Conclusiones 36

- Generales de la investigación 36
- Diversidad discursiva 38

Salud Trans* Positiva. Nuevos retos en el acompañamiento a la salud de personas trans* 38

La importancia de la inclusión del acompañamiento de las necesidades sociales de las mujeres trans como parte fundamental de su salud 58

Atención psicoterapéutica a mujeres trans desde una perspectiva transpositiva 67

Introducción

En el presente documento se recoge toda la información obtenida tras la investigación llevada a cabo por la Federación Estatal LGTB sobre la experiencia de las mujeres trans en su proceso de transición médica.

Para la realización del presente informe se ha contado con la participación de varias personas expertas y profesionales de distintos campos, desde la medicina hasta el ámbito del trabajo social. Comienza el informe con las palabras de Mané Fernández Noriega, Vicepresidente de la FELGTB, que en su calidad de enfermero y psicólogo, y a modo de introducción, habla sobre la realidad trans bajo el título de "Notas sobre pasado y presente, para crear un futuro".

A continuación, se exponen los datos de la investigación de carácter cuantitativo que se ha realizado desde la FELGTB, junto a un desarrollo del análisis que se ha hecho de los mismos. Para completar este análisis hemos contado con la participación de Lina Fabiana Mulero Santoro, profesional de la salud del Servicio Trànsit con su artículo "Situación de los recursos sociosanitarios en los procesos de transición médica de las mujeres trans".

Para poder profundizar más en las experiencias de las mujeres trans en su proceso de transición médica se completó la investigación por parte de FELGTB con una investigación de carácter cualitativo, a través de entrevistas a mujeres trans que habían llevado a cabo su proceso de transición médica en España. En este punto, se presentan los resultados que se han obtenido de la misma y unas conclusiones generales.

Siguiendo con el conjunto de profesionales que han formado parte de este estudio, a continuación, podemos leer el artículo de Joana Cabrera Berger "Salud trans* positiva. Nuevos retos en el acompañamiento a la salud de las personas trans". Joana es especialista en medicina familiar y comunitaria y recoge en su artículo la importancia de la sanidad para las personas trans y cómo estas deben ser acompañadas durante las distintas fases de la vida: infancia, adolescencia, adultez y vejez. Continuando con el acompañamiento a las personas trans se encuentra también el artículo de Isidro García Nieto, trabajador social y sexólogo especialista en el acompañamiento a personas trans y LGTBIQ+ y sus familias. "La importancia de la inclusión del acompañamiento de las necesidades sociales de las mujeres trans como parte fundamental de su salud", pone el énfasis en la discriminación social basada en la transfobia, que sufren las mujeres trans y cómo ello repercute de manera negativa en su salud.

Para finalizar contamos con el artículo de Sore Vega, psicóloga en el Servicio Trànsit, "Atención psicoterapéutica a mujeres trans desde la perspectiva transpositiva". Se aborda la visión que se ha tenido en la psicología sobre las personas trans y la importancia que tiene que los profesionales que atienden a las mismas lo hagan desde una psicología transpositiva.

El Grupo Motor de esta investigación ha estado compuesto por: Alex Bixquert i Grau, Cristina Cuesta, Ignacio Paredero, Loren González, Mané Fernández, Marcos Ventura, María Rodríguez, Niurka Gibaja y Uge Sangil.

Notas sobre pasado y presente, para crear un futuro

Mané Fernández Noriega

Este estudio realizado por la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales (de ahora en adelante FELGTB), con una horquilla muy amplia de encuestadas, abordando diferentes ámbitos relacionados con el sistema sanitario. La riqueza de la información es amplia, puesto que nos permite tener una radiografía de cuál es la situación de la red pública sanitaria, el tratamiento que ofrece a las mujeres trans y muy fundamentalmente, la experiencia de su proceso de transición médica. Un conjunto de visiones, experiencias y expectativas, condicionadas por la edad, situación laboral etc., así como aspectos tan importantes como es el vivir en una gran ciudad o en el mundo rural. Es decir, su contribución ha permitido conocer desde el pasado hasta la actualidad una realidad plasmada a través de sus afirmaciones, sus opiniones, en definitiva, de su experiencia.

Agradecer su participación por parte de FELGTB, la generosidad, como fuente valiosa de información y la trascendencia de los resultados. Responder a las preguntas del cuestionario o brindarse a contar su experiencia en entrevistas personales ha supuesto una riqueza imprescindible para nuestra labor.

Un conjunto de realidades desde diferentes aspectos, en cuanto a la facilidad (o no) de poder realizar un proceso de Transito, que ha sido la finalidad fundamental que marcará este estudio: la situación de las mujeres Trans en el ámbito Sanitario. Una relación que es necesaria conocer y valorar, observando un horizonte de contexto política pública para consolidar un plan de Sanitario adaptado. Comprender que cuando hablamos de la realidad Trans y las limitaciones de los recursos sanitarios, que pueden incluso paralizar o no poder optar a un proceso de tránsito, es limitar las expectativas de la población usuaria, de una parte, de la ciudadanía, y por tanto, reconocer una realidad que ha de incorporar grandes mejoras.

Diferentes perspectivas que se observan a través de los resultados de este estudio. En cuanto a la dinámica social, que refleja la propia evolución de la sociedad, visto por ejemplo en el rango de edad, y su relación con el nivel de estudios. En los rangos de mayor edad nos encontramos se observa la mayor presencia de quienes ni siquiera finalizaron sus estudios básicos, y por el contrario, las personas jóvenes con un porcentaje más elevado de niveles de estudios superiores, algo que lógicamente repercutirá en la incorporación al mundo laboral. Pero también lo que nos lleva a que según en la Comunidad Autónoma donde se resida el derecho a prestaciones Sanitarias será más amplio o limitado, por ende, el impacto en el proceso de tránsito, con todas las garantías sanitarias que se requiere en estos casos. No olvidemos que estos procesos necesitan de un seguimiento médico, aparcando el concepto "enfermedad", señalando exclusivamente y solo como usuarias del sistema Sanitario.

Por tanto, una cicatriz en las mujeres más mayores y al mismo tiempo una brecha respecto a las más jóvenes. En este sentido, si las mujeres más mayores son aquellas que tienen 45 y más años, añadimos al daño emocional del rechazo vivido en la experiencia vital de la mayoría, el impacto marcado en su inserción social, laboral, etc., convirtiéndolas en una gran mayoría de mujeres en situación de extrema vulnerabilidad. Al final, como en todos los aspectos, y para toda la población, en la actualidad el nivel de estudios incrementa la oportunidad de poder ser parte activa del mundo laboral. Por eso es fácil sacar como

conclusión de la importancia de la vivencia, del trabajo de visibilidad de las mayores y de su trabajo de reivindicación, en este momento en el que las generaciones más jóvenes acceden al mundo laboral con sus dificultades, frente a otros aspectos que en su momento las mujeres trans mayores no tuvieron, ofreciéndose dos modelos para permitir el acceso al mercado de trabajo.

En este punto no podemos dejar de mencionar lo que ha pasado en este periodo tan excepcional: la Pandemia. Nos ha puesto delante situaciones que en algún momento intuíamos, y que ahora se han manifestado a través del confinamiento. Constatamos que los ingresos de las mujeres encuestadas durante este periodo mermaron significativamente, en unos recursos ya limitados. En una situación difícil de manejar, donde la dificultad de las economías de estas mujeres las ha convertido en más frágiles, como se verá adelante, en el porcentaje de las mujeres encuestadas. Definimos esa debilidad, como la causada por la caída de ingresos, impidiendo incluso, poder seguir haciendo frente a los gastos más básicos, la alimentación y vivienda, dando como resultado un empobrecimiento extremo de estas mujeres.

Se trata de un conjunto de obstáculos que necesitan de una atención especial y urgente. La volatilidad del empleo y su inestabilidad, dificultan la posibilidad de continuar el proceso de tránsito, encontrándonos con un porcentaje alto de mujeres con empleo que han cambiado de centro donde realizan su proceso, debido (claro está) al cambio de ciudad por motivos laborales. En este aspecto también es importante hablar de las mujeres trans en el mundo rural, sabiendo las diferencias sustanciales entre el hábitat urbano y el rural, donde las posibilidades de incorporación al mundo laboral son diferentes. Si para la población en general este aspecto es importante, nos podemos imaginar lo que conlleva ser mujer trans en el mundo rural, la doble problemática se eleva con la doble ausencia: de oferta de empleo y de recursos sanitarios para el proceso de transición médica. Lamentablemente, ¿se puede considerar como asumida la necesidad de invisibilizarse en una gran ciudad, con mayores opciones de empleo y red de sanitaria adecuada?

Asimismo, tenemos que reflexionar en todo lo que significa poder lograr un reconocimiento administrativo, lo que sin ninguna duda facilita la relación en el mundo laboral, o cualquier tipo actuación, de prestación social, donde cualquier trámite se tenga que conformar en base a la identidad y en un documento tan personal e identificativo como puede ser el DNI. Los días, meses, e incluso años que impiden la posibilidad de entrar o hacer uso del Sistema Sanitario donde se pueda dar "el certificado" hace que todo lo demás se complique. Con todas las consecuencias sociales que se puede dar en relación a tener o no reconocida la identidad en los documentos. Una telaraña de recursos concatenados que tiene su comienzo por un diagnóstico que patologiza y se aleja de los postulados de la OMS. Un corte que se puede producir ante una política pública no reconocida o las limitaciones implícitas o explícitas del sistema sanitario, cuyo tiempo de atención es un primer hándicap. Pese a que puede que no sea el término más adecuado, la OMS desde 2018 elimina la transexualidad como una enfermedad y pasa a definirlo como:

"Una incongruencia marcada y persistente entre el género experimentado del individuo y el sexo asignado, que a menudo conduce a un deseo de 'transición' para vivir y ser aceptado como una persona del género experimentado a través del tratamiento hormonal, la cirugía u otras prestaciones sanitarias para alinear el cuerpo, tanto como se desee y en la medida de lo posible, con el género experimentado. El diagnóstico no puede asignarse antes del inicio de la pubertad. El comportamiento y las preferencias de género por sí

solas no son una base para asignar el diagnóstico".

Todo un relato de situaciones que no favorecen al estado emocional. Todos estos aspectos conducen hacia la percepción de estas mujeres en cuanto a su estado de salud. Encontramos cifras importantes donde esa percepción no es buena, siendo los aspectos psicológicos donde se sitúa una sensación peor, con alto porcentaje en aspectos relacionados con estados anímicos como depresión, estrés, ansiedad, etc... Lo más destacable es ver que aquí ni siquiera podemos hablar de una diferencia por rango de edad, siendo algo generalizado. Podemos decir que el aspecto psicológico de las mujeres transexuales sigue siendo un aspecto a tener en cuenta, y a trabajar en por qué siguen dándose estos altos índices de una sensación negativa, aunque sabemos cuáles pueden ser los aspectos que influyen en este aspecto: el pago del peaje ante un conjunto de situaciones aún no superadas, provocadas por situaciones van del desconocimiento hasta el odio. La OMS ya ha dicho que si las personas trans son usuarias de servicios de salud mental no es por su condición trans, sino por la presión social sufrida, por la no aceptación de esta realidad, y por otros aspectos que hacen que se den situaciones, que si bien se están tratando en el Sistema Sanitario público, son deficitarios y desiguales, como destacar los casos que no han podido empezar su transición bien por problemas económicos, o sencillamente porque en su familia no lo aceptan, y de nuevo aquí tenemos que reflejar lo que la Pandemia del Covid 19 ha provocado: que los procesos en algunos casos quedaran detenidos o no se pudieran empezar, llevando como consecuencia vivir todo este periodo desde la ansiedad por no saber cómo, cuándo o de qué manera se podría o se podrá empezar dicho proceso, aumentando las sensaciones de vulnerabilidad y la sensación de una mala salud a nivel psicológico. La doble ausencia de ingresos y recursos públicos tiene consecuencias, como nos encontramos con mujeres que se autohormonan, sin seguimiento médico de ese tratamiento.

Podemos decir que los aspectos económicos y la incorporación al mundo laboral, con el valor añadido de una cobertura sanitaria adecuada a sus características, hará que los procesos sean desde una perspectiva u otra, aspectos esenciales en su proceso de empoderamiento. En este momento de crisis o situación extraordinaria, hablamos de una realidad que depende de muchos elementos interrelacionados, y que cualquier cambio en uno de estos hará que las situaciones se den de una manera u otra, teniendo una consecuencia directa en la actitud personal de la autoestima.

Desde esta perspectiva tenemos que ver cómo es percibida la atención de estas mujeres en las unidades de Atención a las personas Trans, sabiendo que no todas las unidades trabajan de la misma forma. La Comunidad Autónoma condiciona la atención a las usuarias de esas unidades y su caracterización, con una heterogeneidad de medidas que llevan el servicio desde la Patologización (con el diagnóstico de disforia de Género), pasando por la necesidad de formación a profesionales, hasta con la provisión de recursos económicos ínfimos que repercuten en la calidad de la política sanitaria.

Aun siendo unidades donde el porcentaje de usuarias no es alto, nos encontramos con que la espera media a la primera cita es de un mes, siendo valorado este tiempo de espera de forma negativa. Aquí se tiene que volver a valorar la diferencia entre vivir en una gran ciudad o en el mundo rural, y sobre éste, podemos deducir que todo lo que tenga que ver con esta realidad se complica más, y más aún cuando estas mujeres tienen que desplazarse para poder tener esas citas, lo que conlleva un desembolso económico en mujeres con su situación económica precaria. Se puede deducir el porcentaje de mujeres que dejan de

asistir a estas citas, y las dificultades encontradas para seguir su proceso de transición médica. En este sentido, a la dicotomía del medio rural/ urbano hay que añadir el elemento de desarrollo en cada una de las 17 políticas sanitarias constituidas por 17 Comunidades Autónomas.

Una multiplicidad de realidades que confirman la necesidad de una visión específica, incluyendo otras causas diferentes a la uniformidad del concepto "abandono del proceso médico", entre las que pueden responder a la afirmación "no vivo en un cuerpo equivocado", discurso que las hacer ver que las equivocadas no son ellas ni sus cuerpos, sino que la lectura que la sociedad ha hecho y hace de los cuerpos, en base a una genitalidad, desde donde se da una identidad u otra. Existen también otras las casuísticas que hacen dejar el proceso, cada caso requiere de una forma diferenciada, y por ello hay que destacar la compatibilidad con el estado de salud de la usuaria, lo que puede provocar la suspensión sanitario. La actitud del personal sanitario es esencial, y no se puede dejar exclusivamente en su criterio las pautas de actuación, ya que se trata de casos únicos. Un buen equipo de profesionales puede ser considerado así por su trato, de la misma forma que un trato deficiente puede conducir al abandono el proceso por el trato recibido por el personal sanitario, tal y como han afirmado las mujeres entrevistadas.

Desgranando el proceso de transición médica, se pueden distinguir diferentes momentos, siendo uno de estos momentos las cirugías. Pues bien, un alto porcentaje (el 66%) de estas mujeres no se han sometido a ninguna cirugía, siendo la edad un dato relevante a la hora de hacerse una cirugía. Lo que nos refleja este estudio es son las mujeres más jóvenes las no se someten a cirugías. Entonces ¿la lectura que hacen las mujeres más jóvenes de sus cuerpos en menos negativa que en las mujeres mayores? Por su parte, lo que nos hace ver este estudio es que, en un alto porcentaje (un 55,2%), es decir más de la mitad de las mujeres que sí se sometieron a cirugías, su autoestima se elevó.

En conclusión, la edad, el nivel formativo, la situación socioeconómica, teniendo en cuenta el apoyo familiar, son factores que van a influir en la percepción del proceso de transición médica en las mujeres trans. De la misma forma, el tamaño del hábitat contribuirá a la movilidad en una especie de migración por motivos sanitarios y, desde luego, el nivel de implantación en las Comunidades Autónomas. Pueden existir casos en los que la voluntad del personal sanitario sustituirá a los mecanismos necesarios de coordinación.

En cualquiera de los casos queda en el aire en lo referente a la gestión, la evaluación de los diferentes modelos y la creación de una buena práctica. También existe la asignatura pendiente de una política sanitaria preventiva.

En conclusión. Han pasado 10 años, un número relativo, con avances y sombras. Las CCAA han abordado la cuestión trans predominando la seña de identidad política, sin llegar a mirar en la profundidad de los derechos. La aprobación de leyes requiere de aprobación de presupuestos y reglamentos, de acuerdo con las especificidades médicas, teniendo en cuenta un grupo tan vulnerable.

¿Cuál serían los mínimos? Definir cómo se despliega un derecho se manifiesta también con una dotación presupuestaria, permitiendo evaluar todos aquellos elementos detectados que son necesarios para el desarrollo de un derecho. Además:

Estableciendo mecanismos de coordinación real, de tal forma que el dispositivo dé una respuesta adecuada a la demanda de la paciente.

Definiendo un programa formativo al personal sanitario, puesto que efectivamente, las mujeres trans forman parte de un grupo minoritario, aunque extremadamente vulnerable.

Diseñando elementos de seguimiento de cada caso, formando parte de un programa sociocomunitario que analice el impacto del proceso médico en la paciente. Se trata de definir las pautas de un programa más amplio, integrando al ámbito sanitario en una perspectiva comunitaria.

Abordando de manera específica el cambio fisiológico y su adaptación ante la nueva realidad, en función de las necesidades de la paciente. Desde esta perspectiva se entiende aún más la necesidad de la perspectiva comunitaria.

Diseñar un conjunto de indicadores que señalen los "índices de calidad", de tal manera que se establezcan áreas de mejora, así como la necesidad de generar elementos de normalización en los procesos de tratamiento sanitario.

Resultado análisis cuantitativo

Anotaciones metodológicas

El presente informe refleja los datos obtenidos tras el análisis de la encuesta "Experiencia de las mujeres trans en su proceso de transición médica" con un total de 94 respuestas.

El método de obtención de información se ha realizado mediante la técnica *bola de nieve,*

proporcionando un cuestionario estandarizado autoadministrado. El periodo de recogida de información fue desde 20 de julio a 31 de agosto de 2020.

Resumen de datos sociales, demográficos y socioeconómico

La **edad media** de las mujeres participantes en este estudio es de 32 años, en un rango de edad de los 15 a los 65.

En su mayoría son de nacionalidad española (97%) y se cuenta con un 3% de mujeres que proceden de Latinoamérica. Sin embargo, previo a la depuración de información, existía un 21% de mujeres extranjeras.

En cuanto al **nivel formativo**, predominan las mujeres cuyo nivel máximo de formación es la secundaria/ BUP/ Bachillerato /FP, seguidas de las mujeres con Titulación universitaria, aunque no esté reconocida por las universidades españolas. El nivel formativo que encontramos entre las encuestas se encuentra ligado a sus edades, del 45,6% de las mujeres cuya máxima formación es la "Enseñanza Secundaria/ Bachillerato/ BUP /FP Superior", un 23,3% son menores de 25 años.

Aquellas "Sin estudios o estudios primarios sin finalizar" están más presentes en el rango de mayor edad.

Estrechamente relacionado con la formación académica, en lo que ha **situación laboral** se refiere, el 35,1% tiene un trabajo con contrato (de las cuales el 16% tiene "Titulación Universitaria" y un 14,9% "Enseñanza Secundaria/Bachillerato/ BUP/ FP Superior"). El 28,7% se encuentra desempleada (un 23,4% "Desempleada sin ningún tipo de ingreso" y un 5,3% "Desempleada cobrando una prestación/ subsidio por desempleo") y un 26,6% que se encuentra estudiando (13,8% "Enseñanza Secundaria/Bachillerato/ BUP/ FP Superior" y 10,6% "Titulación Universitaria").

En la relación con la actividad, un 4,3% son "Empresarias". En cuanto al "Trabajo Sexual" un 3,2% de las mujeres encuestadas se encuentra ejerciéndolo, de las cuales un 1,1% cuenta con un nivel formativo académico de "Titulación Universitaria", un 1,1% tiene "Enseñanza Secundaria/Bachillerato/BUP/ FP Superior" y otro 1,1% parte con "Estudios o estudios primarios sin finalizar". Por último, y en relación también con las tituladas universitarias, un 1,1% está trabajando sin contrato.

En cuanto a los **ingresos**, FELGTB ha considerado oportuno analizar el impacto de la pandemia del COVID en la economía de estas mujeres. En este sentido, confirmamos

que el estado de confinamiento ha afectado visiblemente a los ingresos mensuales de las mujeres encuestadas. Se ve de manera clara cómo ha aumentado el porcentaje de ingresos por debajo de los 710 euros y se ha visto disminuido también el porcentaje de aquellas que ingresaban más de 711 euros, por lo que se deduce que se ha dado un empobrecimiento tangible.

En términos generales, la situación es la siguiente:

	INGRESOS NETOS MENSUALES ANTES Y DESDE EL PERIODO DE CONFINAMIENTO							
Situación laboral	Menos de 355		De 356-710		De 711- 1.000		Más de 1.001	
	Antes	Desde	Antes	Desde	Antes	Desde	Antes	Desde
Desempleada no prestación	13,8	16,0	4,3	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Desempleada prestación	1,1	1,1	0,0	1,1	2,1	1,1	1,1	1,1
Empresaria	0,0	0,0	0,0	1,1	3,2	1,1	1,1	1,1
Estudiando	12,8	13,8	3,2	2,1	3,2	3,2	1,1	1,1
Trabajo contrato	2,1	1,1	3,2	6,4	4,3	3,2	25,5	21,3
Trabajo sexual	1,1	1,1	0,0	1,1	2,1	0,0	0,0	0,0
Trabajo sin contrato	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	31,9	34,0	10,6	12,8	14,9	8,5	29,8	24,5

Otro dato a resaltar es el referente al **lugar en el que han llevado a cabo la transición médica**. En este sentido, encontramos que el 83,9% sigue residiendo en el mismo lugar dónde la comenzó y un 16,1% lo ha cambiado.

De este 16,1% que ha cambiado su lugar de residencia predominan las mujeres menores de 45 años (14,3%), con contrato de trabajo (6,8%), estudiando (3,4%) o "desempleada con ningún ingreso" (3,4%).

Se han dividido los **municipios** por número de habitantes en 3 categorías: "Hasta 10.000 habitantes". "de 10.001 a 300.000 habitantes" y "300.001 y más habitantes". La mayoría de las mujeres encuestadas residen en municipios de "300.001 y más habitantes", pero el movimiento de residencia que se ha producido ha sido hacia los municipios de "10.001 a 300.000 habitantes" (+ 5,6%) y de "hasta 10.000 habitantes" (+ 2,3%) aunque en menor medida en estos últimos.

En cuanto al **aspecto administrativo y el cambio de nombre** y sexo en el Registro Civil, la mitad de las mujeres participantes en la investigación lo han cambiado y la otro no.

Aquellas que sí lo hicieron lo realizaron en su mayoría entre el año 2016 y el 2020. El 21,3% de las mujeres que lo hicieron entre el 2019 y el 2020 tenían menos de 25 años, seguidas de un 17,1% que tenían entre 26-35 años y un 8,5% de 46-55 años.

En cuanto a las mujeres que no lo han cambiado, el 4,3% no ha iniciado su transición médica frente a un 45,7% que sí que lo ha hecho.

Autopercepción de la salud

Se les preguntó por su **salud en el momento actual**, que lo puntuaran en una escala de 0 a 5 siendo 0 "muy mala" y 5 "muy buena".

Aunque predominan las puntaciones del 3 al 5, el 13,9% de las participantes en el estudio piensa que su salud no es buena.

Al preguntarles por su **estado emocional**, comprobamos que pese a que en todas las categorías de porcentaje de mujeres que han respondido "Bajo" (entre 35,1% y 40,4%) es bastante elevado, igualmente lo es para "Elevado" y "Muy Elevado".

Cuando se comparan los distintos **estados anímicos**, la ansiedad es la más padecida por las encuestadas de forma "Muy Elevada" (25,5%), seguida de la tristeza (21,3%), la angustia (16%), y el estrés (14,9%). Si desviamos la atención a las que padecen de manera "Elevada", comprobamos como el estrés afecta al 45,7% de las mujeres encuestadas, seguida de la angustia (41,5%), la ansiedad (39,4%) y la tristeza (37,2%).

Dicho todo esto, podemos concluir que, pese a tener un 35,1% de mujeres que tienen un nivel de ansiedad "Bajo", al sumar las que sí que lo tienen de forma "Elevada" o "Muy Elevada" da un resultado de 64,9%, lo mismo ocurre con el resto de estados anímicos.

Atención sanitaria y transición médica

El 94,7% de las mujeres que realizaron la encuesta han comenzado el proceso de transición médica, un 5,3% no. Las razones por las que algunas de las mujeres no han comenzado su proceso de transición son varias, entre ellas por falta de recursos económicos y de apoyo familiar, por la imposibilidad de hacerlo debido los problemas en el sistema sanitario provocados por la pandemia de la Covid-19.

El porcentaje más alto de mujeres que han iniciado su transición médica se encuentra en los municipios de "300.001 y más habitantes" (47,2%), seguidas de aquellas que viven en municipios de "10.001 a 300.000 habitantes" (39,3%) y un 7,9% que vive en municipios con menos de 10.000 habitantes. Un **12,5% de las mujeres cambiaron su municipio** de residencia en el transcurso de su transición médica.

El **centro público es el que predomina** sobre los lugares donde están siendo atendidas (78,7%). Únicamente una de las encuestadas está llevando a cabo su transición en un centro privado, y es el perfil de una mujer mayor de 56 años, con un volumen de ingresos superior a 1.000 euros.

Un 10,6% está siendo atendida "parte en centro público y parte en centro privado", y un 3,3% se automedica, dato que se encuentra ligado a una falta de ingresos.

Tras haber comenzado su transición **un 7,4% de las mujeres encuestadas la han parado**, un 2,1% de ellas de manera involuntaria y un 5,3% de manera voluntaria. La mayoría de ellas en una media de hace 1-3 años.

Diversas son las **razones** que han llevado a las mujeres que han parado su transición de manera voluntaria a hacerlo. De índole social: "Entendí que el problema no era mi cuerpo, sino la sociedad", por problemas con la medicación o el personal sanitario y para poder congelar tejido reproductivo.

Entendí que el problema no era mi cuerpo, sino la sociedad

Experiencia en las unidades de identidad de género o de atención a la transexualidad

Con el fin de conocer su experiencia en las unidades de género comenzamos por preguntar por los tiempos de espera desde que pidieron la primera cita al personal sanitario de **Atención primaria.** De las respuestas obtenidas, la media ha sido de 5 meses y medio aproximadamente, el porcentaje más alto ha sido de una espera de 1 mes (22,9%), y los tiempos de espera van desde menos de un mes (6%) a un máximo de 2 años (1,2%).

Continuando con los tiempos de espera de la segunda cita, se reducen y de media son algo más de 3 meses, siendo lo mínimo menos de 1 mes (9,6%) y lo máximo año y medio (1,2%).

El porcentaje más alto se encuentra en 1 mes (19,3%). La valoración que han dado las mujeres a estos **tiempos de espera** ha sido predominante negativa: 1,63 de media en una escala de 0 a 5, donde 0 es "muy mal" y 5 "muy bien".

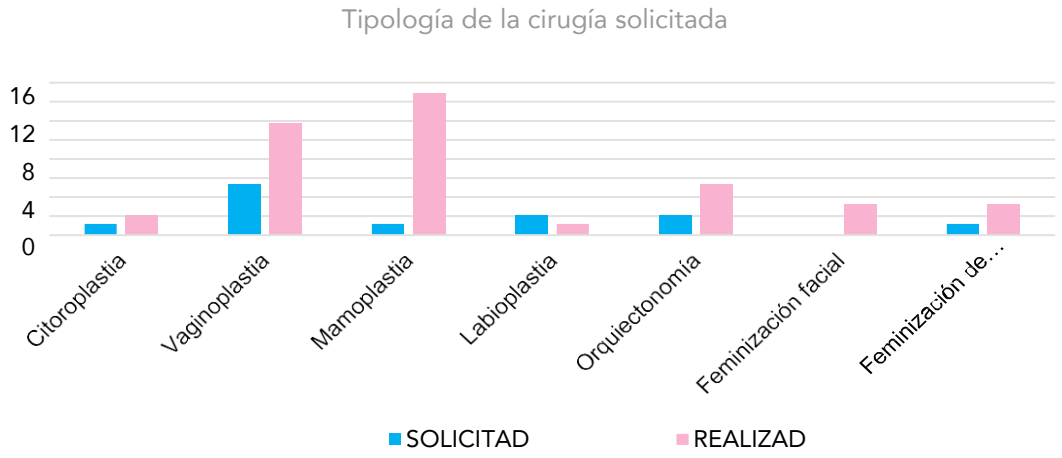
También se ha tenido en cuenta el **trato que han recibido** por parte del personal sanitario, en concreto si respetaron su género sentido. En el 33% de los casos a las mujeres se les ha tratado "Siempre" por su género sentido, seguido de un 39,4% que se le ha tratado "Casi siempre", un 19,2% que "A veces" y un 2,1% que "Nunca" se les ha tratado por su género sentido. En el caso de estas últimas se tratan de mujeres menores de 25 años, aquellas que afirman que "Nunca" se les ha tratado por su género sentido.

Cirugías

De las 94 mujeres encuestadas, un **28,7% de ellas se han sometido** a alguna cirugía durante su proceso de transición, mientras que un 66% no lo han hecho. Si nos fijamos en la edad, un 33,3% de las mujeres que no se han sometido a ninguna cirugía son menores de 25 años y un 24,4% tienen entre 26 y 35 años.

De igual manera encontramos entre las mujeres que tienen entre 26 y 35 años el porcentaje más alto de mujeres que si se han sometido a una cirugía (7,8%). Podemos observar que entre las mujeres que sí que se han realizado alguna cirugía hay porcentaje menor que han parado su transición médica.

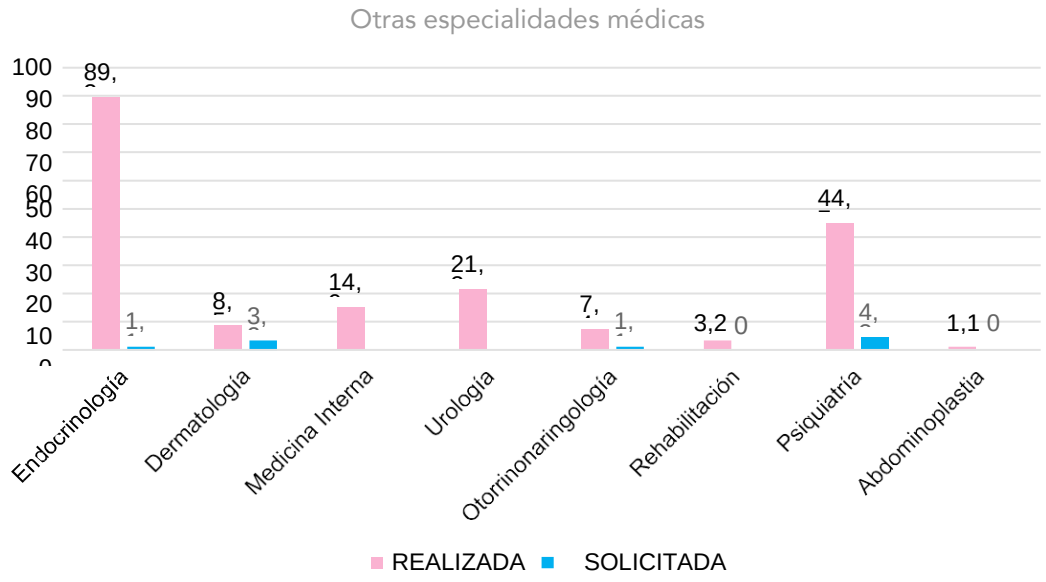
Cuando se les pregunta por su **autoestima** tras haberse realizado las cirugías, de medias las mujeres la valoran con un 3,9. La mayoría (55,2%) valora su autoestima post-cirugías con un 5, seguidas de un 20,7% que la valora con un 4. Por el contrario, encontramos un 6,9% de las mujeres que valoran su autoestima con un 0, con un 1 o con un 2, y un 3,4% con un 3. Las cirugías que más se han realizado las mujeres que se han realizado alguna son las que aparecen en el siguiente gráfico:



Experiencias con otras especialidades

Con el fin de estudiar mejor las experiencias de estas mujeres en el sistema sanitario, en relación a sus procesos de transición médica, se procedió a analizar cuáles habían sido sus experiencias con otras especialidades médicas a las que han acudido o han solicitado durante su transición.

La especialidad a la que más han acudido ha sido endocrinología (89,3%) seguida de psiquiatría (44,7%), las cuales forman parte muy activa de los procesos de transición médica.



Preguntadas por la valoración que hacen sobre el efecto de estas especialidades encontramos una disparidad de opiniones, aunque en su mayoría son positivas. La media es de 3,28 sobre 5. El 50% de las mujeres las valora con un 4 o un 5 (valoraciones máximas).

Respecto a los tiempos de espera para acudir a estas especialidades, el tiempo mínimo de media ha sido de 7 meses con esperas desde menos de 1 mes hasta 24 y un tiempo máximo de espera de 8 meses con esperas desde menos de 1 mes hasta 72.

Las valoraciones generales de estos tiempos de espera son negativas, con una media de 2,21 sobre 5. Con un mayor índice de respuestas con valoraciones inferiores a 2.

En el caso de estas otras especialidades médicas en al 40,4% de las mujeres encuestadas se les ha respetado siempre su género sentido por parte del personal sanitario, frente a un 3,2% a las que nunca se lo han respetado.

Apoyo psico-emocional

Del total de las mujeres encuestadas, un 40,4% no han recibido ningún "apoyo/ soporte psico emocional durante el proceso de atención especializada o alguna de las cirugías", pese a que se solicitó en algunos casos (8,5%) y un 9,6% se encontraba en lista de espera.

El 36,2% sí que ha recibido algún tipo de apoyo o soporte psico-emocional durante su transición médica, la mitad de ellas (18,1%), porque lo solicitó. En la mayoría de estos casos ha sido en atención especializada (31,9%) y en un porcentaje muy bajo durante el proceso de las cirugías. Para aquellas que lo solicitaron durante sus cirugías, los tiempos de espera fueron desde menos de un mes en la mayoría de los casos hasta 9 meses. En cuanto al lugar donde han recibido este apoyo psico emocional, la mayoría lo ha recibido en la sanidad pública, y un porcentaje menor ha encontrado ese apoyo en el colectivo LGTB.

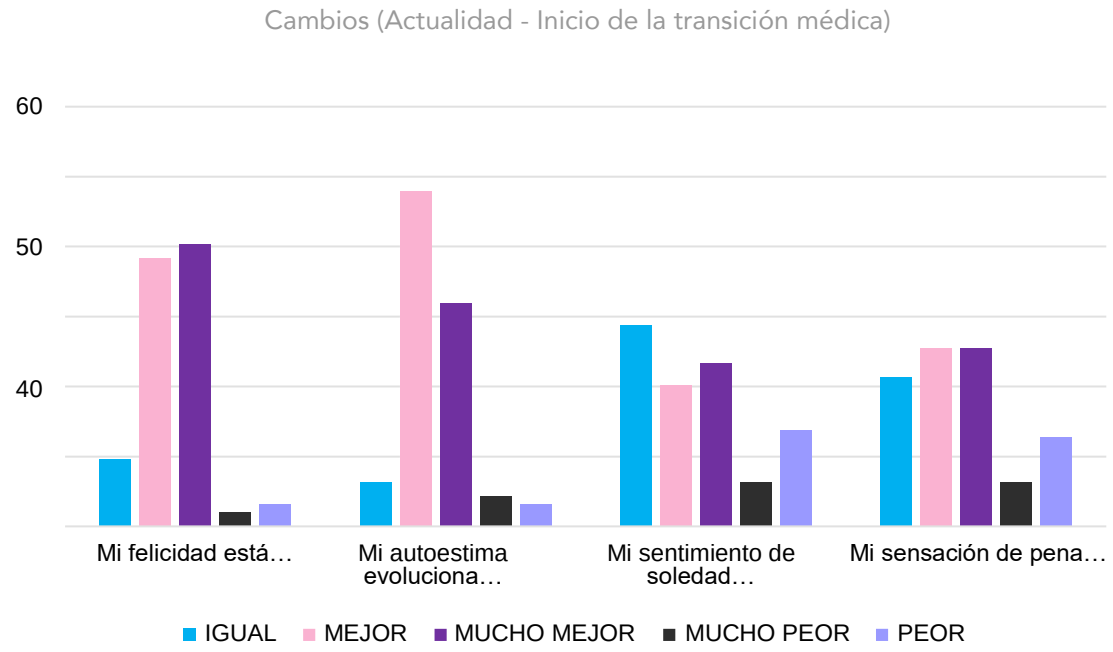
La valoración general del tratamiento que han recibido es de media 3,67 sobre 5, con más de un 60% que las valora entre 4 y 5 y un 30% cuya valoración es inferior a 3.

Situación social y emocional tras el inicio de transición médica

Para acercarnos a conocer la situación emocional y social en la que se encuentran las mujeres que realizaron la encuesta, se preguntaron por una serie de emociones, tanto de antes de haber comenzado su transición médica como de ahora.

Comenzamos por tanto con su estado emocional **"Ahora mismo, en comparación a cuando comenzaste tu transición médica**" (…) "igual", "mejor", "mucho mejor", "mucho peor" o "peor". Se les preguntó por su felicidad, la evolución de su autoestima, sentimiento de soledad y su sensación de pena.

Donde mayores cambios encontramos es en el sentimiento de felicidad y de evolución de la autoestima; sin embargo, no se aprecian tantos cambios en los sentimientos de soledad y la sensación de pena, en la que entre el 12 y el 13% están peor que cuando comenzaron su transición.



Lo siguiente que se les preguntaba era por su estado emocional **"Antes de comenzar su transición médica"** (…) "son iguales", "son mejores", "son mucho mejores", "son mucho peores" o "son peores". Se les preguntó por su relación con la familia, su actividad laboral/profesional, sus relaciones afectivo-sexuales y su predisposición a entablar dichas relaciones.

Observamos que en la relación con la familia y la actividad laboral/profesional son las dos áreas en las que menos cambios hay, aunque en el caso de la actividad laboral el porcentaje relativo a "son mucho peores" es el más elevado (14,9%) y en el caso de la familia "son peores" también tiene el porcentaje más alto (20,2%).

Otros recursos sanitarios

En relación con la **calidad de los servicios** que reciben las mujeres trans como usuarias del sistema sanitario, se les ha preguntado también por la Atención primaria.

La mayoría (71,2%) acude con cierta regularidad (mensualmente, entre 6 meses y un año), un 18,1% no va casi nunca y un 1,1% no va nunca.

Las valoraciones generales sobre la atención primaria son positivas con una media de 3,12 sobre 5, más del 65% de las mujeres la evalúa con más de un 3.

Conforme al **respeto por el género sentido** de estas mujeres por parte del personal sanitario de Atención primaria, en el 35,1% de los casos siempre se les ha tratado por su género sentido, frente a 11,7% a las que nunca y un 24,5% a las que a veces le han tratado por su género sentido.

Situación de los recursos sociosanitarios en los procesos de transición médica de las mujeres trans

Lina Fabiana Mulero Santoro

A lo largo del texto se usará repetidas veces la palabra trans, entendida ésta como término paraguas que engloba a todas aquellas personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de manera no normativa (transexuales, transgéneros, crossdressers, travestis, genderqueers, "two-spirit", tercer género, agénero, etc.).

Introducción

Para poder hacer un correcto análisis del estudio en el cual se centra este artículo, primero me gustaría contextualizar la situación de las personas trans a lo largo de su historia y la lucha que vienen llevando a cabo por la despatologización de sus identidades y para que la transexualidad deje de considerarse como un trastorno mental.

La patologización trans está atravesada por tres ejes fundamentales, el médico, el legal y el social, que a su vez implican a distintas Instituciones y organismos. En nuestro caso particular nos centraremos en la parte médica.

En el 1980 la transexualidad fue catalogada como trastorno mental, tanto en el "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), como en el capítulo de "trastornos mentales y del comportamiento" de la Clasificación internacional de las Enfermedades (CIE) que elabora la OMS. Esto se debió principalmente a la presión ejercida por "The World Professional Association for Transgender Health" (WPATH), ya que de alguna forma servía para justificar que el coste producido por las modificaciones corporales (hormonas y/o cirugías) fuera asumido total o parcialmente por los servicios públicos de salud.

Desde distintos organismos y asociaciones defensoras de los derechos de las personas trans se asegura que la existencia de un diagnóstico psiquiátrico solo ha servido para aumentar la discriminación y el estigma social; y que el DSM actuó como herramienta de control social legitimando el sistema sexo/género binario, ya que no ha permitido politizar la disidencia de género y la presenta como una patología que afecta solo a la persona implicada y a los profesionales de la salud que intervienen.

Por todo ello desde hace ya varios años, plataformas como la internacional "Stop Trans Pathologization" (STP-2012) surgida en 2009, promueven el discurso despatologizador para que la transexualidad sea retirada del DSM y del CIE y que las identidades trans se reconozcan simplemente a como parte de la diversidad humana.

Situación mundial actual

En la quinta y última edición del DSM, publicada en el 2013, se diagnostica a la transexualidad como "disforia de género". Los cambios de denominación y criterios diagnósticos que hemos visto en las distintas ediciones del DSM, se deben principalmente a la presión ejercida por organismos políticos y organizaciones trans, pero siempre manteniendo las connotaciones mórbidas de la categoría diagnóstica [1].

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace pública en el 2018 su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). La nueva publicación sustituye a la CIE-10, hasta ese entonces vigente desde el año 1990; en la misma no se extrae a la transexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades pero la cambia de epígrafe. Pasa de formar parte del capítulo dedicado a "trastornos de la personalidad y el comportamiento" (en el subcapítulo "trastornos de la identidad de género") a engrosar la lista de "condiciones relativas a la salud sexual" y a llamarse "incongruencia de género". El argumento dado para no eliminarla de la lista fue que muchos países solo cubren con las políticas públicas lo que está mencionado en la clasificación. De esta forma se coloca en un lugar menos estigmatizante (según fuentes de la OMS) [2]. Desde el colectivo trans se valora de forma positiva esta medida, pero insuficiente, ya que todavía se sigue clasificando a la transexualidad como una patología.

Una de las demandas de la red internacional "Stop Trans Pathologization", es la petición a la OMS de que en una futura edición de la CIE se reconozca la atención sanitaria a este colectivo como un proceso de salud no basado en la enfermedad (como sucede con el embarazo). El acceso a los recursos sanitarios para las personas trans se ha de entender como un derecho básico que no puede estar sujeto a requisitos clínicos.

Situación estatal actual

Actualmente existen trece leyes en nueve comunidades autónomas que recogen ya la autodeterminación de género; Madrid, Navarra, Aragón, Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Murcia, Andalucía, Extremadura y País Vasco (tras la aprobación de la modificación del artículo 3 de su Ley trans de 2012). Y otras tres comunidades más que cuentan con leyes trans o LGTBI sin libre autodeterminación de género; Cataluña, Canarias y Galicia [3].

Pero en lo que se refiere a la situación médica de las personas trans la situación es distinta. A lo largo de la primera década del 2000 se desplegaron por todo el territorio nacional Unidades de Identidad de Género (UIG) para brindar cobertura médica a la transexualidad [4].

CCAA	Nombre Hospital (ciudad)	Año de creación
Andalucía	H.R.U. Carlos Haya (Málaga)	1999
Cataluña	H. Clínic (Barcelona)	2000
Madrid	H. Ramón y Cajal (Madrid)	2007
Aragón	H. Miguel Servet (Zaragoza)	2007
Asturias	H. San Agustín (Avilés)	2007
País Vasco	H. U. Cruces (Barakaldo)	2008
Comunidad Valenciana	H. Alicante (Alicante) H. Dr. Peset (Valencia)	2008 2008
Islas Canarias	H. U. Canarias, Tenerife (Las Palmas) H. Materno Insular (Las Palmas)	2008 2008
Navarra	C. H. Virgen del Camino (Pamplona)	2010
Castilla y León	H. Clínico de Valladolid (Valladolid)	2010

Se trata de Unidades Hospitalarias en las que se coordinan psiquiatras, psicólogos, endocrinos y cirujanos para hacer un seguimiento transversal de los tratamientos de las personas trans. Mediante un diagnóstico de disforia de género se implementa un circuito cerrado de transición a través de terapias psicológicas grupales y tratamientos hormonales obligatorios para acabar posteriormente con cirugías genitales. Por lo tanto, la atención médica se brinda desde una mirada biomédica y patologizadora.

A día de hoy solamente Navarra, País Vasco, Canarias, Madrid, Andalucía, Valencia y Cataluña son las comunidades que han suspendido el requisito diagnóstico [5].

Quiero centrarme precisamente en Cataluña, porque es en ésta comunidad autónoma donde se ha dado el paso más determinante hacia la despatologización de las personas trans en materia de salud. Las reivindicaciones de la "Plataforma Trans*forma la Salut" (por un nuevo modelo de atención a la salud de las personas trans) [6], da sus frutos en octubre de 2016 cuando después de varios meses de negociaciones con el "Departament de Salut de la Generalitat", el entonces Consejero de Salud Antoni Comín anuncia en rueda de prensa conjunta con la Plataforma, la futura implementación de un nuevo modelo de salud para la atención de las personas trans [7]. Pero no es hasta noviembre de 2017 que se formaliza dicho modelo, mediante la Instrucción 14/2017 del "Catsalut" [8].

Modelo despatologitzador de la atención a la salud de las personas trans en Cataluña [9].

Parte del principio de que las personas trans, no sufren ninguna patología y que, por tanto, el acceso a la atención de salud en la transición hacia la identidad sentida no podrá ser, en ningún caso, a partir de la acreditación de un diagnóstico clínico. Se trata de un cambio de paradigma, de un modelo biomédico se pasa a un modelo bio-psico- social centrado en las necesidades y las expectativas de la persona y basado en su autonomía y en un proceso de decisión compartida con los profesionales de la salud. En definitiva, se abandona la tutela médica para dar paso al acompañamiento.

La atención se retira de la Unidad Hospitalaria para desplegarse en la red de Atención Primaria (por todo el territorio catalán) a través de equipos multidisciplinarios formados por médicos especialistas en atención primaria, en endocrinología y en ginecología; por enfermeros/as; por especialistas en psicología y por trabajadores sociales.

Respeto por todas las identidades albergadas dentro del paraguas trans y las diferentes etapas de vida de cada persona, dando asesoramiento e información para tomar decisiones libres informadas y escoger el tratamiento más adecuado. Por lo tanto, se plantea una relación terapéutica de profesional a persona sin prejuicios.

Acompañamiento terapéutico psicológico **opcional** y adecuado para acompañar a las personas que lo soliciten y a su entorno familiar.

Programas de formación y sensibilización de los profesionales de la salud que formarán parte del desplegamiento territorial del servicio. Paralelamente a la formación, se pondrán en marcha campañas de sensibilización de todos los profesionales, para que conozcan el modelo de atención a la salud de las personas trans, y las atiendan y deriven a los servicios formados.

Participación del colectivo trans en el diseño de estrategias y políticas de salud.

Mujeres trans y ámbito sanitario (análisis cuantitativo)

A continuación, analizaremos los datos recogidos por la FELGTB, tras el análisis de la encuesta "Experiencia de las mujeres trans en su proceso de transición médica", que se les realizó a 94 mujeres trans entre el 20 de Julio y el 31 de agosto de 2020.

Datos sociales, demográficos y socioeconómicos

La edad media de las mujeres objeto del estudio es de 32 años, en un rango de edad de los 15 a los 65 años.

La mayoría de ellas (97%) son de nacionalidad española y el 3% restante extranjeras.

En cuanto a su formación académica, la mayoría (45,6%), han desarrollado estudios medios (Secundaria/ Bachillerato/ BUP /FP Superior) y de éstas el 23,3% son menores de 25 años; y en segundo lugar se encuentran las mujeres con estudios universitarios. También se extrae de la encuesta, que aquellas mujeres sin estudios o sin finalizar estudios primarios se encuentran en el mayor rango de edad.

Si analizamos su situación laboral, encontramos que solo el 35,1% de las mujeres encuestadas tienen un trabajo con contrato (16% de ellas con titulación universitaria, el 14,9% con enseñanza secundaria y el 4,2% restante sin estudios o sin finalizar).

El 4,3% son empresarias o autónomas.

El 28,7% se encuentra desempleada, de las cuales el 23,4% no percibe ningún tipo de ingreso y solo el 5,3% cobra algún tipo de prestación o subsidio.

El 26,6% se encuentra estudiando (13,8% secundaria, 10,6% estudios universitarios y el 2.2% restante otro tipo de titulaciones).

El 3,3% de las mujeres encuestadas se encuentra ejerciendo el trabajo sexual (1,1% con estudios universitarios, 1,1% con estudios secundarios y 1,1% sin estudios o estudios primarios sin finalizar).

Y por último el 1,1% de se encuentran trabajando sin contrato.

De estas cifras se extrae que más del 60% de las mujeres encuestadas se encuentran sin empleo, o ejerciendo el trabajo sexual, o trabajando sin contrato. Estos porcentajes son totalmente inaceptables para cualquier sociedad. Las personas trans, en su mayoría, son personas en riesgo de exclusión social y con necesidades especiales de inserción laboral. Y al centrar la atención en las mujeres trans este estigma es aún mayor, ya que dentro del colectivo trans son ellas, quienes a lo largo de la historia han recibido y aún hoy reciben la mayor discriminación social.

Es deber del Estado contemplar el diseño e implementación de políticas públicas de empleo y protección social, a través de leyes que permitan regular esta situación. Leyes que a su vez, amparen la autodeterminación de género a fin de agilizar y facilitar el cambio de nombre y género de las personas trans en sus documentos legales (hecho que evidentemente ayudaría a la búsqueda de empleo e inserción laboral); que prohíban la discriminación por razón de identidad y expresión de género; que contemplen una cuota de reserva de puestos de trabajo para personas trans en el sector público; el incentivo para la contratación de personas trans en el sector privado; y medidas contra el acoso laboral o mobbing por razones de identidad de género y/o expresión de género.

En el 2018, durante la pasada legislatura, se presentaron dos proposiciones de Ley para su discusión en las cámaras y posterior aprobación; un proyecto de "Ley Integral LGTBI" [10] y otro de "Ley Estatal Trans" [11]. Proyectos que finalmente quedaron en la nada tras la disolución de las Cortes. En la actual legislatura se está trabajando en un anteproyecto de "Ley para la igualdad plena y efectiva de las personas trans". Para ello el Ministerio de Igualdad ha impulsado una mesa de trabajo con los colectivos de personas trans a fin de consensuar el futuro anteproyecto de ley [12], y una consulta pública previa a la elaboración del proyecto [13].

Las personas trans, son unas de la más discriminadas, de manera voluntaria o involuntaria, en las empresas y por las empresas. Por ello también son sumamente necesarios los cursos y charlas de formación y capacitación en esta materia, para las empresas y las personas responsables de contratación y recursos humanos.

En cuanto a datos económicos, cabe mencionar que el nivel de ingresos netos mensuales de las mujeres encuestadas, durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19, han cambiado de forma significativa. Del estudio se deduce que el porcentaje de personas con ingresos mensuales mayores de 711€ ha disminuido y que por el contrario ha aumentado el porcentaje de personas cuyos ingresos no superan los 710€ mensuales. Por lo que evidentemente nos encontramos ante un empobrecimiento latente.

Este empobrecimiento económico, lamentablemente acarrea en colectivos vulnerables, un aumento de la problemática social que ya de por sí padecen; aislamiento, sentimiento de soledad, depresión y hasta intentos de autolisis. La sanidad no puede desamparar a las personas en situación de vulnerabilidad y tiene la obligación de activar nuevos protocolos de carácter urgente, para cubrir este aumento de demandas y salvaguardar el bienestar físico y mental de las personas que sufren las consecuencias de la pandemia.

Como dato demográfico del estudio, los municipios se han dividido por número de habitantes en 3 categorías: "Hasta 10.000 habitantes", "de 10.001 a 300.000 habitantes" y "de 300.001 habitantes en adelante".

El 83,9% de las personas que han comenzado su transición en un municipio continúan residiendo en él, mientras que solo el 16,1% han cambiado su población de residencia. En ese 16,1% predominan las mujeres menores de 45 años (14,3% con contrato de trabajo, 6,8% estudiando y 3,4% desempleadas o con ningún ingreso).

La mayoría de ellas viven en municipios de más de 300.001 habitantes; la mayor parte que han mudado su lugar de residencia lo han hecho para municipios de 10.001 a 300.000 habitantes (5,6%) y municipios de hasta 10.000 habitantes (2,3%).

Según los datos que se ofrecen, se puede deducir que la patologización de las personas trans no se encuentra presente solo en el aspecto social, sino que predomina fundamentalmente en el ámbito institucional, burocrático y político; ya que solo el 16,1% han trasladado su lugar de residencia después del tránsito a municipios menos poblados y obviamente no ha sido por razones laborales, dado que el 14,3% lo han hecho con contrato de trabajo, y solo el 3,4% estaban desempleadas.

A su vez se observa, que en el aspecto administrativo de cambio de nombre y género en el Registro Civil, la mitad de las mujeres lo han cambiado y la otra no.

Hecho que reafirma una vez más que las barreras burocráticas y administrativas que se encuentran las personas trans a la hora de hacer el cambio registral de sus documentos

son patologizantes. A día de hoy para realizar el cambio de los mismos, la Ley Orgánica 03/2007, de 22 de marzo, para la igualdad afectiva de mujeres y hombres [14], exige entre otras cosas tener nacionalidad española, ser mayor de 18 años, aportar un informe médico conforme se lleva un mínimo de 2 años en tratamiento hormonal y un informe psicológico/psiquiátrico con diagnóstico de disforia de género. Por lo que además de los requisitos patológicos, quedan en total desamparo de la Ley las personas migrantes y las menores de edad.

Autopercepción de la salud

Al preguntarles por la auto percepción de su salud y otorgándoles una escala del 0 al 5 para valorarla (siendo 0 muy mala y 5 muy buena), se observa que la mayoría consideran que gozan de una buena salud (86,1%). En cambio, el 13,9% de las participantes en el estudio piensan que su salud no es buena.

En cuanto al estado emocional se diferencian tres rangos; "Bajo", "Elevado" y "Muy Elevado". Y las tres categorías contienen porcentajes altos dentro de la muestra.

Bajo	Elevado	Muy Elevado
35,1 – 40,4%	59,6% - 64,9%	

Pero al comparar los distintos estados anímicos de las mujeres encuestadas, para el rango "Muy Elevado", vemos que la tristeza la padecen un 21,3%, la angustia un 16%, el estrés un 14,9% y la ansiedad un 25,5% siendo este el valor más elevado.

Ansiedad	Tristeza	Angustia	Estrés
25,5%	21,3%	16%	14,9%

Si nos centramos en el porcentaje para el rango "Elevado", los valores de estado anímico en este rango son; estrés 45,7%, angustia 41,5%, ansiedad 39,4% y tristeza 37,2%.

Ansiedad	Tristeza	Angustia	Estrés
39,4%	37,2%	41,5%	45,7%

Por lo que se podría decir que aun teniendo un estado emocional "Elevado" o "Muy Elevado", las distintas categorías de estados anímicos desfavorables también son muy altas, como sucede con la ansiedad que suman el 64,9%.

De los datos del estudio se puede interpretar que, si bien el porcentaje de personas que se autoperciben con mala salud es pequeño, cuando nos adentramos en la parte emocional y los estados anímicos los resultados son otros.

La mayoría de vivencias de las mujeres trans en su vida cotidiana están acompañadas de mucho sufrimiento, lo cual generaestados anímicos negativos como son la tristeza, angustia, ansiedad o estrés. Es lógico pensar que parte de ese sufrimiento es provocado por la mirada discriminatoria de un sistema binario y patriarcal, a nivel social e institucional, donde todo lo que se sale de la norma genera rechazo.

Esta situación sería muy distinta si la sociedad entendiera que la diversidad no es un problema y que simplemente forma parte de la riqueza humana. Para naturalizar los procesos de tránsito de las personas trans, hay que entender que no son sus cuerpos los que están equivocados, sino las miradas que reciben, y solo en nuestra esencia como seres humanos radica la posibilidad de cambiar esta dinámica.

Transición Médica

Del total de mujeres encuestadas, el 94,7% iniciaron la transición médica y el 5,3% no. Las que no lo han hecho ha sido por razones variadas, entre ellas por falta de recursos económicos, por falta de apoyo familiar, o por las restricciones sanitarias provocadas por la pandemia de la COVID-19.

De las que sí lo han hecho, la mayoría viven en municipios mayores de 300.001 habitantes (47,2%), seguidas de las que viven en municipios de 10.001 a 300.000 habitantes (39,3%), y por último las que lo hacen en municipios de hasta 10.000 habitantes (7,9%). Un 12,5% cambiaron su residencia de municipio en el transcurso de la transición.

En cuanto a los centros donde reciben la atención médica, predomina la sanidad pública con un 78,7% de las personas que han iniciado la transición. Un 10,6% está siendo atendida tanto en centro público como privado y el 3,3% se automedica (dato ligado a la falta de recursos económicos). Tan solo una de las encuestadas está llevando a cabo su transición en un centro privado y es el perfil de una mujer de 56 años con unos ingresos superiores a 1.000€.

El 7,4% de las mujeres que iniciaron una transición la han parado, un 2,1% de manera involuntaria y un 5,3% de manera voluntaria. Las razones de estas últimas fueron variadas, pero entre ellas se encuentran los problemas con la medicación o el personal sanitario; para poder preservar material genético; o porque consideraron que no necesitan medicarse para autodeterminarse como mujeres.

En este mundo occidental vivimos en una sociedad que ha ido construyendo a lo largo del tiempo la idea de que solo existen dos géneros: el masculino y el femenino. Esta división binaria se nos atribuye a las personas incluso antes de nuestro nacimiento, cuando observando nuestros genitales se nos asigna un sexo, macho o hembra. Si eres macho te tienes que identificar como hombre y ser masculino, y si eres hembra te tienes que identificar como mujer y por lo tanto mostrarte femenina; es lo que se conoce como estereotipos de género. Dentro de esta construcción social se encuentran los estándares de belleza, que definen lo que se considera bello para cada género. Al ideal de belleza femenina se asocia la delgadez, el cuerpo con curvas, el pelo largo, la piel suave y la ausencia de bello corporal. Estos estereotipos están tan incrustados en nuestra sociedad, que si una persona se identifica con el género opuesto al que le asignaron al nacer y no cumple con ellos, difícilmente se le valide en su identidad sentida (siempre hablando de personas que se autoidentifiquen dentro del binarismo).

Cerca de un 95% de las mujeres encuestadas han decidido hacer modificaciones corporales por medio de tratamientos hormonales, lo cual nos indica la necesidad que tienen de encajar dentro del sistema y ser validadas como mujeres. Solo un porcentaje muy pequeño de ellas han parado su transición médica, porque no necesitaban modificar su cuerpo para autoidentificarse como mujer.

Las administraciones sanitarias de las distintas Comunidades Autónomas, han de cubrir las

necesidades de las personas trans y garantizar el derecho a recibir atención sanitaria, así como de disponer de tratamientos hormonales y/o intervenciones quirúrgicas si las necesitan. A su vez esta atención sería importante que se brindara desde servicios descentralizados; pudiendo cubrir dichas necesidades desde primaria con facultativos previamente formados y sensibilizados, como han apostado las comunidades de Catalunya, Andalucía y Aragón.

La mayoría de Comunidades Autónomas todavía brindan la atención médica a las personas trans desde Unidades de Identidad de Género hospitalarias (UIG) ubicadas en grandes ciudades. Por ello tampoco es de extrañar los porcentajes tan elevados de personas que han comenzado su transición médica en municipios medianos o grandes (39,3% y 47,2% respectivamente). Las mujeres que iniciaron su transición médica en municipios de hasta 10.000 habitantes se reducen tan solo al 7,9%, por eso es tan necesario descentralizar estos servicios con el fin de poder brindar asistencia a las personas que viven en municipios de menor población.

Otro dato interesante es que el 10,6% de las mujeres que iniciaron una transición médica, lo están haciendo tanto en sanidad pública como en privada y el 3,3% se automedica; hecho que tampoco es de extrañar considerando los filtros establecidos desde las UIG para poder acceder al tratamiento de reemplazo hormonal.

La puerta de entrada a estos servicios es el área de psiquiatría, desde donde a partir de un diagnóstico de disforia de género, han de pasar por un circuito de sesiones psicológicas, para posteriormente acceder a un endocrino y con suerte, después de varios meses tener acceso al tratamiento hormonal. Poder evitar este circuito tan engorroso y acceder directamente desde un centro de salud privada, es algo que indudablemente facilita mucho las cosas. Una vez que se tiene la prescripción médica deseada a través del centro privado, solo bastará con acudir al médico de familia de Atención primaria para que le repita dicha prescripción de forma financiada.

Experiencia en las unidades de identidad de género o de atención a la transexualidad

Con respecto a los tiempos de espera desde que se solicitó la primera cita en la atención primaria, la media ha sido de 5 meses y medio. En concreto, menos de 1 mes el 6%; 1 mes el 22,9%; y 2 años el 1,2%.

Para una segunda cita los tiempos medios se reducen a al más de 3 meses. Menos de 1 mes el 9,6%; 1 mes el 19,3%; y un año y medio el 1,2%.

La valoración de las encuestadas a estos tiempos de espera ha sido predominantemente negativa: 1,63 de media en una escala de 0 (muy mal) a 5 (muy bien).

En cuanto al trato recibido por el personal sanitario, concretamente si se respetó su género sentido, al 33% de ellas se les ha tratado "Siempre" por su género sentido; al 34,9% "Casi siempre"; al 19,2% "A veces"; y al 2,1% "Nunca" (mujeres menores de 25 años).

Referente a los tiempos de espera, desde que se solicita una primera visita en Atención primaria para ser derivada a la UIG y las visitas sucesivas posteriores hasta poder acceder al tratamiento hormonal, es inaceptable. Las cifras nos arrojan una media de espera de 3 a

5 meses entre cita y cita, y teniendo en cuenta el protocolo médico por el cual se rigen estas unidades, acceder al tratamiento hormonal puede acarrear una espera de varios meses o incluso años.

Para las personas que deciden iniciar tratamiento hormonal, el tiempo de espera hasta acceder al mismo puede ser un factor determinante a la hora de evaluar tanto su bienestar físico como emocional. Si a todo esto se le suma la falta de sensibilidad de algunos profesionales de la salud, a la hora de respetar el género sentido de las usuarias del servicio, entenderemos aún más el padecimiento de ansiedad, tristeza, angustia y estrés de los que hablábamos en el bloque de "Autopercepción de la salud".

Una vez más se hace evidente la necesidad de descentralizar estos servicios para poder asegurar unos tiempos de espera razonables, y la necesidad de hacer más formación y sensibilización de los profesionales de la salud en materia de "educación afectivo-sexual y de género".

Cirugías

El 28,7% de las mujeres encuestadas se han sometido a algún tipo de cirugía durante su proceso de transición, mientras un 66% no lo han hecho. De las que no lo han hecho un 33,3% son menores de 25 años y un 24,4% tienen entre 26 y 35años. A su vez entre las que sí se sometieron a alguna cirugía (28,7%), el porcentaje más alto (7,8%) se encuentra en la franja de 26 a 35 años. A su vez, de entre las que sí se han realizado alguna cirugía, hay un pequeño porcentaje que ha parado su tratamiento.

Al preguntarles por su autoestima tras las cirugías, de media la puntúan con un 3,9. El 55,2% con un 5; el 20,7% con un 4; el 3,4% con un 3; y con un 6,9% del 0 al 2.

El 28,7% de las mujeres encuestadas se han sometido a algún tipo de cirugía y teniendo en cuenta el alto grado de satisfacción que experimentan tras haberlas realizado y el aumento de autoestima que ello les ha supuesto, resultaría interesante conocer las causas del 66% de mujeres que no se han realizado ninguna cirugía.

Uno de los factores determinantes a tener en cuenta es que no todas las Comunidades Autónomas contemplan la financiación de intervenciones quirúrgicas para personas trans. Actualmente no existe una normativa nacional aplicada a estas intervenciones mediante la sanidad pública, sino que son las propias Comunidades Autónomas y sus leyes quienes las gestionan y asignan partidas presupuestarias para este fin [15].

Otro factor a tener en cuenta es que al igual que sucede para hacer el cambio de nombre y género en los documentos, en la mayoría de comunidades para acceder a las cirugías de reasignación genital, es necesario ser mayor de edad, llevar entre uno y dos años en tratamiento hormonal y un informe psicológico avalando dicha operación.

Y por último también se ha de tener en cuenta el tiempo de lista de espera para poder acceder a dichas intervenciones. En España se habla de una media de dos a tres años, aunque hay comunidades que estiman hasta 7 años esa espera, como es el caso de Catalunya [16].

En cuanto al tipo de intervenciones quirúrgicas más frecuentes que se han realizado las mujeres de la encuesta, se encuentra la mamoplastia con un 14,9%; la vaginoplastia con un 11,7%; la orquiectomía con un 5,3%; la gotoplastia y la feminización facial con un 3,2%; la clitoroplastia con un 2,1% y la labioplastia con un 1,1%.

De estos datos lo más destacable es que justamente la cirugía que más se han realizado las mujeres encuestadas, la mamoplastia con 14,9%, solo está cubierta por la sanidad pública en algunas comunidades. En la mayoría de ellas la mamoplastia de aumento está considerada como cirugía estética y por lo tanto no financiada. Por lo que podemos suponer que una parte importante de este porcentaje habrá tenido que asumir los costos de dicha cirugía.

Experiencias con otras especialidades

La especialidad a la que más han acudido las mujeres objeto de este estudio ha sido endocrinología (89,3%), seguida de psiquiatría (44,7%), ambas muy presentes en los procesos de transición médica. La valoración que han hecho sobre el efecto de estas especialidades en su mayoría es positiva. La media es 3,28 y el 50% de las mujeres las valora con 4 o 5 puntos (valoraciones máximas).

Respecto al tiempo de espera para acudir a estas especialidades, el mínimo es de una media de 7 meses (variando entre 1 y 24 meses) y el máximo es de una media de 8 meses (variando entre 1 y 72 meses). La valoración para estos tiempos de espera es negativa (2,21 sobre 5), con la mayoría de valoraciones inferiores a 2.

En estas especialidades al 40% de las mujeres se les ha respetado siempre su género sentido frente a 3,2% que nunca lo han hecho.

Las especialidades de psiquiatría y endocrinología (desde el modelo biomédico de atención a la salud de las personas trans, imperante en la mayoría de comunidades) son el filtro de entrada a las transiciones médicas. Primero es el psiquiatra quien a través de un diagnóstico valida a la persona como trans y da el visto bueno para derivar a endocrinología. Y es el endocrino quien tras realizar varias pruebas clínicas pone en marcha el tratamiento hormonal. Como ya he mencionado, cabe destacar que a día de hoy son varias las comunidades autónomas que han eliminado el diagnóstico psiquiátrico como requisito para poder acceder a endocrinología. Quizás por ello se deba que a psiquiatría hayan acudido la mitad de personas que a endocrinología.

Es razonable observar que la valoración a estas especialidades, por parte de las mujeres encuestadas sea positiva, cuando son éstas quienes hacen posible el inicio de una transición médica deseada para el 95% de las mujeres encuestadas.

Lo que no es razonable, es observar que para acceder a estas especialidades haya tanto tiempo de lista de espera y de ahí la valoración negativa que recibe este campo.

Por otro lado, cuesta creer como servicios especializados, que son los responsables de iniciar las transiciones médicas, tienen tan poca sensibilidad con el género sentido de las personas que atienden. Solo al 40% de las mujeres se les ha respetado siempre su género sentido, cuando para respetar el género sentido de otra persona solo nos debería bastar su autopercepción del mismo y por lo tanto validar su relato.

Apoyo psico-emocional

El 40,4% de las encuestadas no han recibido ningún apoyo/soporte psico-emocional durante sus atenciones especializadas o intervenciones quirúrgicas, pese haberla solicitado el 8,5% de ellas y un 9,6% se encuentra en lista de espera.

El 36,2% sí han recibido soporte psico-emocional (el 18,1% porque lo ha solicitado). De ellas el 31,9% durante la atención especializada y solo el 4,3% durante el proceso de la cirugía. Las mujeres que lo solicitaron durante su proceso quirúrgico tuvieron una lista de espera que varía entre 1 y 9 meses. La mayoría de las que han recibido soporte, lo han hecho desde la sanidad pública y un pequeño porcentaje desde el colectivo LGTBIQ+.

La valoración general del tratamiento que han recibido es de media 3,67 sobre 5, con más de un 60% que las valora entre 4 y 5 y un 30% cuya valoración es inferior a 3.

Dentro de un "modelo ideal" de atención a la salud de las personas trans, deseado por un porcentaje muy elevado del colectivo [9], el apoyo/soporte psico-emocional tendría que ser totalmente opcional y solo a demanda de la persona interesada. Y no solamente en el proceso de atención especializada y/o de cirugías, sino que debería formar parte de los recursos e informaciones que se les brinda a la persona dentro de la primera acogida en el servicio. A su vez dicho soporte debería ser extensivo al entorno afectivo/familiar de la persona si así se requiere.

De las cifras obtenidas por el estudio sobre este apoyo psico-emocional solo voy a centrarme en las de las mujeres que lo han solicitado y quiénes lo han recibido.

El 18,1% de las mujeres que han recibido apoyo, ha sido sin haberlo solicitado, hecho que vuelve a poner al descubierto la patologización del modelo de atención biomédico que aún impera en muchas comunidades.

Si sumamos los porcentajes de las mujeres que han recibido apoyo psico-emocional habiéndolo solicitado y las mujeres que no lo han hecho (también habiéndolo solicitado) obtenemos un 36,2%. De ellas solo la mitad lo han recibido, por lo que queda en evidencia que los protocolos establecidos para brindar dicho apoyo psico- emocional no son los adecuados; ya que se decidió otorgarlo a un 18,1% que no lo habían solicitado, dejando fuera a otro 18,1% que sí lo habían hecho.

Situación social y emocional tras el inicio de la transición médica

De los datos recogidos en la encuesta, podemos destacar que la gran mayoría de las mujeres que iniciaron una transición médica, han mejorado sus sentimientos de felicidad y autoestima. Mientras que se mantienen uniformes los sentimientos de soledad y sensación de pena.

En lo relativo a la relación con la familia y su actividad laboral/profesional, es en donde se observa que se han producido menos cambios tras haber iniciado la transición médica. Sin embargo, en lo laboral un 14,9% afirma que su situación es "mucho peor" y en el ámbito familiar un 20,2% creen que es "peor".

Si bien queda claro que una transición médica favorece aspectos emocionales concretos de la persona que necesita realizarla, cuando nos adentramos en la parte social nos damos cuenta de lo mucho que aún nos queda por trabajar como sociedad; para que las personas trans tengan una vida digna y gocen la misma plenitud de derechos que disponen el resto de personas.

Como sociedad, deberíamos de reflexionar sobre qué cosas podríamos hacer, o cuáles deberían de cambiar para que las personas trans tengan mejor calidad de vida. Por lo pronto podríamos empezar por intentar que los entornos de socialización de las personas trans (laborales, personales y familiares), como dice el psicólogo y sociólogo Lucas Platero,

"…puedan ser entornos resilientes, que les ayuden a tener la capacidad de enfrentarse a los distintos problemas, devolviéndole a su vez la responsabilidad al propio entorno. Como personas que convivimos en sociedad las responsabilidades han de ser compartidas".

Otros recursos sanitarios

En referencia al resto de servicios de la Atención primaria, la mayoría de las mujeres encuestadas acuden con regularidad (71,2%), un 18,1% no acude casi nunca y un 1,1% no acude nunca. La valoración del servicio de media es buena (3,12 sobre 5), más del 65% la evalúa con más de un 3.

En cuanto al respeto del género sentido por parte de los profesionales sanitarios, el 35,1% lo han hecho siempre, el 11,7% nunca lo ha hecho y el 25,5% a veces.

Como se ha podido contrastar, la gran mayoría de las mujeres encuestadas hacen uso frecuente de los servicios generales de la Atención primaria. Y si bien la puntuación media que han recibido estos servicios es buena, también podemos observar que el respeto del género sentido por parte de sus profesionales aún no es suficiente.

Conclusiones

El hecho trans es un fenómeno social, una vivencia, una experiencia o una estrategia, pero nunca una enfermedad mental. Y renunciar a esa etiqueta tampoco debería implicar perder el derecho a la sanidad pública. Si las personas trans necesitan de modificaciones corporales y acompañamiento médico, no es por ser personas enfermas, sino por vivir en una sociedad binaria y normativa que no valida a los cuerpos que se salen de la norma. Muchas veces hacer una transición médica es la única alternativa válida que tienen las personas trans para poder encajar en sociedad.

También parece claro que no se puede despatologizar el hecho trans, sin antes generar un marco normativo y político que garantice la atención sanitaria de las personas trans en todas las comunidades autónomas. El marco legal de algunas comunidades como Cataluña ya lo permiten, pero es imperiosa una ley de carácter estatal para asegurar ese derecho en todo el territorio nacional.

El modelo de atención a la salud de las personas trans ha de ser un modelo bio-psico-social, que se centre en las necesidades de las personas y basándose en su autonomía. A su vez se ha de descentralizar el servicio de atención, desplegándolo por toda le red de Atención primaria y promover programas de formación y sensibilización para todos los profesionales de la salud en materia de identidad afectivo-sexual y de género.

También sería importante poder contar con más campañas informativas y divulgativas a través de los distintos medios de comunicación, sobre la realidad de las personas trans y la necesidad de visibilizar referentes positivos, a fin de naturalizar sus vivencias e integrarlas en la sociedad.

Las personas trans son mucho más que trans. Detrás de cada una de ellas hay un camino recorrido, una lucha, una historia. La sociedad debe aprender a mirar más allá de lo trans…

Notas

[1] Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™
https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-_manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf

[2] Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-11) https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases

[3] El mapa de los derechos trans en España: de la autoafirmación de género al vacío legal
https://www.eldiario.es/sociedad/personas -trans-_comunidades_1_2037615.html

[4] Unidades de género atención a la transexualidad http://www.cje.org/es/en-_que-trabajamos/diversidad-sexual/como-esta-el-tema/unidades-de-genero-_atencion-a-la-transexualidad/

[5] España sigue concibiendo la transexualidad como una enfermedad mental
https://www.eldiario.es/sociedad/espana -concibiendo-transexualidad-enfermedad-psiquiatrica_1_3767533.html

[6] Plataforma Trans*forma la Salut https://transformalasalut.wordpress.com/

[7] La atención sanitaria a las personas trans en Catalunya dejará de estar basada en un diagnóstico psiquiátrico https://www.eldiario.es/catalunya/sanitat/transexualidad -dejara-considerada-_enfermedad-catalunya_1_3769208.html

[8] Instrucció 14/2017 de 10 de noviembre de 2017
https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/instruccio -14-17-00001

[9] Reivindicació d'un nou model d'atenció a la salut de les persones trans*
https://transformalasalut.files.wordpress.com/2016/09/model -salut-trans.pdf

[10] Proposición de Ley Integral LGTBI
http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG -12-B-122-_1.PDF

[11] Proposición de Ley Estatal trans
http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG -12-B-220-_1.PDF

[12] Igualdad impulsará mesa de trabajo con colectivos para consensuar ley trans
https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/igualdad -impulsara-mesa-de-trabajo-_con-colectivos-para-consensuar-ley-trans/10004-4283829

[13] Consulta pública previa a la elaboración de un proyecto normativo consistente en una Ley para la igualdad plena y efectiva de las personas trans
http://www.igualdad.gob.es/Documents/nota_informativa_trami te_consulta_publi ca_previa_Ley_Igualdad_Trans.pdf

[14] Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE -A-2007-6115

[15] Acceso gratuito de los transexuales al cambio de sexo
https://www.multiestetica.com/articulos/acceso -gratuito-de-los-transexuales-al- cambio-de-sexo

[16] La lista de espera para la reasignación de sexo es de entre seis y siete años
https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20190309/la -lista-de-espera-para-la- reasignacion-de-sexo-es-de-entre-seis-y-siete-anos-en-catalunya-7338303

Mujeres trans y su relación con el sistema sanitario en los procesos de transición médica

Introducción

El Informe Las personas trans y su relación con el sistema sanitario que FELGTB publicó en 2019 alcanzó a 69 personas trans, de todo el territorio español y mayoritariamente jóvenes y de origen español. Aun así, aunque las personas participantes eran de edades comprendidas entre los 14 y 61 años, un 18% eran de origen extranjero.

El informe contaba con diversidad de identidades y orientaciones y también con el nivel formativo de las personas participantes y dio pie a un estudio mayor que tuviera por objeto la relación de las mujeres trans con el sistema sanitario en los procesos de transición médica.

En el informe anteriormente mencionado, respecto a la percepción de la salud y la relación de las personas trans con el personal sanitario los resultados nos decían que el 33% de las personas trans no acudían a los centros de salud ante un problema sanitario, entre otros motivos, porque se sienten incómodas, no tienen tarjeta sanitaria o las nombran por su nombre puesto al nacer, motivo este último que aparece de forma reiterada.

En este sentido, el 48% de las personas participantes en el informe de 2019 sintió alguna vez un trato discriminatorio o poco adecuado por el personal sanitario y casi la mitad retrasó o anuló una cita por miedo a no ser nombrada por su nombre sentido, por miedo a que no le trataran con respeto, por miedo a tener que visibilizarse y/o por no saber a qué especialista acudir debido a su proceso de transición.

En Las personas trans y su relación con el sistema sanitario observamos que el 84% del total de las personas participantes estaba inmersa en algún proceso médico, tratamiento hormonal, en espera de cirugías, etc., y que el 75% de ellas afirmaba que el personal sanitario tiene un conocimiento de la realidad trans bajo o muy bajo.

Todo esto, debe entenderse en un contexto social en el cual, según una investigación de la FRA (European Union Agency for Fundamental Rights), en la cual se revela que en España, el 77% de las mujeres trans ha sufrido discriminación a la hora de buscar empleo y que, de las que están trabajando, un 34% ha sufrido discriminación en el entorno laboral. Asimismo, que un 47% en el caso de las mujeres y que un 58% se oculta y no habla de su identidad en este ámbito de su vida diaria.

El año 2020 además, ha sido un especialmente virulento con las personas más vulnerables y la Covid-19 ha intensificado las desigualdades existentes y ha afectado más que nadie a los colectivos más vulnerables, como es el de las personas trans.

Debido a la discriminación laboral, muchas mujeres trans han sido históricamente empujadas a las actividades no reguladas para subsistir y durante la época más dura del confinamiento, muchas tuvieron que recurrir a los bancos de alimentos y a la solidaridad de sus amistades, vecinas y vecinos o asociaciones LGTBI para poder comer y dormir a cubierto.

Debemos tener presente que la transfobia y las violencias que sufren las mujeres trans son cuestiones que atañen a su salud, en general, y que pese a que en 8 de los 27 países de la

UE no exigen diagnósticos médicos, ni hormonación a este colectivo para poder ver reconocida su identidad, fuera de la Unión Europea 9 países reconocen el derecho de autodeterminación. Un reconocimiento que es indispensable para garantizar los derechos humanos de las personas trans según los Principios de Yogyakarta.

"La nueva estrategia de la Comisión Europea entiende y refleja las grandes dificultades que las personas trans afrontan cada día como consecuencia de esta violación de los derechos humanos que supone que un tercero tenga que acreditar tu identidad" manifestaba Uge Sangil, Presidenta de FELGTB el pasado día de la Memoria Trans. En este sentido, tal y como reconoce la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, la ONU y las legislaciones de cada vez más países, las personas trans no son enfermas mentales. Sin embargo, el ordenamiento jurídico español sigue sin actualizarse y sigue diagnosticando a las personas trans con un trastorno mental de disforia de género.

En definitiva, el reconocimiento de la identidad de las personas trans a nivel legislativo, sin tutelaje y sin un diagnóstico médico que las siga presentando como enfermas, es la base para que las personas trans sean también reconocidas, respetadas y valoradas a nivel social.

Este hecho es el primer paso para combatir el rechazo que el mercado laboral tiene a día de hoy hacia este colectivo y también para reducir el acoso escolar y el resto de violencias que sufren, también en el ámbito sanitario.

Resultados del Análisis Cualitativo

Tras la realización y posterior análisis de los datos obtenidos en la encuesta que se ha expuesto anteriormente procedemos a profundizar en las experiencias de las mujeres trans en el ámbito sanitario con respecto a su transición médica.

Para ello hemos realizado un total de 6 entrevistas a mujeres con perfiles diversos en las cuales se ha tenido en cuenta el factor edad y lugar de residencia.

La muestra está compuesta por mujeres con una edad comprendida entre los 23 y los 60 años que han llevado a cabo una transición médica. Cada una de ellas reside en diferentes comunidades autónomas y todas ellas tienen nacionalidad española.

Transición Médica

Para comenzar, como punto de inicio, se les preguntó antes de comenzar con el tema médico, a qué fuentes acudieron para buscar información acerca del tratamiento y el proceso de transición.

Se encuentran mucha diferencia entre las respuestas de las mujeres más mayores y las más jóvenes. En el caso de las mujeres más jóvenes acudieron a internet como la fuente principal de información, especialmente a través de canales de Youtube o de prensa online donde descubren de qué trata la transexualidad y comienzan a ver ejemplos de mujeres u hombres trans. Por otro lado, las mujeres más mayores buscan esta información en asociaciones o en sus propios médicos de cabecera. Existen, por tanto, dos visiones diferentes de formación, una individualista, y otra de grupo, con una percepción de ayuda más directa.

También existen diferencias entre las mujeres con edades comprendidas entre los 23 y los 30 años que han comenzado su transición o bien al cumplir la mayoría de edad o bien al comienzo- mediados de la veintena, mientras que las mujeres más mayores han iniciado su transición con más de 40 años, lo que también nos muestra diferencias en sus experiencias.

Existen efectos de la legislación autonómica o, sencillamente, un reconocimiento implícito del derecho a la prestación sanitaria para el proceso de transición médica que repercute en estas mujeres.

La mayoría de ellas han llevado a cabo su tratamiento hormonal a través de la sanidad pública exceptuando algún caso que ha desarrollado toda su transición médica en una clínica privada o se ha compaginado el tratamiento hormonal en la sanidad pública y las cirugías por una clínica privada, ya que cuando se operaron, las intervenciones no se contemplaban dentro del sistema sanitario público.

En cualquier caso, siempre estamos hablando de una experiencia que tiene como máximo 10 años.

Existe una evolución, tanto en el tratamiento como en el trato, aunque todavía se percibe incompleto e incluso, descoordinado. Encontramos, en consonancia con esto, diferencias entre las vivencias de unas y otras, pero se comparten características comunes previas al tratamiento.

En la mayoría de los casos se habla de problemas de depresión y malestar que luego son capaces de relacionar con no sentirse a gusto con el género que se les asignó al nacer.

La cuestión de la genitalidad y la sexualidad es un tema a debate entre las participantes de la investigación con una llamada de atención porque afirman que nadie les **enseña sobre la posible nueva forma de sentir tras las intervenciones quirúrgicas.**

Preguntadas por su experiencia médica, en la mayoría de los casos son buenas palabras las que tienen sobre la misma, aunque casi todas han tenido algún problema. Las más jóvenes destacan **la imagen excesivamente femenina que te "exigen"** en cuanto a la expresión de género.

Hay ciertas cosas que parecen no encajar dentro de lo que ellos consideran una expresión de género femenina como puede ser una orientación sexual distinta a la heterosexual o ciertas conductas que consideran masculinas, como jugar a videojuegos.

Hay ciertas cosas que parecen no encajar dentro de lo que ellos consideran una expresión de género femenina como puede ser una orientación sexual distinta a la heterosexual o ciertas conductas que consideran masculinas, como jugar a videojuegos. Muchas han sentido que se les ha puesto en cuestión su expresión de género y que eso les ha podido complicar le proceso. Se muestra en sus discursos la necesidad que sienten de tener que encajar dentro de lo que los médicos quieren o entienden por una mujer trans los sienten como los "guardias de seguridad" a los que deben de convencer para poder tener acceso al tratamiento**. Existe una visión de híper feminidad asociada con la cultura del patriarcado,**

cuanto más dominante, mayor la necesidad de expresar proyectar imágenes híper feminizadas.

Llegan a mencionar que han de aceptar ciertas cosas con las que no están de acuerdo como firmar papeles en los que se les considera personas con trastorno de la personalidad porque saben que de no ser así no van a conseguir lo que quieren. Esto les ha ocurrido sobre todo a las mujeres que habían comenzado su tratamiento hace ya varios años. Esta situación provoca que incluso la renuncia al cambio registral.

Cuando se les pregunta concretamente por el trato por parte del personal sanitario, pese a que no lo consideran malo, sí que han tenido vivencias negativas en algunos momentos. Lo que más se repite es nombrarlas por los pronombres incorrectos. Y en algunos, casos como se ha mencionado anteriormente, cuestionaban su expresión de género.

Hacen mucha diferencia entre el personal que en cierto modo consideran que se encuentran dentro de las unidades de género tienen más calidad humana, mientras que algunos sanitarios que se han encontrado en otras ocasiones como anestesistas o personal administrativo sí que ha tenido un trato más patologizante. No existen una respuesta unánime que señale que el trato se ha respetado, ni en referencia al pasado ni al presente. Tampoco ningún tipo de estrategia para el trato ni coordinación ni formación desde la Atención Primaria y las especialidades.

Pese a los problemas que pudiera haber entre las mujeres entrevistadas, una minoría se ha planteado parar el tratamiento hormonal, y pese a haberlo hecho, han vuelto a hormonarse. Lo que sí que ha sido más cuestionado por algunas de ellas han sido las cirugías, tanto de la mamoplastia de aumento como la vaginoplastia. Para algunas ha sido un proceso de conocerse mejor a ellas mismas y de empoderamiento femenino, aunque **en algunos casos se reconoce un miedo a las operaciones en sí mismas y a los resultados de las mismas (sobre todo de la vaginoplastia).**

A continuación, preguntadas por la medicina preventiva y sobre si se les había informado sobre cómo debían de proceder, sólo una de las mujeres entrevistadas tiene cada dos años análisis de cáncer de colon, manifestando que era más por criterio de la atención media que porque estuviera establecido de alguna forma. Además de esto, debemos tener en cuenta el problema de la incompatibilidad con determinados registros médicos. En los demás casos **no se les ha informado en ningún momento que tipo de revisiones han de hacerse o a qué especialistas han de ir y cuando.** Algunas no sabían nada sobre el tema y no parecían prestarle atención, mientras otras sí que manifestaban haberse preocupado de buscar ellas la información.

La gran mayoría de mujeres participantes en el estudio, relaciona la preparación que tiene el equipo sanitario con el propio interés personal del equipo profesional. Mientras más interés tengan y más les importe el tema más preparados están, pero de no ser así existe mucha falta de conocimiento sobre el tema y algunas de ellas han sido las que han tenido que enseñar al equipo médico lo que significaba ser una mujer trans.

Para finalizar con este apartado recogemos las propuestas de mejora que harían las propias entrevistadas. Lo más repetido ha sido la necesidad de que haya **formación sobre personas trans a todo el personal sanitario** porque no puede seguir tratándose de una cuestión personal en la que cada profesional decide individualmente si es un tema que le interesa o no y si empatiza con las personas trans o no, de manera discrecional.

También ponen el acento sobre los cuestionamientos continuos sobre la expresión de género y la falta de decisión que tienen en algunos momentos sobre su transición no sólo médica sino también social.

Algunas de ellas muestran la **importancia de recibir más información**, tanto de medicina preventiva, como de cuáles son los efectos negativos o complicaciones que pueden padecer al hormonarse, y la poca importancia que se presta a la nutrición o al ejercicio físico para que su cuerpo absorba mejor las hormonas.

Por último, recalcan la importancia de que el equipo de sanidad, no sólo el sanitario, utilice correctamente los pronombres y el nombre de la persona, pese a no haber realizado cambios en la documentación oficial.

Trayectoria emocional

En muchos de los casos, estas mujeres no han tenido un acompañamiento psicológico específico y voluntario por parte de las unidades de género y sí habrían estado acudiendo a los mismos por otros motivos tanto antes de la transición como durante la misma.

Las que sí que han tenido este acompañamiento en la sanidad pública dan muestra de que las personas que las han atendido **no tenían ninguna formación en temas trans, o escasa**, y, por tanto, en muchos casos empeoraban la situación en vez de ayudarlas.

Uno de los comentarios de una de las mujeres entrevistadas fue que – en muchas ocasiones, al no tener esta formación más específica, se dejan llevar por prejuicios que hay sobre las personas trans - realizan su tratamiento desde un punto de vista cisexista.

Muchas de ellas sí que han encontrado este acompañamiento psicológico y de pares en asociaciones LGTBI, tanto ellas como sus familias en algunos casos, lo que ha provocado una transición mucho más sencilla y llevadera. Todas coinciden en que es más que necesaria ese acompañamiento, porque se trata como la nombra alguna, de un proceso de volver a pasar tu adolescencia femenina, por todo lo que supone el cambio hormonal, el cambio psicológico, el físico, el emocional, etc.

Preguntadas por su autopercepción de salud, en la mayoría de los casos dicen encontrarse bien e incluso excelentemente, pero en algunos casos no consiguen superar ciertos miedos que tenían previos a la transición y que les hace que su estado de salud mental no sea el más óptimo.

Al preguntarles por sus miedos, muestran que al comienzo de la transición en muchos casos tienen miedo al resultado, a no parecer una mujer o a "quedarse a medias" y que se les "note" que son mujeres trans. Esto desde un punto de vista físico. Desde el punto de vista médico, algunas han comentado que sí que tienen cierto miedo a los efectos secundarios que pueden producirles las hormonas. Desde el punto de vista social, principalmente sienten miedo a que su entorno no las acepte o no las comprenda, seguido de miedo a no poder conseguir un trabajo o una pareja. Otras, sin embargo, tienen miedo a la opinión que tendrá la sociedad sobre ellas, y esto ha desencadenado en problemas como la agorafobia o crisis de ansiedad al salir a la calle.

Sociedad

A lo largo de las entrevistas se puede comprobar cómo muchos de los miedos que tienen antes y durante la transición médica es al rechazo por parte de la sociedad, que como muchas han mostrado, está relacionado con la apariencia física.

Acuñan el término *cispassing* a aquellas mujeres trans que sí que tienen una apariencia de mujer cisexual y se muestra en sus discursos cómo este *cispassing* les permite vivir con más tranquilidad, sufriendo menos transfobia y siendo menos cuestionadas.

En cuanto son preguntadas por las intervenciones quirúrgicas encontramos opiniones divididas e incluso contrapuestas.

Por un lado, encontramos a aquellas que ven un problema en la sociedad y no en ellas y prefieren trabajar su expresión de género no sometiéndose a intervenciones quirúrgicas a la que tienen cierto rechazo por sus complicaciones.

Y, por otro lado, encontramos a mujeres que ven necesario someterse a esas intervenciones por cuestiones de auto-disforia de género.

Coincide en el grupo de mujeres más jóvenes esa necesidad al principio de la transición de querer tener un aspecto "muy femenino" y de someterse a todas las cirugías posibles para acercarse lo máximo posible a su ideal de mujer. Una necesidad que va desapareciendo conforme comienzan la terapia hormonal.

En muchos casos, ellas mimas notan cómo entre ellas mismas, o desde la sociedad, hay un cierto tabú sobre los genitales que tienen y se les puede mirar en algunas ocasiones de manera morbosa, siendo objeto claro de cosificación. A lo que todas responden de la misma manera: "mis genitales no definen ni la personas que soy, ni mi género".

"mis genitales no definen ni la personas que soy, ni mi género".

Al hablar de redes sociales y de desarrollo social, el discurso cambia según la edad. Las mayores son un tanto reacias a ellas y no creen a ciencia cierta lo que en ellas se dice. Perciben muchas veces que las redes sociales les aportan odio y pocas cosas positivas.

Por otro lado, las mujeres más jóvenes lo ven un canal bastante importante por el que mostrar su realidad, una cuestión que echaron en falta cuando comenzaron su transición.

Para sí mismas, las más jóvenes se autoperciben como referentes y ejemplo de lo que ellas también están viviendo y creen que pueden ayudar mucho a las que están por venir.

Por último, al preguntarles dónde han encontrado más apoyo de su entorno, entre las más jóvenes las respuestas se centran principalmente en la familia y las amistades, mientras que, entre las personas mayores, aunque en algunos casos las amistades han sido parte de su apoyo, donde más comprensión han encontrado y donde se han sentido más apoyadas ha sido en el movimiento LGTBI y en sus asociaciones.

Conclusiones

Generales de la investigación

La investigación, en la que la parte cuantitativa se ha realizado mediante un cuestionario online autoadministrado, puede ser un elemento a tener en cuenta en relación a aspectos socioeconómicos. Pues mujeres sin acceso a internet y/o a nuevas tecnologías es posible que no hayan podido participar.

Las experiencias vitales, en las que se visibiliza la evolución de los procesos médicos en los 10 últimos años, fecha que se establece como la de punto de partida por incluirse en la red pública sanitaria los tratamientos de transición de género, se perciben fundamentalmente con cierto cuestionamiento al personal sanitario y a algunas carencias del sistema, como la falta de coordinación o el desarrollo de actuaciones de carácter social/ comunitario.

Otro dato interesante es el referente al lugar en el que han llevado a cabo la transición médica. Encontramos que el 83,9% sigue en el mismo dónde la comenzó y un 16,1% que lo ha cambiado. De este 16,1% que ha cambiado su lugar de residencia predominan las mujeres menores de 45 años (14,3%), con contrato de trabajo (6,8%), estudiando (3,4%) o "desempleada con ningún ingreso" (3,4%).

El proceso de migración también denota cambios, fundamentalmente en las mujeres de más 45 años, donde se produce un traslado de pequeñas ciudades a otras más grandes. Es precisamente la causa de que la mayoría resida en ciudades de más de 300.000 habitantes.

El proceso de transición médica es más habitual que el de cambio de nombre y sexo en el Registro Civil. Mientras que el 94,7% de las mujeres participantes han realizado la transición médica, sólo la mitad ha realizado el cambio de nombre en el registro. En algunos casos se ha manifestado la negativa por la obligación de evidenciar mediante informe médico.

En general, la autopercepción de salud es buena con la excepción de los estados anímicos, donde los porcentajes se elevan en la ansiedad, la más padecida por las encuestadas de forma "Muy Elevada" (25,5%), seguida de la tristeza (21,3%), la angustia (16%), y el estrés (14,9%). Si desviamos la atención a las que padecen de manera "Elevada", comprobamos como el estrés afecta al 45,7% de las mujeres encuestadas, seguida de la angustia (41,5%), la ansiedad (39,4%) y la tristeza (37,2%). Por lo que se podrían concluir que, pese a tener un 35,1% de mujeres que tienen un nivel de ansiedad "Bajo", al sumar las que sí que lo tienen de forma "Elevada" o "Muy Elevada" da un resultado de 64,9%, lo mismo ocurre con el resto de estados anímicos.

Es importante señalar que, tras haber comenzado su transición, un 7,4% de las mujeres encuestadas la han parado, un 2,1% de ellas de manera involuntaria y un 5,3% de manera voluntaria. La mayoría de ellas en una media de hace 1-3 años.

En cuanto a las Unidades de identidad de género o de Atención a la transexualidad es importante destacar:

1. Los tiempos de espera son prolongados, desde la derivación de la Atención primaria, el valor medio se sitúa en 5 meses, el porcentaje más alto ha sido de una espera de 1 mes (22,9%), y los tiempos de espera van desde menos de un mes (6%)

a un máximo de 2 años (1,2%). La valoración de estos tiempos de espera es general negativo, 1,63 de media en una escala de 0 a 5, donde 0 es "muy mal" y 5 "muy bien".

2. También se ha tenido en cuenta el trato que han recibido por parte del personal sanitario, concretamente si se respetó su género sentido. En el 33% de los casos a las mujeres se les ha tratado "Siempre" por su género sentido, seguido de un 39,4% que se le ha tratado "Casi siempre", un 19,2% que "A veces" y un 2,1% que "Nunca" se les ha tratado por su género sentido. En el caso de estas últimas se tratan de mujeres menores de 25 años, aquellas que "Nunca" se les ha tratado por su género sentido. Estos datos se acompañan a la percepción en algunos casos de falta de formación y/o sensibilización al personal sanitario, lo que complica la relación entre personal sanitario– paciente.

3. Cuando se les pregunta por su autoestima tras haberse realizado las cirugías de medias las mujeres la valoran con un 3,9. La mayoría (55,2%) valora su autoestima post-cirugías con un 5, seguidas de un 20,7% que la valora con un 4. Por el otro lado, encontramos un 6,9% de las mujeres que valoran su autoestima con un 0, con un 1 o con un 2, y un 3,4% con un 3.

Respecto a otras especialidades, a la que más han acudido ha sido endocrinología (89,3%) seguida de psiquiatría (44,7%), las cuales forman parte muy activa de los procesos de transición médica. En estos casos, al 40,4% de las mujeres encuestadas se les ha respetado siempre su género sentido por parte del personal sanitario, frente a un 3,2% a las que nunca se lo han respetado.

A pesar de manifestar esas situaciones de estado emocional, el 36,2% sí que ha recibido algún tipo de apoyo o soporte psico-emocional durante su transición médica, la mitad de ellas (18,1%), porque lo solicitó. En la mayoría de estos casos ha sido en atención especializada (31,9%) y en un porcentaje muy bajo durante el proceso de las cirugías. Para aquellas que lo solicitaron durante sus cirugías, los tiempos de espera fueron desde menos de un mes en la mayoría de los casos hasta 9 meses.

Las relaciones de los procesos de transición médica se manifiestan de manera negativa en el caso de la actividad laboral el porcentaje relativo a "son mucho peores" es el más elevado (14,9%) y en el caso de la familia "son peores" también tiene el porcentaje más alto (20,2%).

Si bien se comprueba la evolución en el proceso de transición médica, existen diferencias importantes en la visión del impacto en cada una de las participantes de esta investigación. Además de la edad, el territorio (la CCAA) son factores de contraste:

1. La edad pone de manifiesto la propia evolución de los recursos sanitarios. Las mujeres mayores señalan la mejora detectada en los 10 últimos años.

2. La política sanitaria por el contrario sigue siendo una asignatura pendiente. No se percibe una única política sanitaria y por tanto, un desarrollo homogéneo de los recursos sanitarios, más bien 17 diferenciados por la Comunidad Autónoma donde se resida.

Diversidad discursiva

Tras realizar el análisis de todas las entrevistas en cada una de las temáticas que se han expuesto encontramos ciertas similitudes en sus experiencias, sobre todo si las agrupamos por edad. Las mujeres trans mayores participantes del estudio muestran una **gran preocupación por el cambio en el concepto de activismo en las mujeres trans jóvenes**, porque tienen reacciones muy individuales y las perciben con una política identitaria que no comparten.

Manifiestan preocupación por los nuevos referentes que no forman parte del activismo pero que – al reforzarlas individualmente - generan perfiles que no comparten porque no parten ni de la resiliencia ni de la sororidad que ha caracterizado al activismo de las mujeres trans.

Existen una preocupación constante por la vida laboral en todas las entrevistadas y, en algunos casos, condiciona más la situación laboral, como soporte al estado emocional, que el proceso en la transición médica en el que estén.

Para todas ellas, pero especialmente para las más jóvenes, les resulta muy doloroso que el movimiento TERF no las acepte dentro de movimiento feminista.

Salud Trans* Positiva. Nuevos retos en el acompañamiento a la salud de las personas trans*

Joana Cabrera Berger

Especialista en medicina familiar y comunitaria

Introducción

Diagnosticar la diferencia

Las realidades trans* no son un fenómeno nuevo ni circunscrito. Las personas con una identidad o expresión de género diversa han existido a lo largo de la historia y en múltiples y diversos rincones del planeta.

En 1910 Magnus Hirschfeld publicó Die Transvestiten [1], diferenciando por primera vez los conceptos orientación afectivo-sexual e identidad de género casi como los comprendemos hoy en día.

En su visionaria capacidad de comprensión y cercanía hacia las personas trans* que trabajaban con él, fue capaz de desarrollar la "teoría del tercer sexo" o "teoría de las sexualidades intermedias", en las que planteaba que cada ser humano está representado por una combinación única de características sexuales, rasgos secundarios al sexo, preferencias eróticas, inclinaciones psicológicas y hábitos y prácticas adquiridas

culturalmente. Según sus cálculos, no había dos posibilidades de género excluyentes entre sí, sino más de 43.000.000 de combinaciones distintas.

En 1919, fundó el Instituto para la Ciencia Sexual en Berlín, una combinación de clínica médica, sala de conferencias, biblioteca y archivo en la que amasó una colección documental sin precedentes alrededor de la diversidad afectivo-sexual y de género de todo el mundo.

Magnus Hirschfeld acompañó la primera transformación genital documentada (Dorchen Richter, 1931) así como el tránsito de Lili Elbe (más conocida como la chica danesa) [2]. En su Instituto trabajaban personas trans* y colaboraban expertos de la salud de múltiples países entre los que se encontraban Eugen Steinach (1910, descubrimiento de los cambios morfológicos de las hormonas sexuales) o un joven Harry Benjamin.

Con la llegada del contexto bélico a Europa a mediados del siglo XX, el desarrollo de los estudios alrededor de las personas trans* se trasladó a EEUU. Durante la década de los 40 y 50, la Clínica de Langley Porter de la Universidad de California fue el principal centro de investigación sobre "sexualidad y género variante", dirigida por el que fue presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), Karl Bowman [2].

Langley Porter funcionaba como una interfaz crucial entre investigadores médicos y las redes sociales de personas trans* en EEUU. Éstas buscaban acceso a procedimientos médicos y a su vez, proporcionaban los datos que serían usados para la investigación de la transexualidad.

Entre dichos investigadores que colaboraban en la clínica se sitúa Harry Benjamin cuyo interés por la endocrinología ya había despertado años antes en su relación profesional con Magnus Hirshfeld y Eugen Steinach.

Harry Benjamin es considerado el "padre" de la medicina trans*. En 1953 popularizó el término transexualismo como concepto clínico, distinguiendo la transexualidad del travestismo y haciendo hincapié en el deseo de las personas trans* en "corregir el error anatómico". Desde este punto, nacen el concepto de cuerpo equivocado atribuido como algo inherente a la experiencia de las personas trans*, así como un supuesto deseo intrínseco de "adecuarlo" a la norma imperante de los cuerpos socialmente aceptables, bien sea a través de una modificación endocrina como quirúrgica.

En 1966, Harry Benjamin publicó uno de los libros más influyentes en materia de salud trans*: The Transsexual Phenomenon [3]. En dicha publicación, se establecerían las primeras bases diagnósticas de la transexualidad, diferenciando entre transexuales "no quirúrgicos" y "verdaderos" en función de la intensidad del deseo de una modificación corporal.

En base a esta premisa de personas trans* "verdaderas o falsas" se desarrollaron múltiples teorías y programas científicos a lo largo de la década de los 60 y 70 en los EEUU.

En 1968, Robert Stoller publicó Sex and Gender [4] profundizando sobre los criterios diagnósticos alrededor de la transexualidad y estableciendo que las personas trans* "verdaderas", además de tener que desear un cambio corporal, debían presentar como criterio el rechazó del placer sexual con su genitalidad.

Así pues, a lo largo de los siguientes años se sumarían a este eje de establecimiento de criterios diagnósticos otros autores que contribuyeron a fortalecer el discurso en torno a una "verdadera y falsa" transexualidad.

En este sentido, en 1973, Norman Fisk estableció el concepto de Disforia de Género tras darse cuenta que muchas personas trans* relataban biografías "adecuadas" para los que los servicios sanitarios no las excluyan bien por su homosexualidad o por una expresión del género diversa a la norma establecida.

Así pues, empezó a considerarse importante entre los criterios de "inclusión-exclusión" de los tratamientos para las personas trans* cuestiones como la pasabilidad, es decir, la capacidad de una persona de ser reconocida y socializada en el género sentido durante un periodo de tiempo concreto y comprobado regularmente por personal sanitario, concretamente, por especialistas del ámbito de la psicología o la psiquiatría. De aquí nace el conocido Test de la Vida Real al que aún a día de hoy se someten a muchas personas trans* durante, al menos, un año de su vida, previo a poder acceder a un tratamiento por parte de los servicios sanitarios.

De la Tríada Terapéutica a la Salud Trans* Positiva

En 1979, Harry Benjamin junto a otros colegas cirujanos, psiquiatras y endocrinos, fundan la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA)[2], actualmente conocida como World Professional Association of Transgender Health (WPATH), la principal organización de profesionales que trabajan con poblaciones trans* en el ámbito sanitario y desde la que se publican los "Estándares de Cuidado" (Standards of Care, SOC)[5] en el que se basan la mayor parte de guías y protocolos de asistencia sanitaria para personas trans* en todo el mundo.

Estos estándares, hasta su última publicación de 2012 (SOC 7), articulan un cuidado de la salud trans* que pivota casi exclusivamente sobre la necesidad de tránsito físico de las personas trans* a través de un eje lineal y rígido que pasa por:

a) Valoración psico-psiquiátrica con Test de la Vida Real durante al menos un año.
b) Tratamiento hormonal, al menos, durante dos años.
c) Tratamiento quirúrgico.

Este sistema de atención a la salud de las personas trans*, comúnmente conocido como Tríada terapéutica, no contempla la salud de las personas trans* en sí mismo, pues no dispone de programas o recomendaciones de prevención de salud trans* específicos, no aborda la salud sexual y reproductiva de las personas trans*, no ofrece una perspectiva bio-psico-social del cuidado de la salud trans* ni contempla las posibles concomitancias de factores de salud y enfermedad que puedan tener las personas trans* y como éstas pueden intervenir en los procesos de tránsito.

La tríada terapéutica en la que se basan la gran mayoría de protocolos de atención a la salud de las personas trans* en el mundo no es más que una mera guía de "transformación corporal", más o menos rigurosa, en relación a los cuidados de la salud durante un proceso de tránsito, que no logra ofrecer ni por asombro unas recomendaciones no estigmatizantes sobre cómo acompañar la salud de las personas trans* de una forma respetuosa, integral y multidisciplinar.

En este sentido, cabe remarcar que desde 2010, las publicaciones e investigaciones científicas en relación a la salud de las personas trans* ha ido en aumento de forma exponencial [6]. Cada vez son más las personas del ámbito sanitario que acompañamos a las personas trans* que nos vemos abocadas a un trabajo casi a ciegas en el acompañamiento de la salud de las personas trans*, con escasa o nula evidencia científica en relación a algunas de nuestras actuaciones y las consecuencias futuras que tendrán sobre la salud integral de quienes acompañamos. Son cada vez más las publicaciones científicas de distinta índole que recomiendan ahondar de una forma urgente en el conocimiento riguroso de la salud de una población con altos índices de psicopatología secundaria a la transfobia social, con un consecuente riesgo de conductas y hábitos nocivos para sí mismas y que están expuestas a un innecesario riesgo de iatrogenia por la falta de investigación y de formación en materia de salud trans* específica por parte de muchos profesionales de la salud [7].

Es por ello que, desde este humilde texto y como médica de familia comprometida con la salud de las personas trans*, quiero desarrollar el concepto de Salud Trans* Positiva aprendido de la plataforma de asociaciones catalanas Transforma la Salut [8].

Cuando hablamos de Salud Trans* Positiva no sólo hacemos referencia a una forma de acompañar la salud de las personas trans* desde el respeto hacia el proceso de introspección sobre la identidad sexual, íntimo y personal, que cada persona debe tener derecho a poder disfrutar de una forma libre y segura. La Salud Trans* Positiva es, además, un nuevo marco conceptual desde donde construir un acompañamiento sanitario que algún día podrá ser eje y estructura para otros procesos de acompañamiento vital.

Se trata de comprender que cada persona tiene derecho a decidir sobre sus procesos de salud o de enfermedad desde el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, los cuatro principios bioéticos mínimos de cualquier acto sanitario.

En este sentido, las personas trans* ven vulnerados de forma habitual todos estos principios en su relación con los servicios sanitarios.

En primer lugar, se merma institucionalmente su capacidad de autonomía para decidir sobre sus procesos de tránsito en tanto que son pre-juzgadas como personas que pueden estar "equivocadas" en las decisiones que puedan tomar en relación a las modificaciones corporales que decidan realizar, por lo que son sometidas - injustamente con relación a la población cisexual - a un proceso examinador de quienes son y basado, a menudo, en una percepción cultural subjetiva del género y su expresión.

Además, el principio de beneficencia en relación al cuidado de la salud de las personas trans* se ve sometido por el miedo de la no-maleficencia de muchos profesionales de la salud, pues la incertidumbre y la falta de evidencia científica sobre los procesos a largo plazo de los tránsitos, así como el propio desconocimiento de las realidades trans*, conducen a priorizar una no-actuación frente a otra que ha demostrado ayudar a mejorar la calidad de vida de muchas personas trans*.

Pero la Salud Trans* Positiva no sólo responde a una necesidad moral de ejercer nuestra profesión desde una perspectiva ética, sino que, además, proporciona la posibilidad de aprender a evitar posibles comorbilidades que aún a día de hoy desconocemos.

Desde la perspectiva de la salud preventiva integral podemos disminuir algunas de las

cuestiones más estudiadas sobre la salud de las personas trans* como el alto índice de contagio de VIH entre las mujeres trans*, el abuso de tóxicos como el tabaco o el alcohol, las conductas autolesivas, etc.

Se trata, al fin y al cabo, de volver a los principios de Alma Atta [9].

Se trata, de abordar la salud desde una perspectiva bio-psico-social, en la que cada uno de estos factores tiene un peso determinante en la promoción de la salud de las personas, y cuyo abordaje debe ser multidisciplinar.

Se trata de abordar la salud de las personas con responsabilidad y respeto, desde la cercanía de poder hacer accesible la información sanitaria de la que disponemos en cada momento para que cada persona pueda tomar las decisiones que considere oportunas para sí misma.

Se trata de acompañar, y no solo asistir, a quienes nos necesitan. Desde la humildad, el compromiso y la comprensión, entregando siempre lo mejor de nosotras mismas para quien deposita en nosotras la confianza sobre el asesoramiento de su salud.

Salud trans* positiva

Acompañar las infancias trans*

El auge en la visibilidad de las infancias trans* en la última década ha sido en gran parte promotora del impulso hacia nuevas estrategias de investigación en materia de salud trans*, como, por ejemplo, alrededor de las diversas teorías sobre la "fisiopatogénia" de las experiencias trans* y la psicopatología relacionada con la transfobia entre las personas trans* más pequeñas [10].

En este sentido cabe destacar que existe un consenso generalizado que sitúa el inicio del desarrollo psicológico de la identidad sexual en torno a los 2-4 años de edad, ya sea para las criaturas trans* como cisexuales.

Durante esta etapa y en adelante, en la que se produce un desarrollo identitario progresivo desde múltiples y poliédricas esferas de la personalidad, las criaturas también exploran y desarrollan su identidad de género, así como la expresión de la misma.

Resulta por tanto fundamental que, durante la infancia, toda criatura pueda tener derecho a explorar las esferas de su desarrollo identitario (incluido el género y su expresión) desde un espacio de comprensión, cariño, respeto y seguridad, tal y como refleja la Convención de los Derechos del Niño [11].

Son múltiples los estudios que corroboran que un ambiente familiar o escolar auto-percibido por la criatura como hostil hacia su propio instinto de supervivencia, aminora con creces la posibilidad de que esa criatura desarrolle adecuadamente algunas de las características psíquicas fundamentales para su etapa adulta como la autoestima, la capacidad crítica, la empatía o la capacidad de establecer vínculos sociales y afectivos sanos.

Así pues, el acompañamiento de las criaturas trans* en el ámbito sanitario tal y como lo conocemos carece de sentido, pues a no ser que existan otras cuestiones de salud que puedan entrar en conflicto con los tiempos de inicio de un posible tránsito (por ejemplo, una pubertad precoz), las criaturas trans* deben vivir su desarrollo identitario en los espacios adecuados para ello, acorde a sus edades, como son el entorno familiar y educativo.

En estas etapas, el acompañamiento debe dirigirse (de ser necesario) a la familia de la criatura, con un carácter más psico-social que sanitario, y con el único objetivo de dotar a las familias y a las instituciones educativas de los recursos suficientes para solventar sus propios miedos e incertidumbres, facilitando con ello los espacios de seguridad y de respeto a la diversidad necesarios para que las criaturas se puedan desarrollar en libertad y sin miedo [12].

Para ello, resulta importante dotar a los servicios de acompañamiento a las personas trans* de recursos psico-sociales adecuados, formados y experimentados, capaces de generar una red multiprofesional e inter-institucional de apoyo a las familias con menores trans*.

Igualmente, resulta urgente formar adecuadamente a las y los profesionales de la especialidad de Pediatría, fundamentalmente de Atención Primaria, pues resultan habitualmente el primer recurso público al que las familias suelen acudir y, además, suelen disponer de un conocimiento longitudinal de las criaturas y sus familias.

Profesionales de la Pediatría de Atención Primaria sensibilizados y comprometidos con las infancias trans* evitaría una gran parte de peticiones de interconsulta con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (mayormente inadecuadas para estos casos), más aún cuando no coexista una psicopatología de base. Mejoraría, además, la capacidad de éstos de acompañar a las familias y resolver sus incertidumbres habituales, acercando el acompañamiento a la Salud Trans* Positiva a un espacio menos hostil y más accesible para las criaturas trans* y sus familias.

En conclusión: debemos tratar de garantizar que las criaturas trans* puedan tener el mismo derecho a un desarrollo libre y seguro de su personalidad que el resto de las criaturas, tanto en el entorno familiar como el educativo. Para ello, resulta importante tener los recursos apropiados, adecuadamente formados y debidamente coordinados para poder dar respuesta y aminorar las incertidumbres de quienes transitan con ellos, ya sea su familia como su entorno educativo.

Acompañar la adolescencia trans*

La adolescencia supone una etapa compleja y necesaria del desarrollo del ser humano en la que se produce una transición de la infancia a la etapa adulta y en la que se producen una serie de cambios corporales significativos en un plazo relativamente corto de tiempo.

Durante la infancia, las gónadas (testículos y ovarios) permanecen prácticamente inactivas e inician su actividad de forma progresiva alrededor de los 8-9 años. Ese "despertar" gonadal, con su consecuente producción progresiva de hormonas sexuales, genera una serie de cambios metabólicos, neuropsicológicos y de los rasgos físicos comúnmente conocidos como "caracteres sexuales secundarios".

Con la aparición del vello axilar y púbico (telarquia y pubarquia), asociado a una progresiva maduración de los órganos sexuales, las principales guías de acompañamiento a la salud trans* establecen el punto de partida de los tránsitos en la adolescencia [13].

En este punto cabría considerar si dejar madurar los órganos sexuales propios o bloquear su desarrollo mediante unos fármacos conocidos popularmente como "bloqueadores de la pubertad".

Múltiples estudios destacan que el uso de dichos fármacos que bloquean la pubertad, es decir, que la frenan a todos sus efectos, mejoran fenotípicamente la transición hacia el género sentido (el conocido passing), bien sea asociados en sus últimas etapas a un tratamiento hormonal con hormonas sexuales no producidas de forma endógena o suspendiendo el bloqueo previo a dicho tratamiento hormonal cruzado [12].

En este sentido, teniendo en cuenta que uno de los principales factores en la adolescencia es la integración y aceptación social por parte de los iguales, es lógico que los estudios al respecto apunten hacia una disminución de las psicopatologías asociadas a la transfobia características de esa edad, como la ansiedad, el aislamiento social o los trastornos de la conducta alimentaria [12].

Así pues, cabría esperar que con el uso de fármacos que bloquean o retrasan el desarrollo de la pubertad, las personas trans* adolescentes puedan ver mejorada una parte importante de los problemas de salud relacionados con la transfobia en esta etapa de sus vidas.

Pero, por otro lado, debemos también reflexionar sobre algunas de las cuestiones cuya respuesta no está clara en relación al uso de estos fármacos [14].

En primer lugar, debemos informar a las personas trans* adolescentes que quieran iniciar el tránsito con bloqueadores de la pubertad, que su desarrollo madurativo a nivel corporal quedará "congelado" durante un tiempo. Es decir, debemos hacerles partícipes que durante el tiempo que utilicemos dichos fármacos no se desarrollarán las características sexuales secundarias que en ese momento no desean, como las mamas, la menstruación o el vello facial. Pero tampoco crecerán con la misma velocidad que el resto de sus congéneres, ni se desarrollarán los rasgos sexuales que puedan desear, de modo que su cuerpo quedará durante un tiempo infantilizado con relación a las demás personas de su edad.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que, el uso de fármacos bloqueadores de la pubertad en adolescentes trans* y personas trans* no binarias con expresión feminizada, impedirá el desarrollo a su fase adulta de su genitalidad. Ello implica que, en caso de continuar con tratamientos hormonales feminizantes tras el periodo de bloqueo, sus genitales de nacimiento estarán infantilizados y, en caso de querer realizarse en un futuro una vaginoplastia, ésta deberá utilizar inevitablemente tejido colónico para su realización.

Sobre esta cuestión y, en concreto, sobre las cuestiones de salud preventiva post-vaginopastia, existe poquísima información. Podemos empezar a conocer con cierta rigurosidad cuáles son los efectos secundarios más frecuentes de esta técnica quirúrgica (p.ej: colapso de la cavidad vaginal, protrusión vaginal, incontinencia urinaria, fistulización, dehiscencia de heridas, hematomas, etc.), pero no podemos saber si dichas vaginas con tejido colónico van a tener la misma capacidad de desarrollo de cáncer colónico situado en

otro lugar, ni cómo vamos a cribar de forma preventiva su aparición, ni si el Virus del Papiloma Humano (VPH) tendrá cierto efecto sobre toda esta cuestión, por poner algunos ejemplos que no debiéramos obviar a la hora de informar.

Finalmente, debemos plantearnos un debate profundo y sereno en relación con la preservación de la fertilidad y el uso de estos fármacos en estas etapas del desarrollo.

Las prácticas de castración obligada en las personas trans* siguen siendo la norma a día de hoy en la mayoría de los protocolos de asistencia a los procesos de tránsito. Hoy en día, no existe una clara evidencia científica que relacione un mayor riesgo de aparición de tumores gonadales (testículo y ovario) con el uso de tratamientos hormonales, pues no disponemos de estudios longitudinales lo suficientemente largos para poder afirmarlo [15].

Así pues, pareciera que, con una falta de recomendación generalizada de esta práctica, podríamos asegurar la fertilidad de las personas trans*.

Alrededor de esta cuestión surgen, otra vez, innumerables incertidumbres.

En primer lugar, como hemos dicho, no disponemos de estudios a largo plazo que nos indiquen que el riesgo de aparición tumoral en las gónadas tras un tratamiento hormonal a largo plazo sea menor con respecto a las personas cisexuales. De hecho, en estudios longitudinales cortos, se puede intuir una relación entre la aparición de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) con los tratamientos con testosterona y una cierta relación entre éste y el cáncer de ovario. Sin embargo, se trata de estudios que admiten la limitación de sus resultados, por lo que no resultan una base científica sólida para realizar una recomendación en un sentido u otro. Por otro lado, en relación a la aparición de cáncer testicular en mujeres trans*, no existe una evidencia científica que relacione la aparición de esta patología tumoral con el uso de tratamiento hormonal, si bien es cierto que la mayoría de estos tumores se desarrollan a una edad más avanzada de la que se suele situar la media de las orquiectomías/vaginoplastias en las mujeres trans*, con el sesgo que esto supone en relación a establecer recomendaciones de detección precoz de cáncer testicular en mujeres trans*.

En segundo lugar, con el uso de tratamientos hormonales bloqueadores de la pubertad, debemos tener en cuenta que las gónadas no maduran, menos aún si al suspender dichos fármacos iniciamos, como es habitual, un tratamiento hormonal feminizante o masculinzante.

Así pues, no existe evidencia aún sobre la capacidad de gestación o la viabilidad de los gametos (óvulos o espermatozoides) de esa persona si en algún momento futuro de su vida deseara hacer uso de ellos [16].

En este sentido, algunas guías clínicas plantean la posibilidad de criogenizar los gametos previos al inicio de cualquier tipo de tratamiento hormonal [17]. En el caso de no iniciar tratamientos de bloqueo puberal, podríamos situarnos en realizar estas técnicas, con el riesgo que conllevan sobre todo en el caso de la preservación de óvulos, en adolescentes trans* de 12-14 años. En el caso de plantear el inicio de tránsito con bloqueadores de la pubertad, nos situaríamos en torno a los 9-12 años, con el problema añadido de que a esa etapa del desarrollo puberal en la que está indicado iniciar el tratamiento bloqueador, no hay un desarrollo total de los ovarios y los testículos.

Así pues, el debate con relación al uso de tratamiento de bloqueadores de la pubertad es complejo, pues no disponemos de muchas de las respuestas sobre sus consecuencias futuras, en otras etapas vitales, de las limitaciones que pueden llegar a suponer.

Finalmente, debemos tener en cuenta también que la adolescencia es una etapa de aprendizaje y experimentación de la sexualidad y las relaciones afectivas.

En este sentido, debemos tener en cuenta que existe poca información sobre la prevención de salud sexual específicamente para jóvenes trans*. La mayoría de los programas de prevención de salud sexual están dirigidas a corporalidades cisexuales y a menudo normativas, que no tienen en cuenta la posibilidad de erotizar otro tipo de corporalidades y prácticas que trascienden a la norma cisheterosexual [18].

Resulta necesario ampliar el marco de formación en salud sexual diversa para las personas jóvenes, visibilizando corporalidades y prácticas diversas, y focalizando el tipo de prevención específica (bien sea en relación con la prevención del embarazo o las infecciones de transmisión sexual) relacionadas con prácticas específicas. De este modo, muchas más personas jóvenes podrían verse reflejadas en ellas y dispondrían de mayores recursos para poder hacer frente a situaciones de posible riesgo para su salud.

Acompañar la adultez de las personas trans*

La adultez es una etapa vital prolongada y dinámica en la que se producen relaciones afectivas más estables, se generan vínculos y responsabilidades de cuidado (a mayores y menores) y se desarrolla la capacidad productiva y económica. Además, la adultez es el periodo donde tienen mayor efectividad las intervenciones de salud preventiva en relación con el desarrollo de patología tanto aguda como crónica en un futuro.

Así pues, las personas trans* que contactan con los servicios de salud pública pueden realizarlo tanto con el objeto de iniciar un tránsito en cualquier etapa de su vida adulta, como para realizar un seguimiento de los cuidados de la salud trans* específica.

En este sentido, el acompañamiento principal que debieran tener las personas trans* en su etapa adulta, como cualquier otra persona, es el de la educación en salud, información sobre salud sexual y reproductiva y la intervención en salud preventiva.

A pesar de la escasa evidencia científica de la que disponemos en este sentido, la mayor parte de los estudios sobre salud trans* específica apuntan la importancia de la transfobia social como principal factor de riesgo para la patogénesis de la mayor parte de patologías relacionadas con las personas trans*, tanto directa como indirectamente [19].

Transfobia como factor de patogénesis en la salud psíquica y emocional.

La transfobia se vertebra en un sistema cultural y social de rechazo hacia personas con corporalidades, identidades o expresiones de género distintas a la norma, y que se materializa en distintas formas de violencia más o menos explícitas, generando una mayor vulnerabilidad bio-psico-social en las personas trans* con respecto a las personas cisexuales.

La transfobia es el principal motivo de exclusión laboral de las personas trans*, en

concreto, de las mujeres. Así pues, muchas de ellas se enfrentan a una mayor dificultad para desarrollarse en el ámbito laboral regularizado y, por ende, tienen una mayor fragilidad económica, una mayor dependencia a terceros con relación a sus recursos y una mayor vulnerabilidad a desarrollar trabajos no regularizados (domésticos, de cuidado o sexuales, sobre todo).

Teniendo en cuenta que el desarrollo y la estabilización de los recursos económicos es fundamental para generar hábitos saludables (p. ej. una alimentación equilibrada), podemos intuir que las personas trans* tendrán mayor riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas, de tener mayores hábitos de consumo de tóxicos [20] o de desarrollar psicopatologías como la ansiedad o la depresión [21].

Por otro lado, la transfobia también puede afectar a la posibilidad de generar relaciones de afecto y sexualidad tanto esporádicas como estables, dado que la sociedad en la que vivimos y a pesar del progreso legislativo en las últimas décadas, sigue generando un marco de deseo en torno a unas corporalidades normativizadas y unas relaciones sexuales cisheteronormativas.

Así pues, las personas trans*, sobre todo las mujeres, experimentan una mayor presión en relación con sus corporalidades, pudiendo sufrir mayor rechazo por parte de posibles parejas sexuales [22]. Esta violencia casi imperceptible para las demás personas puede dejar una importante huella en la autoestima de las personas trans*, dado que pueden sentirse no ser sujetos deseables para otras personas ni tampoco merecedoras de afecto.

Si tomamos en cuenta esta consideración, resulta lógico que las personas trans* tengan una mayor vulnerabilidad a sufrir ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria [23], consumo abusivo de sustancias tóxicas, autolesión o ideación suicida, además de disminuir su capacidad de negociación en posibles relaciones sexuales de riesgo o relaciones afectivas tóxicas con dinámicas de maltrato.

Teniendo en cuenta todo ello, resulta esencial poder realizar un abordaje psicológico y social, en estrecha relación con los agentes sociales y otras instituciones, con el fin de mejorar la autoestima y el autocuidado en las personas trans* (sobre todo, las mujeres).

Por ello, los servicios públicos de salud debemos disponer de trabajadoras y trabajadores sociales formadas en el acompañamiento de personas trans* que puedan realizar una intervención efectiva y específica en el desarrollo de las competencias y habilidades productivas de las personas trans* con el fin de mejorar sus competencias formativas, sus posibilidades laborales y su estabilidad económica. Además, en el caso de requerir ayuda institucional para asegurar el bienestar social de la persona trans*, estas trabajadoras y trabajadores sociales deben tener los conocimientos específicos para poder ofertar los recursos institucionales adecuados que eviten el empobrecimiento sistemático y la vulnerabilidad social extrema de las personas trans* (fundamentalmente las mujeres), así como las posibles conductas de riesgo para su salud relacionadas con estas condiciones de desigualdad.

Por otro lado, resulta imprescindible disponer de profesionales de la psicología capacitadas para el acompañamiento psicológico de las personas trans*, ayudándolas a fortalecer su autoestima y promover con ello el autocuidado dado que, como hemos visto, la mayor parte de la patología relacionada con las personas trans* deriva de una compleja esfera de malestar psicológico secundario a la transfobia social.

Finalmente, resulta importante desde el punto de vista biológico, conocer algunas peculiaridades de la salud trans* específica con el objeto de realizar una correcta intervención preventiva y promover hábitos de salud.

Salud sexual y reproductiva:

Con relación a los programas de salud sexual y reproductiva, debemos tener en cuenta que la mayor parte de programas de formación sobre salud sexual no integran a las personas trans*, por lo que éstas pueden tener un mayor riesgo de exposición a posibles embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual [24].

Existe una importante bibliografía científica que relaciona una mayor incidencia de infección por VIH entre las mujeres trans* en comparación con las mujeres cisexuales. Esto es debido en gran parte al desarrollo de actividades económicas no reguladas como el trabajo sexual o la prostitución en la que no se realizan programas específicos que mejoren los recursos preventivos, la formación en educación sexual, el consumo de sustancias tóxicas de riesgo, o que ofrezcan otras alternativas formativas y laborales para quienes las quieran desarrollar [25], además de otros factores de índole social, como por ejemplo, la regulación del estado administrativo de muchas mujeres trans* migrantes o la convalidación de su formación académica en sus países de origen.

Tampoco se realiza una adecuada educación afectiva y sexual centrada en el autocuidado y la capacidad de negociación, libre de prejuicios y con información específica basada en las distintas prácticas sexuales (no en unas corporalidades concretas), con objeto de transmitir los beneficios de una sexualidad placentera y sana, y los perjuicios de una sexualidad estereotipada, psicológicamente tóxica y con posibles riesgos para la salud.

Además, como se apuntaba en el apartado anterior, resulta fundamental aportar una información veraz y sincera sobre las posibilidades de la salud reproductiva para que las personas trans* puedan elegir libremente sobre sus derechos reproductivos.

Efectos adversos del uso de tratamiento hormonal:

Actualmente, no existen evidencias sobre el aumento o no de incidencia sobre tumores gonadales (ováricos y testiculares) en relación al uso prolongado de tratamientos hormonales, por lo que no se puede recomendar, en un sentido u otro, la exéresis sistemática de dichos órganos por este motivo [15].

Si bien es cierto que no disponemos de información científica sobre la capacidad reproductiva específica de los gametos (óvulos y espermatozoides) tras un periodo prolongado de tratamiento hormonal [16], resulta evidente que la extirpación de sus órganos productores (ovarios y testes) conlleva inevitablemente una nula capacidad reproductiva con gametos propios en un futuro.

Además, debemos tener en cuenta que la preservación de las gónadas supone una capacidad de producción propia de hormonas sexuales que, en caso de ser necesario (p. ej.: suspensión de tratamiento hormonal por enfermedad), evitaría una mayor exposición a los riesgos que conlleva una supresión de las hormonas sexuales como el cambio en el metabolismo óseo (osteopenia, osteoporosis, fracturas patológicas, etc.), la posible aparición de enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico (diabetes,

hipercolesterolemia, etc.), la sequedad de piel y mucosas, la caída de pelo, etc.

Las hormonas sexuales (endógenas o exógenas) tienen, por tanto, un papel importante en el metabolismo de las personas, pues intervienen como hemos visto en el mantenimiento de unos huesos sanos (metabolismo óseo), del metabolismo de distintos factores endocrinológicos y en los factores de riesgo cardiovascular.

En este sentido, los estudios actuales indican que el uso de tratamientos hormonales masculinizantes puede aumentar a largo plazo la incidencia de eventos cardiovasculares como el ictus o el infarto de miocardio [26], debido a los cambios que genera en la distribución de la grasa, en la regulación del metabolismo lipídico y la patogenia de la ateromatosis [27].

Por otro lado, el uso de tratamientos feminizantes, debido a su capacidad para "espesar" la sangre (riesgo trombótico), presentan una mayor evidencia sobre el aumento del riesgo de aparición de eventos cardiovasculares con el uso prolongado de estrógenos y progestágenos, sobre todo si coexisten con otros factores de riesgo trombótico como el tabaquismo, la obesidad o el sedentarismo, entre otros [26].

Así pues, el uso prolongado de estrógenos aumenta la incidencia de aparición de eventos trombóticos en arterias (p. ej. Ictus o infarto) y en las venas (p. ej. insuficiencia venosa crónica, empeoramiento de patología hemorroidal, tromboflebitis, trombosis venosas o tromboembolismo pulmonar) [28].

Por esto resulta importante informar a las mujeres trans* sobre los síntomas de alarma que deben aprender a detectar de forma precoz en relación con la aparición de estas patologías, con el fin de minimizar los posibles riesgos. Además, resulta importante realizar una intervención preventiva sobre el resto de los factores de riesgo trombótico que puedan coexistir con el tratamiento hormonal feminizante (p. ej.: deshabituación tabáquica, ejercicio, alimentación equilibrada, etc.), con el fin de minimizar los riesgos de aparición de estas patologías.

Finalmente, ni el tratamiento hormonal masculinizante o feminizante han demostrado tener una relación con un aumento de la incidencia de aparición de diabetes [29] o de hipertensión [30] (a excepción de los progestágenos). En relación a la patología hepática, los tratamientos hormonales metabolizados en el hígado pueden generar alteraciones en sus concentraciones si compiten o interaccionan con otros medicamentos (p. ej. Antirretrovirales para el VIH) que se metabolicen de la misma manera. Además, cabe añadir que el Acetato de Ciproterona, anti andrógeno comúnmente utilizado en nuestro país, tiene una relación documentada de aumento de hepatotoxicidad [31].

Patología tumoral en personas trans* y programas de detección precoz:

En cuanto a la aparición de procesos oncológicos en personas trans*, como apuntamos unos párrafos antes, no existe una clara evidencia sobre la incidencia de aparición cáncer de ovario o testes con el uso de tratamiento hormonal a largo plazo. Pero debemos tener en cuenta que muchos tumores tienen receptores para hormonas sexuales y que, en concreto, algunos tumores dependientes de hormonas sexuales contraindican el inicio o continuidad de los tratamientos hormonales (p. ej. el cáncer de mama).

Como hemos apuntado en varias ocasiones, la evidencia científica concreta sobre la salud trans* específica es muy escasa, más aún cuando se producen algunas situaciones de patología oncológica de la que no disponemos información sobre el efecto que puedan tener los tratamientos hormonales en relación con la progresión o reaparición de determinados procesos tumorales.

En este sentido, algunos estudios establecen una menor incidencia de aparición de tumores hormono-dependientes en la población trans* con respecto a la cisexual (p. ej. Cáncer de mama en hombres trans* o cáncer de próstata en mujeres trans*) [32]. Esto es debido, probablemente, que dichos tumores responden fundamentalmente a las hormonas endógenas, las cuales quedan disminuidas de forma significativa con los tratamientos hormonales que utilizan las personas trans*.

Aun así, podemos observar que los sistemas públicos de salud disponen de algunos programas de prevención para la detección precoz de las patologías tumorales más frecuentes, pero que no tienen en cuenta las características propias de salud de las personas trans*, por lo que la vulnerabilidad de éstas a la aparición de estas patologías puede ser mayor con respecto a la población cisexual.

Es por ello por lo que resulta importante y urgente educar a las personas trans*, por ejemplo, en la autoexploración mamaria para una detección precoz del cáncer de mama (sobre todo en las mujeres trans* y los hombres o personas trans* no binarias que tengan mamas), además de incluirlas en los programas de prevención habituales de los servicios públicos de salud. En cuanto a las personas trans* que se han realizado una mastectomía bilateral, cabe remarcar que la incidencia de aparición de cáncer de mama es menor incluso que en los hombres cisexuales. Pero el riesgo no es nulo, pues tanto la presencia de algunos factores genéticos como de tejido mamario residual tras la cirugía pueden dar lugar a la aparición de un cáncer de mama [33].

En las mujeres trans*, el tratamiento feminizante suele desarrollar, en mayor o menor medida, la aparición tejido mamario. En este sentido, las mujeres trans* deben ser informadas y entrenadas en la autoexploración mamaria regular y deben incluirse en los programas de screening de cáncer de mama de los servicios público de salud, teniendo en cuenta las técnicas adecuadas para su diagnóstico según si se ha realizado o no una mamoplastia de aumento y la técnica empleada por la misma [34].

Por otro lado, los hombres trans*, que no se hayan sometido a una cirugía de extirpación de útero y ovarios (histerectomía y doble ooforectomía), deben realizarse periódicamente ecografías abdomino-pélvicas para valorar el estado de los ovarios y del útero, y deben adherirse a los programas de detección precoz de cáncer de cérvix según el protocolo vigente para ello en su sistema público de salud [35].

En cuanto a la aparición de patología tumoral en los tejidos de la vagina de las mujeres trans*, nula es la evidencia que tenemos en relación a su incidencia o a las recomendaciones de detección precoz, no solo porque desconocemos cuál va a ser el comportamiento de este tejido a largo plazo como cavidad vaginal, sino que además, las técnicas que disponemos hoy en día para la detección del cáncer de colon están diseñadas para la detección de sangre oculta en heces, con lo que no sería de utilidad para detectar un posible proceso tumoral en la vagina de las mujeres trans*.

En segundo lugar, desconocemos la capacidad patogénica oncológica del Virus del

Papiloma Humano (principal factor de riesgo para la aparición de cáncer de cérvix) en la cavidad vaginal generada tras una vaginoplastia, por lo que tampoco conocemos las indicaciones preventivas que debemos tener en este sentido ni si debemos incluir a las mujeres trans* tras la vaginoplastia en los programas de prevención que disponemos en la actualidad para tal efecto y cómo debemos adaptarlas a su especificidad anatómica.

Por último, la incidencia de cáncer de próstata parece ser menor en las mujeres trans* con respecto al de los hombres cisexuales, pero aun así resulta recomendable que partir de los 50 años se realicen un tacto rectal anual de forma preventiva, sobre todo aquellas que se han realizado una vaginoplastia. Esto es debido a que los síntomas de patología prostática se detectan a menudo por la aparición de algunos síntomas que resultan indetectables con una vagina (p. ej.: impotencia, disminución de la potencia miccional, etc.). Además, debemos tener en cuenta que el uso de tratamiento hormonal feminizante disminuye la concentración de antígeno prostático, por lo que disponemos de una menor capacidad de detección y seguimiento analítico de posibles anomalías en este órgano [32].

Además, debemos tener en cuenta que algunos tratamientos hormonales empleados están relacionados con la aparición de ciertas patologías tumorales. En este sentido, existe suficiente bibliografía que relaciona la incidencia de aparición de meningioma (tumoración benigna de las meninges) con el uso prolongado y a dosis altas del Acetato de Ciproterona (anti andrógeno de uso habitual en nuestro país entre las mujeres trans*) [32].

Aunque la incidencia es relativamente baja, resulta importante informar sobre posibles síntomas de alarma (p. ej.: dolores de cabeza atípicos, con alteraciones visuales, vómitos o alteraciones de la marcha o la coordinación) para que se pueda realizar el estudio oportuno y temprano que permitan tomar las medidas necesarias.

Cuidados postquirúrgicos de la salud trans* específica:

Finalmente, con relación a la continuidad de cuidados a la salud de las personas trans* en la adultez, debemos tener en cuenta también los cuidados postquirúrgicos y los posibles efectos adversos que puedan suceder tras una intervención.

Las mamoplastias de aumento que se realizan hoy en día son más seguras que las que se realizaban muchas mujeres trans* de forma irregular hace algunos años. Actualmente las técnicas consisten en la inserción de prótesis de gran calidad, lo que disminuye el posible rechazo del cuerpo a un elemento extraño, son más duraderas y tienen mejor resultado estético. Por el contrario, debemos recordar que todo material ajeno a nuestro cuerpo, con los años, tenderá a deteriorarse y puede precisar de un reemplazo. En el caso de materiales inadecuados empleados con frecuencia en el mercado negro de la estética hace algunos años, debe recomendarse su retirada dado los posibles efectos adversos que pueden tener sobre la salud [36].

En cuanto a las mastectomías, la principal complicación relacionada con esta técnica quirúrgica, además de un gran tamaño cicatrizal que pueda resultar estéticamente difícil de asumir, es la necrosis del pezón, pudiendo resultar en la pérdida de este [37].

Por otro lado, la faloplastia es una técnica actualmente poco rentable en relación a la mayoría de expectativas que se suelen tener alrededor de esta cirugía [38]. En primer lugar, existen pocos profesionales de la cirugía plástica especializados y entrenados en

esta técnica. En segundo lugar, la faloplastia se basa en técnicas de implante de tejidos, construyendo el falo con parte de tejido propio y dejando cicatrices de muy gran tamaño en muslo o brazos. En tercer lugar, las complicaciones de esta técnica son aún muy elevadas y frecuentes, fundamentalmente aquellas que tienen que ver con una mala irrigación del tejido implantado (necrosis o fistulizaciones). Otra consideración a tener en cuenta es que aquellas faloplastias en las que se utilizan dispositivos de presión para lograr una erección, dichos protesis deben ser reemplazadas cada cierto tiempo (10-15 años). Y finalmente, resulta altamente complejo lograr con las técnicas actuales de faloplastia y el entrenamiento profesional del que disponemos, un falo estéticamente aceptado que además cumpla las expectativas de las 3 P (pee, penetration & pack), es decir, orinar de pie, penetrar con él y realizar una función estética.

En contraposición, las técnicas quirúrgicas de la vaginoplastia han mejorado mucho en los últimos años, logrando no solo resultados estéticos aceptables para quienes se someten a ella, sino que además logran preservar la sensorialidad y funcionalidad del órgano. Además, la preservación de la próstata en esta técnica no sólo responde a una mayor facilidad de la propia técnica quirúrgica, sino que además proporciona un punto de placer añadido.

Pero no debemos olvidar que la vaginoplastia es una técnica quirúrgica compleja y con un periodo postquirúrgico prolongado y a menudo dificultoso. En primer lugar, las principales complicaciones de esta técnica quirúrgica son las fistulizaciones, las infecciones postquirúrgicas, la necrosis de alguna parte del tejido, la dehiscencia del tejido, el colapso de la cavidad, el prolapso de la misma o la incontinencia urinaria [39].

Así pues, inmediatamente después de la cirugía, debemos tener en cuenta que deberemos rehabilitar la zona y cuidarla durante un largo periodo de tiempo (de 6 a 12 meses). Esto implica el uso de dilatadores progresivos y espaciados en el tiempo que deberían asociarse a una rehabilitación del suelo pélvico para mejorar no sólo la funcionalidad de la vagina, sino el conocimiento y propiocepción de esta nueva parte del cuerpo.

Acompañar la vejez en las personas trans*

La vejez es una etapa cada vez más prolongada de nuestras vidas dado el aumento de la longevidad de las sociedades occidentales. Durante esta etapa finalizan las labores económicas y de productividad social y se invierte el rol de los cuidados dado que con el envejecimiento del cuerpo a menudo aparecen las patologías crónicas y las limitaciones funcionales. Psicológicamente, el envejecimiento resulta dificultoso para muchas personas debido a que la sociedad actual dispone de escasas herramientas de envejecimiento saludable y se centra fundamentalmente en los rangos etarios económicamente productivos, desvirtuando por completo el concepto de Estado del Bienestar en relación con la vejez.

Los conceptualización y vivencia cercana de la fragilidad ante la muerte está mucho más presente durante esta etapa de la vida y, a menudo, se relativizan algunas cuestiones que en otras etapas vitales resultaban fundamentales. Así pues, no resulta extraño entender que existen personas en la vejez (o próxima a ella) que decidan iniciar un tránsito que, por los motivos que fueren, no pudieron o quisieron realizar antes.

En este sentido, debemos tener en cuenta que el inicio de un tránsito hormonal en esta etapa de la vida es relativamente más complejo que en otros momentos. Esto se debe, en primer lugar, a que la plasticidad del cuerpo para los cambios es menor, por lo que los efectos esperados de los tratamientos hormonales o los resultados deseables de los quirúrgicos son más lentos y menos acordes a la mayoría de las expectativas. Por otro lado, muchas personas en la etapa de vejez conviven con una o varias patologías crónicas por las que deben tomar medicación de forma habitual o han pasado por una patología aguda grave que pueden interferir en el uso de tratamientos hormonales o aumentar la potencia de sus posibles efectos adversos.

En este sentido se nos abre una de las grandes incertidumbres que tenemos las personas que acompañamos los tránsitos: ¿cómo adaptar los tránsitos en la vejez? [40]

Tanto si se inicia un proceso de transición hormonal en esta etapa vital como si se llega desde un tránsito en etapas previas, la cuestión que nos debemos plantear es si debemos mantener las mismas pautas hormonales o adecuarlas al metabolismo de la vejez.

Sabemos que las hormonas sexuales en las personas cisexuales disminuyen con la edad, sobre todo en las mujeres, por lo que aparecen algunas de las patologías o efectos corporales relacionadas con ello: disminución de la densidad de los huesos [41], cambio en el metabolismo de los lípidos, cambio en el metabolismo de la glucosa, disminuye la plasticidad y capacidad de regeneración de los tejidos produciendo insuficiencia venosa crónica, sequedad de la piel, endurecimiento de las arterias, caída de pelo, etc. La incidencia de las patologías asociadas a estos cambios, además de tener una influencia genética y relacionada con los hábitos de vida, también está diferenciada por sexos, lo que nos indica que las hormonas sexuales juegan un papel importante en todos estos procesos.

Así pues, lo lógico sería pensar que, con la entrada en la vejez la dosificación del tratamiento hormonal en las personas trans* debería ser menor, pero en realidad, no tenemos evidencia si mantener las dosificaciones actuales protege a las personas trans* con respecto de las cisexuales sobre la aparición de estas patologías o si, por el contrario, empeora su incidencia.

Son necesarios estudios más rigurosos, prospectivos y adecuadamente diseñados para poder extraer una evidencia científica adecuada en relación a cómo acompañar los procesos de tránsito y la salud de las personas trans* en su etapa de vejez.

Conclusión

Las personas trans* son un grupo poblacional cuya incidencia en los últimos años ha ido en aumento, probablemente en relación con los avances culturales y sociales, así como de los reconocimientos y protección legislativa.

Si bien es cierto que las investigaciones sobre la salud de las personas trans* ha aumentado en la última década, ésta no se ha correlacionado con un cambio generalizado del modelo asistencial en los servicios públicos de salud hacia las personas trans* ni en una mejor y más amplia formación de las y los profesionales de la salud en el acompañamiento

de la salud trans* específica.

Es por ello que las instituciones públicas deben realizar un claro esfuerzo en:

- Establecer un modelo de acompañamiento de salud a nivel estatal que garantice la equidad de acceso a los servicios públicos de salud con independencia de la identidad o expresión de género de la persona, así como de su lugar de residencia.
- Garantizar que este modelo de acompañamiento a la salud de las personas trans* es respetuoso con el derecho fundamental de cada persona a la libre autoidentificación de su género y la expresión de la misma, erradicando de los sistemas públicos de salud la necesidad de una evaluación psico-psiquiátrica sobre la identidad de género de la persona para poder acceder a un tratamiento hormonal o quirúrgico para adecuar su expresión de género a su identidad sentida.
- Promover la adecuada formación de las y los profesionales del ámbito sanitario, tanto en periodo de formación como en ejercicio, para poder realizar un acompañamiento a la salud de las personas trans* de calidad, respetuoso y específico a su realidad.
- Adecuar los sistemas de registro e información de los sistemas públicos de salud para la realidad de las personas trans*, tanto a nivel administrativo como en relación a los parámetros de referencia analíticos diferenciados por sexos.
- Promover y apoyar los programas de investigación sobre salud trans* específica, con el fin de poder generar una base científica sólida sobre los procesos asistenciales y de promoción de la salud en nuestros servicios públicos de salud.

La salud de las personas trans* debe, por tanto, tener los mismos derechos de calidad asistencial, respeto, ética profesional y salud preventiva que el resto de la población.

Solo así podremos tratar de cicatrizar las heridas del pasado entre las personas trans* y los sistemas sanitarios, podremos reparar el daño causado y podremos construir, entre todas, un futuro que mejore la calidad de nuestros sistemas de salud y nuestras vidas.

Por una Salud Trans* Positiva capaz de transformar los cuidados de salud en la diversidad.

Desde la euforia.

Dre. Joana Cabrera Berger

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Bibliografía

1. Hirschfeld M. Die Transvestiten: eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischen und historischen Material. Ed. Pulvermacher. Berlin, 1910.

2. Stryker S. Historia de lo Trans. Ed. Continta Me Tienes, col. La pasión de Mary Read, n° 10. Madrid, 2017.

3. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon. Ed. The Julian Press. Nueva York, 1966.

4. Stoller R. Sex & Gender. On the development of Masculinity and Feminity. Vol. 2. Ed. Science House. 1968.

5. Standards of Care, Vol. 7. WPATH 2012. Visto en: https://wpath.org/publications/soc

6. Wanta J, Unger C. Review of the Transgender Literature: Where Do We Go from Here?. Transgender Health Volume 2.1, 2017.

7. Reisner S, et. al. Global Health Burden and Needs of Transgender Populations: A Review. Lancet. 2016 July 23; 388(10042): 412–436.

8. https://transformalasalut.wordpress.com/

9. Visto en: https://www.semfyc.es/la-medicina-de-familia/alma-ata/declaracion/

10. Korpaisarn S, Safer J.Etiology of Gender Identity. Endocrinol Metab Clin N Am. 2019.

11. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990, páginas 38897 a 38904.

12. Mora C et. al. Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento hormonal en jóvenes transexuales. Evid Pediatr. 2020;16:28.

13. Moreno-Pérez O, Esteva I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). Anexo 1. Endocrinol Nutr. 2012; 59 (6): 367 – 382.

14. Ramos G, et. al. Systematic Review: Puberty suppression with GnRH analogues in adolescents with gender incongruity. Italian Society of Endocrinology (SIE) 2020.

15. Whitlock B. et al. Primary Care in Transgender Persons. Endocrinol Metab Clin N Am 48 (2019) 377–390.

16. Baram S. et. al. Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: a systematic review. Human Reproduction Update. 2019: 1-23.

17. Johnson E, Finlayson K. Preservation of Fertility Potential of Gender and Sex Diverse Individuals. Transgender Health. 2016, Vol 1.1.

18. Damien W. Riggs & Clare Bartholomaeus (2017): Transgender young people's narratives of intimacy and sexual health: implications for sexuality education, Sex Education.

19. Winter S. et. Al. Transgender people : health at the margins of society. The Lancet (2016).

20. Connolly D, Gilchrist G. Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: A systematic review. Addictive Behaviors 111 (2020) 106544.

21. De Freitas L. et al. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2020; 74: 99–104.

22. Beckwith N. et al. Factors Associated with Gender-Affirming Surgery and Age of Hormone Therapy Initiation Among Transgender Adults. Transgender Health 2017. Vol 2.1.

23. Diemer E. et. al. Beyond the Binary : Differences in Eating Disorder Prevalence by Gender Identity in a Transgender Sample. Transgender Health. 2018, Vol 3.1.

24. Van Gerwen O. et. al. Prevalence of Sexually Transmitted Infection and Human Immunodeficiency Virus in Transgender Persons: a Systematic Rewiev. Transgender Health 2020; Vol 5: num 2.

25. Baral S. et. al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic rewiev and meta-analysis. Lancet Infect Dis 2013; 13: 214-22.

26. Defreyne J. et. al. Effects of Gender-Affirming Hormones on Lipid, Metabolic, and Cardiac Surrogate Blood Markers in Transgender Persons. Clinical Chemistry 65:1, 119-134 (2019).

27. Wierckx K. et al. Cross-sex Hormone Therapy in Trans Persons Is Safe and Effective at Short-Time Follow-Up: Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. J Sex Med 2014;11:1999–2011.

28. Khan J. et. al. Venus Thrombotic Risk in Transgender Women Undergoing Estrogen Therapy: A Systematic Rewiev and Metaanalysis. Clinical Chemistry 65:1, 57-66 (2019).

29. Spanos C, Bretherton I, Zajac JD, Cheung AS. Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. World J Diabetes 2020; 11(3): 66-77.

30. Connelly P. et. al. Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: a systematic review. Journal of Hipertension (2020).

31. Bessone F. et al. Cyproterone acetate induces a wide spectrum of acute liver damage including corticosteroid-responsive hepatitis: report of 22 case. Liver Int. 2016; 36: 302–310.

32. McFarlane T. et al. Gender-affirming hormone therapy and the risk of sex hormone-dependent tumours in transgender individuals: A systematic review. Clinical Endocrinology. 2018; 1-12.

33. Fledderus A. et. al. Breast malignancy in female-to-male transsexuals: systematic review, case report, and recommendations for screening. The Breast 53 (2020): 92-100.

34. Hartley R. et. al. Breast Cancer in Transgender Patients: A Systematic Review. Part 1: Male to Female. European Journal of Surgical Oncology (2018).

35. Goldstein Z. et al. Improved Rates of Cervical Cancer Screening Among Transmasculine Patients Through Self-Collected Swabs for High-Risk Human Papillomavirus DNA Testing. Transgender Health 2020. Vol. 5, num 1.

36. Tachamo N. et al. Hypercalcemia associated with cosmetic injections: A systematic review. European Society of Endocrinology (2018).

37. Tolstrup A. et. al. Outcome Measures in Gender-Confirming Chest Surgery: A Systematic Scoping Rewiev. Aesth Plast Surg (2019).

38. Rooker S. et. al. The Rise of the Neophallus: A Systematic Rewiev of Penile Prosthetic Outcomes and Complications in Gender-Affirming Surgery. J Sex Med 2019; 16: 661-672.

39. Charlotte D. et. al. Genital Reconstructive Surgery in Male to Female Transgender Patients: A Systematic Review of Primary Surgical Techniques, Complication Profiles, and Functional Outcomes from 1950 to Present Day. Eur Urol Focus (2020).

40. Gooren L., T'Sjoen G. Endocrine treatment of aging transgender people. Rev Endocr Metab Disord (2018).

41. Muniz T. et al. Bone Mass Effects of Cross-Sex Hormone Therapy in Transgender People: Updated Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the Endocrine Society, 2019; 3 (5): 943–964.

La importancia de la inclusión del acompañamiento de las necesidades sociales de las mujeres trans como parte fundamental de su salud

Isidro García Nieto
Trabajador social y sexólogo.
Especialista en el acompañamiento de personas trans y LGBIQ+ y sus familias

Entre todos los derechos fundamentales de las personas, el derecho a la salud siempre ha estado situado como uno de los principales que había que garantizar a la ciudadanía. Así ha sido recogido tanto, en los marcos legislativos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, como también en las constituciones y principales leyes vertebradoras de cualquier país. Nuestra Constitución de 1978 no es una excepción y también lo recoge en su artículo 43, donde indica explícitamente que toda la ciudanía en nuestro país tiene derecho a la protección de la salud. Obviamente también las personas trans.

Pero, habitualmente como sociedad tendemos a manejar conceptos y definiciones simplistas sobre lo que es la salud, ligándolas de manera única a la lucha contra la enfermedad o la ausencia de la misma. Pero la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define desde 19461 de la siguiente manera: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Es decir, indica de manera clara, que para lograr un estado de salud óptimo es fundamental abordar esta cuestión desde una perspectiva biopsicosocial donde no se pueden perder de vista las cuestiones sociales. Ya que cada una de estas esferas están interrelacionadas, y, por ejemplo, el no poder acceder a un bienestar social adecuado dificultará gravemente que se pueda alcanzar un estado óptimo de salud.

El 10 de diciembre de 2017, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus Director General de la OMS, recordaba en su declaración pública el día internacional de los derechos humanos lo siguiente: *"El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. […]. Además, indicaba específicamente que "La marginación, la estigmatización y la discriminación tienen consecuencias nefastas para la salud física y mental del individuo.*

Por tanto, a la hora pensar en cómo lograr que las personas trans tengan acceso de manera real y completa a su derecho a la salud; además del tratamiento y cuidado de las posibles afecciones fisiológicas que pueda tener esta población diana o de los tratamientos médicos de modificación corporal que algunas personas trans puedan necesitar en su tránsito, también habrá que tener en consideración cuáles son las dificultades sociales que enfrentan. Si están estigmatizadas, si experimentan situaciones de exclusión social o discriminación, y el impacto que estas cuestiones pueden tener sobre su salud.

[1] La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Por eso es fundamental recordar que las personas trans experimentan un tipo de discriminación social específica que el resto de la población no tiene que sufrir; la transfobia social. Una actitud social que puede provocar la estigmatización y discriminación de este grupo y que puede afectar a cuál es su participación en la sociedad o el acceso a sus derechos sociales. Una discriminación específica que, obviamente, puede sumarse a otras que las personas trans también pueden experimentar de manera interseccional como la discriminación ligada a su género, su edad, su etnia, la diversidad funcional, etc. Ya que las personas trans, al igual que el resto de la población, no están conformadas por identidades únicas, si no que pueden verse atravesadas por distintas identidades y algunas de ellas pueden exponerlas al riesgo de sufrir discriminación o exclusión. Es debido a esta interseccionalidad de factores que pueden generar exclusión social, por la que, por ejemplo, las mujeres trans pueden ser especialmente vulnerables a la misma.

En lo relativo a la posible discriminación transfóbica, es importante definir qué es y cuál es su impacto en la vida de las personas trans. Podemos definir la transfobia social como una actitud hostil respecto a las personas trans y hacia la diversidad sexual y/o de género, que puede afectarlas de manera transversal y a lo largo de su vida en todos y cada uno de sus entornos vitales. Desde el entorno familiar o de amistades, al laboral o de estudios, o a la participación en espacios comunitarios, acceso a la sanidad o los servicios sociales. Limitando la capacidad que tiene este grupo de participar en la sociedad y acceder a derechos y bienes en igualdad de condiciones al resto de la sociedad. Una transfobia social que incluso sigue patologizando su realidad y provocando que las personas trans todavía estén consideradas como enfermas mentales en algunos manuales psiquiátricos como el DSM V. Única y exclusivamente por las actitudes sociales negativas que se siguen manteniendo ante la diversidad sexo genérica y específicamente ante aquellas personas cuya identidad de género es diferente de la asignada al nacer.

En los estudios publicados recientemente sobre el impacto de la transfobia en la vida de las personas trans encontramos datos que indican que la transfobia sigue campando a sus anchas. Por ejemplo, en el estudio "Discrimination in UE". Special Eurobarometer 493 de la Comisión Europea en el año 2019, podemos observar cómo la ciudadanía española opina que el segundo grupo que percibe como más discriminado en nuestro país es el de las personas trans (con un total del 58% de las respuestas), sólo superado por el de las personas gitanas. Una cifra que muestra que la percepción de la discriminación que sufre este grupo por parte de la ciudadanía española, es superior a la que se identifica que pueden experimentar las personas por otras cuestiones como cuál es su origen étnico, color de piel, orientación sexual, diversidad funcional, etc.

Además, este informe describe cuáles son las actitudes que tiene la ciudadanía europea respecto a las personas trans. Cuestiones como que, cuatro de cada diez europeos (35%) manifiesta que no se sentiría cómodo teniendo que compartir trabajo con una persona trans, que seis de cada diez europeos (57%) no estaría cómodo si su descendencia tuviera una relación con una persona trans o que casi la mitad (47%) no querría que el cargo electo más elevado del país (presidencia del Gobierno en nuestro caso) fuera una persona trans.

Estas actitudes hostiles en la ciudadanía acaban cristalizándose en una gran cantidad de conductas discriminatorias dirigidas hacia la comunidad trans. Según el estudio "Being trans in the European Union" elaborado por la Agencia de Derechos Fundamentales (FRA) de la Unión Europea, en la que se entrevistó a más de 6.500 personas de toda Europa, se obtuvieron datos escalofriantes sobre la discriminación que experimentan. El 54% de las

personas trans entrevistadas admitían haberse sentido discriminadas en el último año. Un 62% señala haber sido objeto de acoso. Un 8% haber sufrido algún ataque físico o sexual por ser percibido como trans.

Esta discriminación social basada en la transfobia puede tener un efecto negativo sobre el bienestar de las personas trans que puede apartarlas del funcionamiento general de la sociedad en mayor o menor grado, incluso llegando a situarlas en una situación de exclusión social. Para averiguar cuál es el alcance de este impacto, a continuación, se analizarán datos que indican cuál es la repercusión de la transfobia social en el uso, disfrute y consecución de algunos de sus derechos fundamentales. Cuestiones como la educación, el empleo, la vivienda o el acceso a bienes y servicios.

La LGTBIfobia en los entornos educativos es un hecho que ha sido contrastado una y otra vez a través de los diferentes estudios que se ha realizado en ese entorno. En uno de los más recientes que realizó COGAM, (Martin Vela et al, 2019), se apuntaba que: el 3% del alumnado manifestaba haber sufrido insultos y burlas por ser o parecer LGTBI; el 6% del alumnado había presenciado alguna agresión física por motivos LGTBIfóbicos; o que el 41% del alumnado trans manifestaba abiertamente que no se sentían aceptados/as/es como el resto.

Es por esto evidente, que podemos encontrarnos a un gran número de personas cuya identidad de género o expresión de género no se corresponde con la asignada al nacer, que estén siendo discriminadas por su diversidad sexogenérica en su centro de estudios. O que incluso sean víctimas de malos tratos o acoso en los mismos. Situaciones que pueden provocar que estas personas jóvenes fracasen en su itinerario formativo o incluso que los abandonen prematuramente; con las graves consecuencias que esto puede tener a la hora de realizar una correcta transición del mundo escolar al laboral, y por tanto generar graves dificultades para lograr una plena y efectiva participación en nuestra sociedad como personas libres y autónomas.

Pero la transfobia social como hecho transversal a la vida de las personas trans también podrá dificultar su acceso a otro derecho fundamental; el derecho al empleo.

En el estudio "La diversidad LGTBI en el contexto laboral en España", realizado en 2019 sobre la discriminación que sufre el colectivo LGTBI en los entornos laborales (Muñoz, O. (2019); indicaba que el 90% de las personas LGBT encuestadas opinaban que las personas trans tenían menos oportunidades de empleo y desarrollo profesional que cualquier otra persona debido a su identidad de género.

En los informes LGTBI de la Agencia Fundamental de Derechos Humanos, que la Unión Europea (FRA) edita periódicamente encontramos lo siguiente: en su informe de 2012 ya indicaba que el 38% de las personas trans de España participantes en el estudio habían respondido que se habían sentido discriminadas por su identidad de género mientras buscaban un empleo y que el 34% de ellas habían experimentado situaciones discriminatorias por ser personas trans en sus propios puestos de trabajo. (EU LGBT Survey, FRA (2012). En la actualización de ese informe de la FRA unos años después, en el año 2019, ese porcentaje aumentaba hasta el 42% de personas que durante el año precedente al estudio habían experimentado discriminación por ser trans, ya fuera mientras buscaban empleo, así como en su propio puesto de trabajo. Además, el análisis en profundidad de estos datos revelaba que, de todas las personas trans, aquellas que

habían experimentado una mayor discriminación eran las mujeres trans, que conformaban el 32% del total de personas que habían sido discriminadas. Tras ellas, el 27% de las personas trans fuera del modelo binario o del 21% de los hombres trans. (EU LGBT Survey II, FRA (2019).

Estos obstáculos para el acceso al empleo, a su vez, pueden verse agravados por el propio hándicap que algunas personas trans pueden tener, en el que caso de que debido al acoso escolar transfóbico experimentado se hayan visto obligadas a interrumpir tempranamente su educación formal, abandonando sus estudios. De esta forma estas personas trans con una menor preparación y cualificación profesional, tendrán una dificultad añadida a la hora de entrar al mercado laboral. Que sumada a las barreras de acceso antes mencionadas, puede acabar impidiéndoles su acceso a un empleo nornalizado, empujándolas a trabajos precarios y no cualificados o a la economía sumergida y las profesiones estigmatizantes.

La dificultad que sufre este colectivo diana para insertarse laboralmente tiene múltiples consecuencias, pero la más inmediata para ellas es el grave riesgo de exclusión social que puede conllevar. Personas que una vez son excluidas, y por tanto de alguna manera son expulsadas de la vida pública, pueden ser especialmente vulnerables a los circuitos de exclusión y tener graves dificultades para cubrir sus necesidades básicas, o acceder a bienes y servicios.

Como, por ejemplo, a la hora de acceder a otro derecho fundamental. El derecho a tener una vivienda digna.

El informe de la Agencia Europea de derechos Fundamentales (EU LGBT Survey II, FRA (2019) indica que un gran número de personas trans han experimentado dificultades relativas a la vivienda. En cuanto a cuáles eran las razones por las que habían tenido esas dificultades, el 37% de las personas trans españolas manifestaban que su dificultad para tener una vivienda tenía que ver con haber experimentado problemas con la familia o con la pareja por cuestiones transfóbicas; o directamente asociaban esa dificultad a la discriminación social experimentada debido a su identidad/expresión de género (15%). Incluso el 31% de estas personas trans manifestaban haberse sentido discriminadas por serlo cuando querían alquilar o comprar una casa.

Todas estas cuestiones pueden terminar empujando a un porcentaje de personas trans al peor de los escenarios posibles respecto a la situación residencial, el hecho de ser personas sin hogar. En el mismo informe de la FRA antes mencionado un 6% de las personas trans en España denunciaron que en el año 2019 tuvieron que dormir en la calle o en algún espacio público.

Teniendo en cuenta que en un texto de las dimensiones de éste es imposible detallar en profundidad cuáles son los posibles efectos que puede tener la transfobia social en el bienestar de las personas trans según las múltiples investigaciones que se han realizado hasta el momento. Sí que será importante tomar las indicadas hasta el momento como una prueba de que el efecto transversal de la discriminación transfóbica que sufren las personas trans, y especialmente las mujeres trans, puede provocar que tengan serias dificultades a la hora de acceder a sus derechos fundamentales y por tanto puedan ser especialmente vulnerables a la exclusión social.

Esta discriminación y estigma social transfóbico que experimentan las personas trans y que impacta especialmente sobre las mujeres trans tal y como hemos visto, es algo que deberá

ser tenido en cuenta como un factor que puede poner en riesgo la salud de las mujeres trans en sus tránsitos y a lo largo de sus vidas. Por tanto, incluir el acompañamiento especializado por parte de profesionales del trabajo social o la educación social, en los servicios de atención sanitaria transespecífica que se ofrece desde los sistemas públicos de salud; será fundamental para fomentar la salud y bienestar de aquellas personas trans que así lo necesiten a la hora de transitar. Una atención que debe ser garantizada desde los entornos públicos de atención sanitaria y proveída por profesionales especializados en la atención de personas trans que conozcan perfectamente cuáles son las diferentes realidades trans y sus necesidades específicas.

Pero ya sabemos que en nuestro país las competencias sanitarias están transferidas, y actualmente no en todas las comunidades autónomas existen servicios de atención sanitaria transespecífica dentro de la cartera pública de servicios sanitarios. Y en aquellas donde existe este tipo de servicios especialmente destinados a personas trans, en casi ninguno de ellos está incluida la figura del trabajador social o educador social como un miembro más del equipo que acompaña a las personas trans que necesitan apoyo sanitario durante sus tránsitos. ¿Cómo es posible que teniendo en cuenta todos los factores de exclusión social antes descritos y el efecto decisivo que estas cuestiones sociales tienen sobre la salud de las personas; no haya figuras profesionalizadas que acompañen a las personas trans a la hora de afrontar las dificultades sociales que puede provocar la transfobia social a lo largo de sus tránsitos?

En muchos casos se entiende que estas necesidades sociales no necesitan ser abordadas por profesionales de la intervención social dentro de los servicios de atención sanitaria transespecífica, ya que para eso existen los servicios sociales generales donde pueden ser atendidas. Espacios de atención cuyo objetivo es combatir la desigualdad social y dotar a la población de unas cotas mínimas de cobertura en sus necesidades sociales con el fin de evitar los procesos de exclusión social.

A priori, esta podría ser una buena solución. Pero, ¿son los entornos de atención social de los servicios sociales un espacio que cuenta con profesionales con una sensibilización y formación suficiente sobre cuáles son las necesidades específicas de las personas trans? ¿Son considerados actualmente en nuestro país por las propias personas trans como espacios transinclusivos y seguros? ¿Es posible que los servicios sociales, que tienen como finalidad combatir la desigualdad social y garantizar la cobertura de las necesidades sociales básicas; presenten barreras que dificulten el acceso o la atención de las personas trans?

A la hora de responder a estas preguntas hay que reconocer que existen pocos estudios y estadísticas realizados en nuestro país que hayan cuantificado específicamente el impacto de la transfobia social en la atención que reciben las personas trans en los nuestros servicios sociales. Pero sí podemos encontrar referencia a este asunto en los estudios de la FRA antes mencionados.

Según estos informes, (EU LGBT Survey, FRA (2012) (EU LGBT Survey II, FRA (2019), en el 2012 indicaban que el 19% de las personas trans encuestadas manifestaban haberse sentido discriminadas durante los 12 meses precedentes al estudio por el personal de los servicios sociales en España. En la actualización de este estudio publicado en el año 2019; esta cifra de personas trans que denunciaban haber sido discriminadas en los servicios sociales o sanitarios en España aumentaba hasta el 39%. Ambos porcentajes superiores a

la media europea.

Estos datos están basados en las experiencias que las propias personas trans habían tenido a la hora de acudir a sus centros de servicio sociales, y pone de manifiesto que todavía queda un largo camino que recorrer para que estos servicios sean lugares seguros para las personas diversas sexo genéricamente. Las bases de estas dificultades siguen siendo los prejuicios y la falta de conocimientos sobre la realidad de las personas trans que desgraciadamente todavía existen en estos entornos de atención.

La anticipación que muchas personas trans hacen sobre las diferentes formas de trato inadecuado o discriminación que creen que pueden encontrar en estos entornos, o que ya se han encontrado según experiencias previas; a menudo puede actuar como barrera para buscar la atención necesaria y puede acabar impidiendo que este grupo pueda obtener los servicios, ayudas y prestaciones que necesiten. Es por esto que, diferentes autores han referido en sus publicaciones la importancia de que el trabajo social y las personas que desarrollan su labor profesional en los servicios sociales comiencen un proceso de reflexión sobre la diversidad sexual y de género con el fin de ayudar a crear un espacio seguro para las personas trans en la sociedad y específicamente en los servicios sociales. (Burdge, B. J. 2007) (Erich, Boutte - Queen, Donnelly y Tittsworth, 2007). Procesos relativos tanto, a la formación del personal, así como a la implementación de una serie de medidas que tengan como fin que los servicios sociales sean más transinclusivos. Cuestiones que deberían ser investigadas en profundidad con el fin de identificar cuáles son las barreras que actualmente están experimentando las personas trans en los servicios sociales, además del desarrollo de planes de acción y guías de buenas prácticas que sirvan de ayuda para erradicar la discriminación en los mismos.

En muchos casos la principal barrera que manifiestan sufrir las personas trans a la hora de acceder a los servicios sociales es la incidencia de un trato percibido como discriminatorio por el no reconocimiento de su identidad de género o su nombre sentido por parte de las personas que trabajaban en los mismos. Esta discriminación o rechazo en pocas ocasiones es directa, pero sí que suele presentarse en otras formas más sutiles, o bajo la forma de la curiosidad inapropiada. Pero, que estas situaciones sean menos directas no significa que sean menos dañinas, ya que pueden afectar seriamente la capacidad que tenga una persona trans usuaria de servicios sociales para entablar una relación de ayuda adecuada con las personas proveedoras de apoyo en los servicios sociales y por tanto configurarse como una dificultad para poder acceder a sus derechos sociales.

Muchas de las personas trans que acuden a los servicios sociales puede que todavía no hayan podido acceder a un reconocimiento legal de su nombre y género y, por tanto, a la hora de ser nombradas, o recibir acreditaciones o informes como usuarias o beneficiarias de algún servicio; desgraciadamente en muchos casos todavía lo harán según su nombre y género registrado en el momento del nacimiento. En la mayoría de las ocasiones ese uso inadecuado del nombre y el género en estos entornos de atención parece ser accidental o fruto de las dificultades legales antes mencionadas; pero en algunos casos más graves las personas trans manifiestan que esas conductas son intencionadas por parte de las personas que trabajan en los servicios sociales.

Llegados a este punto hay que tener en cuenta que, en muchos casos, estas dificultades relativas al uso de nombre y el género de las personas trans en los servicios sociales y en cualquier otro servicio público, están basados en lo complicado que actualmente es el

proceso de reconocimiento legal del nombre y el género en el DNI para las personas trans en nuestro país. Un reconocimiento que está establecido en la ley 3/2007 y que sigue basándose en criterios patologizantes y medicalizantes de las identidades trans y que debería ser modificada cuanto antes.

Con el fin de compensar esta dificultad y garantizar el uso adecuado del nombre y género de las personas trans en los entornos de atención sociosanitaria, es cierto que actualmente existen legislaciones autonómicas que ya han estipulado qué hacer con este asunto. Para que, aunque una persona no haya podido acceder todavía al reconocimiento legal de su nombre y género en su documento nacional de identidad, sí que pueda ser identificada e incluso acceder a documentación acorde con su nombre y género autopercibidos. Documentos tal y como su tarjeta sanitaria, tarjeta de transporte o cualquier otra acreditación como persona beneficiaria de un servicio público; que tendrá derecho a que se emita haciendo referencia a su nombre y género autopercibidos aunque todavía no haya podido acceder al reconocimiento legal del nombre y el género en el DNI. Este tipo de avance legal, permite garantizar el uso adecuado del nombre y género de las personas trans en los entornos de atención sociosanitaria y evitar los efectos negativos que tiene para las personas trans el no respeto de los mismos. Pero es importante recordar que, estas legislaciones autonómicas que protegen los derechos de las personas trans no están generalizadas en todos los territorios de nuestro país. Y a falta de una ley estatal que establezca de manera homogénea e igualitaria la protección de los derechos de las personas trans en todo el Estado, podrán beneficiarse o no, de esta protección dependiendo del lugar en el que hayan nacido. Así que esta es una cuestión que desgraciadamente le sigue sucediendo diariamente a muchas personas trans y que sigue incidiendo sobre su bienestar social y sanitario.

Otra de las cuestiones de las que muchas personas trans se quejan, es de la falta de conocimiento que existe sobre sus procesos y necesidades específicas desde los entornos de losse rvicios sociales. (Stotzer et al, 2013) Por eso es fundamental que, las personas que desempeñan su labor en los servicios sociales puedan acceder a formación e información que les permita ampliar sus conocimientos sobre diversidad de género y diversidad sexual y así poder realizar una atención más adecuada. Un proceso que siempre debe partir de la reflexión individual y el cuestionamiento de la educación tradicional recibida para llegar a entender la necesidad de una modificación de las estructuras de atención social existentes en la actualidad. Una formación que no se centre únicamente en la capacitación del personal sobre las identidades trans. Si no que aborde el hecho de la diversidad sexual de una manera amplia y compleja, que les permita reconocer que el género puede ser una experiencia que va más allá de las concepciones binarias y que puede abarcar un amplio espectro de anatomías, comportamientos y creencias. Sólo de esta manera se logrará crear un espacio transinclusivo, donde no haya personas que retrasen o eviten acudir a los centros de servicios sociales a solicitar apoyo por miedo a no ser tratados adecuadamente debido a la transfobia o donde identidad de género no sea respetada.

De esta manera llegaremos a una serie de **conclusiones**:

Si se desea alcanzar el objetivo de que las personas trans gocen de un buen estado de salud; algo que va más allá del tratamiento y cuidado de las posibles afecciones fisiológicas que pueda tener esta población diana, o de los tratamientos médicos de modificación corporal que algunas personas trans puedan necesitar en su tránsito. También habrá que ofrecerles espacios donde poder recibir información, acompañamiento y herramientas con

el fin de abordar las posibles dificultades sociales que puede causarles la transfobia durante sus tránsitos. Ya que la salud, debe ser abordada desde una perspectiva biopsicosocial donde el cuidado de las necesidades sociales forme parte de un cuidado integral de la salud. Una cuestión que es especialmente importante en el caso de las mujeres trans, ya que como hemos visto son uno de los grupos que sufren un mayor impacto de la posible discriminación y estigma que puede generar la transfobia social.

Debería ser proveída por parte de profesionales del trabajo social o la educación social especializados en el acompañamiento de personas trans, que tendrían que estar insertos en los equipos destinados a abordar la atención sanitaria transespecífica en la sanidad pública. O asegurar que, en aquellos casos en los que esta realidad no fuera posible, las personas trans que fueran derivadas a los servicios sociales generales, recibieran atención desde espacios seguros y transinclusivos.

Tal y como ya se ha indicado, en la actualidad muchas personas trans se han sentido discriminadas en los entornos de atención social y/o en los servicios sociales; y la principal causa de este trato inadecuado que han recibido ha sido la falta de información y formación que tienen estos equipos de trabajo sobre las necesidades específicas de las personas trans. Desconocimiento que debe ser abordado inmediatamente a través de la puesta en marcha de campañas de formación para profesionales que desarrollan su labor profesional en los servicios sociales de nuestro país con el objetivo de transformarlos en espacios respetuosos con la diversidad sexual y /o de género.

Porque tal y como se ha indicado, tener espacios de atención social dentro de la atención sanitaria transespecífica, o unos servicios sociales más transinclusivos, permitirían un abordaje más eficaz de las posibles consecuencias sociales que la transfobia pueda tener sobre la vida de las personas trans, y por tanto fomentarían un cuidado más completo e integral de su salud. Una cuestión que debería ser tenida en cuenta en el desarrollo de futuras políticas sanitarias con el fin de lograr el objetivo de que las personas trans puedan acceder a las máximas cotas de bienestar y cuidado de la salud.

Bibliografía

Burdge, B. J. (2007). Bendinggender, endinggender: Theo- reticalfoundationsfor social workwith the transgendercommunity. Social Work, 52, 243–250.

Erich, S., Boutte´-Queen, N., Donnelly, S., &Tittsworth, J. (2007). Social workeducation: Implicationsforwork- ingwith the transgendercommunity. The Journal of Baccalaureate Social Work, 12(2), 42–52.

FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). Being trans in the european union.

Luxembourg: Publ. Office of the Europ. Union.

FRA– European Union Agency for Fundamental Rights. (2012), EU LGBT Survey. European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Luxembourg: Publ. Office of the Europ. Union.

FRA– European Union Agency for Fundamental Rights. (2019), EU LGBT Survey II. European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Luxembourg: Publ. Office of the Europ. Union.

Martín Vela, J. A., Guilló, S., Gatti, M., Rodríguez Valdés, P., Baeza Sánchez, P., Ferrándiz, J. L., & López Santos, J. (2019). LGTBFOBIA en las aulas 2019. (). Madrid: COGAM. Retrieved from https://cogam.es/wp-content/uploads/2020/04/LGBTfobia-en-las-aulas-2019.pdf

Muñoz, O. (2019). La diversidad LGTB en el contexto laboral español: Estudio sobre la situación de inclusión de las personas LGBT en el ámbito del trabajo. ().

Rebecca L. Stotzer, Perry Silverschanz&Andre Wilson (2013) GenderIdentity and Social Services: BarrierstoCare, Journal of Social ServiceResearch, 39:1, 63-77, DOI: 10.1080/01488376.2011.637858

Atención psicoterapéutica a mujeres trans desde una perspectiva transpositiva

Sore Vega

Asignade mujer al nacer, me considero una persona fuera del espectro del género binario, aunque en el 99.99% de las ocasiones, se me lee como mujer y se me nombra en femenino. Utilizo pronombres neutros -morfema "e"-. Con estudios universitarios, sin discapacidad, de clase obrera, etnia blanca, 54 años. Actualmente estoy realizando el Doctorado del Programa Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo del Departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la UAB, y centro mi investigación en explorar las narrativas de personas que se nombran fuera del binarismo de género y sus estrategias de resistencia en un mundo binario. Otras formaciones destacables son: Licenciatura en Psicología por la UAB, Máster en Terapia Cognitivo-Social por la UB, Postgrado en Terapia Breve Estratégica por la UdG, Máster en Coaching y PNL por el Instituto Gestalt de Barcelona. Impulsore de la atención psicoterapéutica en Trànsit, el servicio público de salud de referencia para personas trans y no binarias del Servei Català de la Salut. También ejerzo en la consulta privada acompañando a personas con identidades y sexualidades diversas desde una perspectiva marcadamente integradora y trans-positiva-queer-nómada. Formadore en temática trans y no binaria. Actualmente colaboro con Beyond Binary en proyectos específicos.

En este artículo se recoge una parte del trabajo realizado como profesionales acompañando a personas trans, no binarias y géneros expandidos, tanto en Trànsit como en la consulta privada. Pretende mostrar ejemplos de prácticas transpositivas y sus beneficios en el bienestar psicológico del colectivo, y así transferirla como un recurso sociosanitario en los procesos de transición para las mujeres trans que así lo demanden. En el primer apartado expondré el estado de la cuestión: históricamente la psicología ha basado su práctica clínica en un paradigma marcadamente tránsfobo, por lo que urge la necesidad de incorporar la perspectiva trans en esta disciplina. En un segundo punto se abordará las características de una psicología transpositiva que, inspirada en las demandas y necesidad del colectivo trans, plantea una atención integral y colaborativa. Por último, concretaremos el trabajo específico desde un acompañamiento de estas características con mujeres trans.

1. La incorporación de la perspectiva trans en la Psicología

La Psicología mainstream, para hacer justicia histórica, debería pedir perdón al colectivo de personas trans, con identidades expandidas y orientaciones sexuales no heterosexuales por sus prácticas negligentes que han incluido entre otras: terapias aversivas, terapias de conversión, invisibilidad de géneros no conformes; consideración de las identidades trans como desviaciones patológicas y, en la actualidad, terapias transreparativas contra las personas menores y adolescentes con identidades diversas que siguen siendo objeto de una mirada clínica y reparadora. En definitiva, un legado importante que ha marcado la mirada de la sociedad hacia la diferencia como una condición médica, lo que ha comportado, finalmente, que las teorías médicas sobre la identidad trans hayan ganado el terreno a cualquier otra explicación de las experiencias fuera de la conformidad de género

asignado al nacer. Es lo que Evan Vipond (2015) define como narrativas transnormativas. Biografías que han marcado profundamente el devenir de subjetividades dependientes, en cierta manera, del estamento médico para subsistir: "atrapadx en el cuerpo equivocado"; "si soy trans necesito modificar mi cuerpo"; "se nace transexual" (Kinnon Ross MacKinnon, 2018). Estos discursos transnormativos tienen consecuencias directas en la salud de las personas trans ya que refuerza un paradigma esencialista y binario que invisibiliza la propia realidad de éstas, tan diversa como rica en vivencias. Esta diversidad es acallada para conformar una cisnorma que le dé un sentido positivo a su identidad, dañada históricamente por el imaginario cisheteronormativo.

Desde la aparición en 1966 del concepto de transexualidad, acuñado por Harry Benjamin, tanto la psiquiatría como la psicología han patologizado a las personas que han mostrado diversidad de género respecto a los estándares masculinos y femeninos, legitimando el sistema de género binario. Esto ha supuesto interponer las prácticas psicológicas clásicas entre la persona y el derecho a su autodeterminación y autonomía, entendiendo que son los profesionales expertos en salud mental los que están en posesión de la verdad ejerciendo su poder y autoridad como profesionales. Esta es la misma psicología que en la actualidad se asume como verdadera y real (Ibáñez, 2005 en Ovejero y Ramos 2011). La misma que, a través del diagnóstico basado en los criterios del DSM, es capaz de decidir cómo las personas trans y no binarias deben actuar, sentir la identidad y categorizarla para poder acceder a los servicios de salud pública específicos para el colectivo: terapia hormonal, cirugías, terapia psicológica, seguimientos de la salud durante la transición, cambios de género y sexo en los documentos oficiales, etc.

Un repaso a las teorías, metodologías y prácticas clínicas utilizadas por la psicología hasta el día de hoy, nos permite constatar que la mayoría están comprometidas con el mantenimiento y defensa del sistema binario[1] y, a su vez, diagnostican, tratan y curan a personas disidentes de los modelos impuestos como únicos, correctos y normales. La curación de estas personas es, en este paradigma, cumplir los requisitos de disforia[2] para poder ser reconocidas como personas transexuales y ser derivadas al sistema público de salud. Son entonces atendidas bajo el diagnóstico de disforia de género, según el DSM5, o cualquier otra categoría que ponga en evidencia una anomalía del sistema, una desviación o una patología.

Para dar esperanza al colectivo –y a la práctica psicológica– exploraremos una experiencia vital para las personas trans, promovida por las propias personas trans a través de la Plataforma transforma la salud[3]. Para ello nos vamos a situar en Barcelona. Esta ciudad cosmopolita experimentará durante la primera década del siglo XXI un auge importante del activismo trans, materializado en un notorio movimiento internacional que lucha por la despatologización de las personas trans y por la cobertura médica de los tratamientos hormonales y quirúrgicos del colectivo. Como resultado de las luchas activistas, en Catalunya se promulgó la ley 11/2014 que protege a las personas trans de las prácticas psicopatologizadoras y, por lo tanto, las libera de la obligación de someterse a cualquier tipo de diagnóstico en relación a las identidades de género no conformes para ser

[1] Sistema que entiende que sólo hay dos géneros (hombre y mujer) determinados en el nacimiento sobre la base binaria biológica de macho y hembra.

[2] Se entiende comúnmente por disforia al rechazo que siente la persona trans por su cuerpo asentado en una concepción binaria del mismo.

[3] https://transformalasalut.wordpress.com/

reconocides[4] en ellas. Estas demandas sobre la salud de las personas trans se ven culminadas en el documento creado por la Plataforma transforma la salud donde se recogen:

> *"las reivindicaciones de los colectivos de personas trans para una mejora del modelo de asistencia a la salud dirigido a los organismos públicos de Cataluña competentes en esta materia. Desde el colectivo trans consideramos que es hora de dejar de ser una parte pasiva en el engranaje asistencial, y consideramos que el modelo patologizador actual vulnera los derechos humanos y nuestra dignidad como personas. En consecuencia, presentamos esta reivindicación, que nace de nuestra experiencia directa y de nuestras vivencias"* (p. 3)[5].

La crisis social y el activismo trans creciente en Barcelona sirvió de estímulo para la crisis clínica y profesional en este campo. En noviembre de 2017, se pone oficialmente en funcionamiento el servicio público de atención a la salud de las personas trans, Trànsit, de la mano de un grupo reducido de profesionales de la salud, multidisciplinar y marcadamente transpositivo. Aunque este servicio se puso en funcionamiento en mayo de 2013 gracias a la dedicación voluntaria de unes profesionales comprometides con el proyecto. El equipo terapéutico de Trànsit, conscientes del dolor y el daño que históricamente han hecho las prácticas psicológicas meanstream, ha venido dando forma en los últimos 6 años a lo que hoy conocemos como una Psicología transpositiva. Una psicología que dignifica a las personas Trans, no binarias y de géneros expandidos y que crea espacios de apoyo a sus identidades y experiencias diversas. Estas prácticas beben de fuentes muy diversas. A nivel teórico cabe destacar: la Terapia Narrativa, la Teoría Queer, los Estudios transgénero y el nomadismo; y a nivel de procesos, los más destacables son: un enfoque constructivista narrativo, un enfoque en la autodeterminación, atención en el uso del lenguaje para generar realidades afirmativas, un enfoque centrado en soluciones, el desarrollo de actitudes reflexivas y críticas en relación a las estructuras heteronormativas de género, y el desarrollo de conocimiento sobre género y los sistemas de opresiones y derechos adquiridos. Estos procesos también se apoyarán, en parte, en las Directrices para la práctica psicológica con personas transgénero y personas no conformes con el género asignado al nacer de la Asociación de Psicología Americana (la APA)[6].

2. Perspectiva transpositiva en psicoterapia

Una perspectiva transpositiva pone el foco en la persona de manera integral y reconoce su espacio de libertada de género. A nivel de intervención, promueve una serie de transiciones importantes en la posición y en los objetivos terapéuticos inspirados en la propuesta de Kenneth Gergen y Lisa Warhum en su artículo "La terapia como construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias", 2001. Las transiciones claves que ayudan a modelar esta perspectiva son:

---

[4] Se utilizará de manera genérica el fonema "e" para hacer referencia a un posible genérico fuera de marcadores binarios del lenguaje. A veces, también se podría usar indistintamente "x" con la misma intención.

[5] https://transformalasalut.files.wordpress.com/2016/09/model-salut-trans.pdf

[6] https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf

1. **Pasar del diagnóstico psicológico a la autodeterminación** de la identidad de género a través de un dialogo entre personas expertas (clienta y psicoterapeuta). Sólo la persona trans puede decidir y autocategorizarse en su identidad. Para conocer la identidad de la persona es necesario preguntar y dar credibilidad a su vivencia. Por este motivo, en el espacio terapéutico no se trabaja con evaluación o diagnóstico -no son necesarios los test psicológicos-, por contra, se crea un espacio de apoyo afirmativo que permita explorar con libertad y sin prejuicios las identidades de géneros o no género. De esta forma, se establece un encuentro dialógico dónde acompañar a la persona en sus necesidades respecto a la transición desde la escucha activa y sin juicios.

2. **Pasar de la consulta experta a la colaboración**: se desmonta la relación de poder entre profesional y paciente para pasar a un diálogo "de experte a experte", dónde la persona trans es experta en sus vivencias e identidad y nosotres, como profesionales, expertes en los procesos psicológicos subyacentes. Esta relación se refleja en el uso de un lenguaje afirmativo, utilizando los pronombres y el nombre escogido por la persona. Ser conscientes del marcaje de género del lenguaje y utilizarla de manera adecuada en función de la persona y sus preferencias. También se puede utilizar lenguaje libre de heteronorma como podría ser: pareja, persona, criatura, ares (madres y padres), etc. Todas estas prácticas contribuyen a esta relación colaborativa dónde la atención psicológica es algo opcional y a petición de la persona (se venía de un modelo dónde la puerta de entrada al derecho a la salud de las personas trans era a través de un diagnóstico psicológico). De hecho, sólo el 19% de personas atendidas en Trànsit pasa por acompañamiento terapéutico en alguna de sus modalidades: individual, grupal o multifamiliar; de este porcentaje el 45% representan mujeres trans.

3. **Pasar de la concepción binaria del género** -sólo existen dos género, hombre o mujer- **a las múltiples posibilidades de experiencias**. Entender que la identidad de género es un proceso de construcción subjetivo multidimensional. Esto implica romper con la premisa que la identidad es una representación psicológica de la anatomía genital y que sólo existen dos géneros. Por el contrario, es importante entender que el género es un constructo no binario con una gama amplia de experiencias y subjetividades. Es importante, desde el rol profesional, estar informade de la continua evolución de las experiencias y terminología nueva en relación a las identidades de género o no géneros. Otro aspecto que genera mucha confusión entre profesionales, e incluso también dentro del colectivo, es la importancia de entender que la identidad de género es independiente de la orientación sexual y afectiva, aunque está íntimamente relacionada, de tal manera que, al modificar la identidad, la orientación se puede ver afectada, no sólo en la etiqueta correspondiente (heterosexual, lesbiana, gay, entre las más comunes) sino también en el deseo hacia la masculinidad, feminidad, rol, expresión, etc. Entender, a su vez, cómo afecta la interseccionalidad en las transiciones de géneros: edad, clase, diversidad funcional, etnicidad, religión, experiencias sobre los géneros, entre otros.

4. **Pasar del esencialismo a la conciencia de construcción socio histórica y biográfica**: el género es una construcción social y puede ser variable a lo largo de la vida y no viene determinado por los genitales de la persona. Por tanto, puede aparecer la necesidad de cuestionarse el género asignado al nacer en cualquier momento vital, independientemente de la experiencia que se haya tenido hasta ese momento. Una de las narrativas transnormativas que más daño han causado al colectivo es aquella que hace referencia a las vivencias de género no conforme durante la infancia, esto se refiere a la idea extendida de "para ser trans, tienes que serlo desde pequeño". Esto también va a significar desmontar

una de las condiciones de autenticidad trans más elaboradas por el discurso médico y las psys (psiquiatría y psicología).

5. **Pasar de una pretendida neutralidad a una práctica clínica crítica** que pone en evidencia que existe estigma, violencia y transfobia social y que para ejercer un buen trabajo terapéutico es imprescindible un compromiso con una ética radical de la transformación (Rosi Braidotti, 2018) y un compromiso con la lucha del colectivo trans.

Entender que las personas trans, no binarias y con géneros expandidos son objeto de estigma, discriminación y violencias cotidianas que pueden provocar un gran sufrimiento y, en casos extremos, problemas psicológicos graves (depresiones, ansiedad, comportamientos autolíticos, estrés postraumático, desórdenes alimenticios, entre otros). Por este motivo, entender que es esencial la implicación en el cambio social por parte de les profesionales para reducir los efectos negativos del estigma y las violencias en la salud y el bienestar de las personas trans. Es importante conocer y estar en contacto con el asociacionismo y activismo trans de la comunidad, lo que aporta conciencia y actualidad sobre las necesidades y reclamos del colectivo. Todas estas acciones tienen que ser realizadas adoptando una actitud autocrítica. Entender de qué manera la propia construcción del género de le profesional puede influir en la relación terapéutica. Es imprescindible escapar a las lógicas binarias para realizar una intervención limpia de prejuicios, estereotipos y narrativas transnormativas.

3. La importancia de una atención psicoterapéutica transpositiva en los recursos sociosanitarios a mujeres trans

Hasta este punto se ha descrito una práctica clínica que es común a cualquier persona que se sienta fuera del género asignado al nacer, sea cual fuere su género autoafirmado o no sentido. En este apartado se incidirá en aquellos aspectos trabajados en la atención terapéutico que son propias de las mujeres trans. No pretende ser una exposición exhaustiva, pero sí ilustrativa de las cuestiones que atraviesan a las mujeres trans, por ser mujeres y por ser trans, dos intersecciones que condicionan la manera de transitar y vivir en un mundo cisheteropatriarcal.

Una premisa obvia en la atención terapéutica es que no se puede hablar de las mujeres trans como un colectivo homogéneo y con necesidades vitales similares. Por contra, la variedad es tan grande como las posibles combinaciones de *interseccionalidades*; a saber: edad, momento de inicio de la transición, apoyo familiar, nivel de *passing* (capacidad de ser reconocida como mujer cis[7] a ojos de una sociedad con mirada binaria y *cissexista*), lugar de procedencia, calidad de los vínculos afectivos, estatus económico, desempeño profesional, deseos y prácticas sexo-afectivas, relaciones de parejas, descendencia o no, religión, etnia y salud física y metal. Aprender a manejar las posibles dificultades y/o conflictos que pudieran aparecer por la concomitancia entre estas intersecciones es de una gran significación en el trabajo terapéutico.

Por otro lado, sí podemos hablar de un eje común de opresión que las atraviesa a todas, este sería la mirada transfóbica de una sociedad cisheteronormativa, donde la mujer trans ocupa el último eslabón de una cadena de privilegios sociales dentro de un sistema de

[7] Acordamos definir Cis como la persona que se siente conforme con el género asignado al nacer.

poder. Podemos decir que las demandas específicas terapéuticas como mujeres trans son, en una considerable parte, consecuencia del estigma y la discriminación que padecen por vivir en una sociedad con este modus operandi. Y será cometido de la atención psicológica, tal y como apunta Anneliese A. Singh (2013), destacar y fortalecer el desarrollo de las competencias y la resiliencia de las personas trans y no conformes a medida que aprenden a manejar la intersección de identidades estigmatizadas.

Se detallan a continuación algunos aspectos importantes a tener en cuenta en la atención psicoterapéutica transpositiva a las mujeres trans.

3.1. Diagnósticos erróneos. La utilización de los problemas de salud mental para invalidar la identidad de género.

A lo largo de nuestra práctica profesional acompañando a personas trans, nos he encontrado en muchas situaciones dónde, sobre todo las mujeres trans, llevan el peso de diagnósticos de enfermedades mentales de todo tipo: depresión, obsesiones, trastornos alimentarios, trastorno límite de la personalidad, etc. Es un lastre en muchos sentidos, pero el que condiciona de una forma directa la construcción identitaria tiene lugar cuando la concomitancia con una enfermedad mental es utilizada para cuestionar el género de la mujer trans. Especialmente cuando la propia persona ha interiorizado la identidad como una identidad no sana que le dificulta las relaciones interpersonales e intrapersonales.

En este punto, es conveniente clarificar varias cuestiones. En primer lugar, si las mujeres trans presentan un índice más elevado de diagnósticos que el resto de personas con géneros no conformes, puede explicarse debido a su visibilidad en la sociedad como mujeres trans y, por lo tanto, a altos niveles de secuelas psicológicas negativas relacionadas con el estrés de minorías, que tiene que ver con el estrés asociado al estigma y las violencias derivadas de la doble condición de ser mujer y ser trans (Michael Hendricks & Rylan Testa, 2012). En segundo lugar, es importante remarcar que cuando se experimenta un estado de salud mental, éste puede estar influenciada por un tema de identidad. Por ejemplo, esto sucede con los desórdenes alimentarios cuando están influenciados por una voluntad de querer evitar los cambios en las formas masculinas del cuerpo. En estos casos, afirmar la identidad trans de la persona ayuda notablemente a disminuir los síntomas previos. Tercera cuestión, la identidad de género no lleva asociada por defecto ninguna enfermedad mental y no será necesaria ninguna evaluación psicológica previa ni diagnóstico diferencial. En su lugar, un acompañamiento que incluya, como señala Rupert Raj (2002), "valorar positivamente, afirmar, apoyar, alentar y empoderar a las personas transgénero" será la postura terapéutica transpositiva que asegure una buena salud mental para las mujeres trans. En ningún caso, se puede utilizar un estado de salud mental -diagnosticado o no- como excusa para dificultar o invalidar una identidad de género no normativa. Esta práctica puede generar serios problemas psicológicos y por lo tanto es una práctica dañina para la persona.

3.2. La violencia contra las mujeres trans.

Hay un elevado porcentaje de mujeres trans sometidas a múltiples tipos de estrés relacionados con su identidad de género y que pueden incluir: dificultades en la identidad, incapacidad para fomentar relaciones estables, dificultades para modulares estados emocionales, disociaciones, dificultades de mantener límites y seguridad personal, entre los más importantes (Laurie Pearlman y Christine Courtois, 2005). El trauma y la transfobia

interiorizada hacen que la persona tienda a minimizar o ignorar las consecuencias de este trauma, lo que provoca una indefensión a la hora de buscar explicación a las vivencias psicológicas de malestar y, sobre todo, a poder actuar para minimizar las consecuencias. En estos casos, la terapia ayuda a poner consciencia sobre el propio trauma para que la persona pueda hacerse cargo y trabajarlo debidamente en un contexto terapéutico seguro. Un porcentaje muy elevado de mujeres trans que han pasado por terapia (en Trànsit asciende al 87%) han expresado haber vivido violencia interpersonal tanto en la calle (violencia física, comentarios tránsfobos, miradas abusivas, acoso, entre otras), como también en el propio domicilio o a nivel institucional (sistema educativo, policía, profesional médico, etc.).

Nos vamos a detener especialmente en la violencia que puede ejercer le profesional en el espacio terapéutico, por ejemplo: utilizar un lenguaje inadecuado que incluya prácticas como el misgendering o malgenerizar; usar vocabulario inadecuado para las personas trans; desacreditar las vivencias de las mujeres trans sobre su género autoafirmado o su proceso vivencial; equivocarse al confundir orientación sexual e identidad de género -algo que puede ocasionar a la persona que viene confundida por este tema serios problemas identitarios -; centrarse en lo trans en lugar de atender la demanda explícita. Y un nivel mucho más elevado de negligencia profesional, supone hacerse pasar por especialista del tema e incurriendo en graves daños como es la patologización de la identidad trans, el uso acrítico de diagnósticos como el trastorno de la personalidad o psicóticos, o no ser conscientes de los propios prejuicios y tendencias sobre el género[8]. Pero quizá, una de las violencias más complejas de erradicar por la introyección que algunas mujeres trans han hecho de este mandato social es la violencia que ellas pueden llegar a autoinflingirse. Se refiere a conductas como: intentos de suicidio, autolesiones, odio a su propio cuerpo, baja autoestima hasta el autodesprecio, vergüenza, dificultades con las relaciones, soledad, abandono de sí misma... En estos casos, como apunta Pete Walker (2019) el mejor trabajo terapéutico consiste en inducir un autopoder para que sean dueñas de sus propias vidas: "la vergüenza y el autodesprecio no empezaron conmigo, pero con todo mi corazón me digno a que terminen conmigo". Es muy oportuno clarificar en este punto que al igual que la construcción de lo binario es estructural y colectiva (Margot Pujal y Patricia Amigot 2010), deshacerlo y ampliarlo también es una responsabilidad colectiva, no debe interpretarse que esta carga recae en la mujer trans, de ahí la necesidad de una implicación social y política para erradicar estas violencias.

3.3. El cuerpo y la imagen deseada en una cultura patriarcal.

Situar el cuerpo en una mujer trans conlleva añadir de manera tajante que el cuerpo ha sido masacrado por una inscripción cultural, por una visión totalitaria del cuerpo como

[8] Algunos de los mitos que hemos podido extraer de nuestra relación con ciertos profesionales de salud mental acerca de lo trans que, además, funcionan cómo verdades científicas y que, en ocasiones, se han convertido en narrativas transnormativas serían las siguientes: las personas trans necesitan de los profesionales de salud para realizar su transición de género de manera correcta y saludable; la batería de test psicológicos son una herramienta científica imprescindible para saber la identidad de género de la persona; las identidades son construcciones estables e inamovibles a lo largo de la vida de la persona, al igual que las orientaciones sexuales; las expresiones de género son acordes con la identidad de género, siguiendo una lógica binaria femenino-feminidad/masculino-masculinidad; el sexo determina el género de la persona y este último es asignado al nacer médicamente según una lógica binaria hembra/mujer, macho/hombres; se necesita cierta madurez psicológica de la persona para autoasignarse un género diferente al asignado médicamente al nacer.

organización y existe la urgencia de desnaturalizar el deseo para poder disolver el yo y eliminar cualquier orden de representación (Felix Guattari, 2018)[9]. Dicho de otro modo, es urgente denunciar la fuerza de la transfobia en los discursos de género en la sociedad, así como reconocer que ello puede desembocar en transfobia interiorizada y en la necesidad de desear un cuerpo asimilable a lo que el imaginario mayoritario identifica para poder sentirse real y, entonces, tener una vida normal como cualquier mujer cis. Para ello, la solución se centra en las posibles cirugías que hay en el amplio mercado que trabajan con la base de las transiciones de género que, a su vez, va a reforzar el rechazo social que, a su vez, va a sustentar la disforia corporal. Todo ello, en una espiral imparable que se retroalimenta sin la posibilidad de generar nuevos imaginarios corporales y un acto de autoidentificación como un género particular y único, lo que permitiría dibujar una nueva trayectoria en el imaginario de las personas trans. No es nuestra intención sugerir que las modificaciones corporales no sean un camino transitable válido. En su lugar, reafirmamos la necesidad de reflexionar sobre la naturaleza del deseo que nos condiciona a tomar ciertas decisiones sobre nuestros cuerpos válidos y, en consecuencia, combatir el modelo médico de la disforia de género que reafirma las transiciones binarias cuando el deseo de la mujer trans no responde a las expectativas binarias (Reubs Walsh and Guillian Einstein, 2016). Por otro lado, la necesidad del recurrido "*passing*" (o acción de pasar por el género autoafirmado y distinto al asignado al nacer) juega la oportuna función de combatir la discriminación que, sobre todo las mujeres trans, sufren tanto en entornos sociales, como en el trabajo o contextos educativos. En la mayoría de los casos esta discriminación está relacionada con la apariencia e imagen de la persona, lo que incrementa la necesidad de una adecuación del cuerpo a lo deseado socialmente.

3.4. El cambio de las etiquetas de orientación sexual, en las relaciones románticas y sexuales durante el proceso de transición.

En el proceso de transición de las mujeres trans se producen diferentes casuísticas en lo que a las etiquetas de orientación sexual se refiere –advertimos que los movimientos en las identidades provocan desplazamientos en las etiquetas de orientación sexual impuestas o asumidas socialmente–. Esto nos sugiere la necesidad de cuestionarnos el sentido de dichas etiquetas, su validez para las personas no conformes con el género asignado al nacer, y la utilidad de las mismas en el conjunto de la sociedad.

Esta modificación tiene dos líneas de implicación que nos gustaría comentar. Por un lado, la afectación a la(s) pareja(s) de la mujer trans, en caso de tenerla(s), y por el otro, a la propia mujer trans. Comencemos con los efectos para la pareja de la mujer trans. Por una parte, la transición puede conllevar cierto proceso de duelo por la pérdida debido a los cambios propios de un proceso de este tipo –físicos, de rol, de expresión, etc.–. A modo de ejemplo, una mujer trans que se haya sentido atraída por mujeres antes de la transición –en ese caso, la sociedad las ha percibido como una relación heterosexual– van a pasar a ser considerada, en el momento de la transición, como una pareja de lesbianas. También, se puede dar el caso que la mujer trans pre-transición sintiera atracción por hombres y, por lo tanto, esta pareja fuera considerada como relación homosexual y en el momento de la transición, pasen a ser una pareja heterosexual. Este movimiento no siempre se vive en positivo ya que la pareja se ve obligada a rehacer su estructura identitaria en lo que a orientación sexual se

[9] https://kaosenlared.net/felix-guattari-para-acabar-con-la-masacre-del-cuerpo/

refiere y a cuestionarse la pertenencia a sus grupos de referencia gais perdiendo, en muchos casos, amistades o incluso la potestad para formar parte de grupos que basan su sentido de pertenencia en las identidades sexuales.

También se constata que el entorno experimenta su propio proceso de evolución en la transición que va del shock emocional inicial hacia la aceptación. En este caso, las parejas experimentan su propia transición secundaria[10]. La mujer trans puede sentir una renovación del deseo marcada, por un lado, por la necesidad de nuevas experiencias y, por otro, la validación del género autoafirmado desde grupos ajenos a su vivencia. Las experiencias de algunas de estas mujeres con vivencias heterosexuales en etapas de pretransición, hablan de la necesidad de sentirse deseadas por hombres heterosexuales para, de esta manera, explorar aspectos hasta entonces desconocidos de la vivencia femenina.

Todos estos procesos movilizan gran cantidad de emociones, afectos y sexualidades que con un acompañamiento terapéutico transpositivo pueden transformarse en un proceso que permita externalizar, renegociar la intimidad, adaptar deseos a los cambios corporales y explorar los límites de cada parte de la relación para hacer del encuentro un lugar de deseo y, aunque a veces nuevo, seguro y transformador.

3.5. La maternidad silenciada

Mujeres trans que hacen la transición cuando han sido progenitores de criaturas antes de la transición, se encuentran con el desafío de explicar su condición de persona trans. Esto comporta varios retos simultáneamente: en qué momento del desarrollo de la criatura se debe explicar la condición trans, qué etiqueta será la que utilizará a partir de ese momento para identificar su figura, hasta entonces, parental, cómo la relación con la pareja (o expareja) puede afectar la relación con la criatura, cómo las leyes pueden obstaculizar las custodias por ser una mujer trans, poniendo en duda la capacidad y el posible impacto negativo en las criaturas por su condición trans y cuáles serán las repercusiones con otros miembros de la familia. Todas estas cuestiones van a acompañar a la mujer trans en su proceso de transición con las consiguientes fracturas emocionales que pueden suponer, dependiendo de si los factores juegan a favor o en contra. Nuestra experiencia al respecto, al igual que investigaciones relacionadas (Tonya White & Randi Ettner, 2007) nos confirma varias circunstancias: una buena relación entre las partes, independientemente de la relación legal, favorece la protección de las criaturas. La claridad en la información relevante para con las criaturas facilita una relación de confianza y calidad entre la madre trans y la criatura, independientemente de la edad, aunque a edades más tempranas, debido al bajo nivel de condicionamientos sociales, las personas menores encajan mejor los cambios. En

[10] El concepto de ***transición secundaria*** hace referencia al proceso o conjunto de movimientos emocionales, cognitivos y sociales que experimenta el entorno de la persona trans desde el instante en el que divulga su identidad autoafirmada a su entorno vital. En la *transición secundaria* se pueden identificar diversos momentos que podrían asimilarse, con evidentes diferencias, a las etapas del duelo descritas por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross: descubrimiento, confusión y alteración emocional, negación, negociación, equilibrio, celebración y, en ocasiones, la implicación en movimientos activistas (un ejemplo sería Chrysallis -asociación de familias de menores trans- https://chrysallis.org.es/). La *transición secundaria* afecta a diferentes planos de la realidad, transcurriendo por lo personal, relacional, social, institucional y legal.

referencia al tema de la etiqueta nueva para redefinir la figura parental, podría ser de papá a mamá, viene cargada de complejas adaptaciones. En la mayoría de los casos, es difícil el cambio de etiqueta ya que el apego a la figura paterna se percibe como difícil de negociar y substituir, tendiendo a resolver el dilema con una postura intermedia. Esto, en la práctica, supone que dónde públicamente la mujer trans es leída como madre –familia extensa, escuela y AFAs, – a ojos de la criatura seguirá utilizando el distintivo de papá. De ahí, que se viva la maternidad de las mujeres trans con cierto grado de encubrimiento u omisión, dependiendo de la negociación llevada a cabo.

En cualquier caso, estar bien asesorada a nivel legal, acceder a un acompañamiento para trabajar el sentimiento de culpa y vergüenza que se puede despertar en el momento de la divulgación, así como ser consciente que una buena relación con la expareja será determinante para el resultado en el proceso de divulgación, conformará una coreografía llena de desafíos, pudiendo llegar a situaciones dónde el trabajo personal irá en la línea de gestionar la rabia, impotencia y pérdida de la custodia si ese fuera el caso. En algunas mujeres trans se trabaja la desculpabilización del supuesto daño emocional o trauma que esta experiencia pudiera causar. Discursos dominantes que terminan convirtiéndose en ideas limitantes para las mujeres trans.

En otros casos, será necesario hacer un duelo por una maternidad gestante propia imposible por la falta de avances tecnológicos: de momento, una mujer trans no puede quedarse embarazada, (a no ser que tenga una condición intersexual que se lo permita) y, para algunas, esta circunstancia puede verse como una gran limitación con la que aprender a convivir e integrar en la identidad autoafirmada. Por último, pero no menos importante, visibilizar la necesidad de un trabajo terapéutico (individual o grupal) para aquellas parejas cis de personas trans que pasen por procesos de rabia, rencor u odio en su propia transición secundaria. De esta manera se podrá proteger a les hijes de la utilización instrumental por parte de estas parejas dañadas que, con la excusa de buscar su bien, sólo van a conseguir provocar daño y dolor.

3.6. Momentos terapéuticos.

A continuación, se muestra algunas estrategias terapéuticas transpositivas que nos han sido de especial ayuda en el acompañamiento a mujeres trans en los últimos 10 años de trabajo profesional. Cabe destacar, entre las más recurridas: ayudar a elaborar estrategias de divulgación en el momento de compartirlo con el entorno, hacer visible la identidad trans en los diversos espacios vitales de las mujeres trans. Suele pasar a ser una tarea habitual en el primer momento de la transición ya que despierta ciertas dificultades, sobre todo en el entorno familiar, parejas, contextos educativos o trabajo. A veces, son especialmente útiles las intervenciones puntuales por parte de le profesional en el entorno para mejorar la comprensión y el trato respetuoso –mirar apartado de grupos multifamiliares–.

Utilizar la alianza terapéutica como técnica para incrementar la autoconfianza, promocionar el autocuidado, el respeto por el propio cuerpo y la imagen personal, observación y autoreflexión dentro y fuera de terapia; una intervención prioritaria para entender el funcionamiento erróneo, así como, proponer pautas alternativas de comportamiento. Poner en contacto a la persona con iguales que estén en procesos de transición más avanzados para aprender de prácticas positivas y aprovechar el efecto terapéutico de la universalidad del hecho trans. Una tarea psicoeducativa consiste en hacer entender como el trauma afecta

y convertirlo en una herramienta para combatir el aislamiento social que muchas mujeres trans sufren durante el proceso de transición y que se ve agravado si se ha sufrido alguno.

También puede ser útil proporcionar información sobre asociaciones que trabajen contra la transfobia, dónde puedan encontrar asesoramiento legal cuando has padecido alguna violencia como mujer trans.

Otra función que venimos asumiendo a petición de la persona trans, como profesionales psicólogues colegiades, es la elaboración de informes psicológicos de disforia de género necesarios para el cambio de nombre y sexo en el DNI según los requisitos de la Ley 3/2007[11].

Para finalizar, una de las estrategias más efectivas para el cambio personal, y no sólo eso, sino sus implosiones en la transformación social, son los grupos terapéuticos. Desde el equipo terapéutico de Trànsit hemos implementado dos modalidades de grupos que trabajan para la autonomía y bienestar psicológico de las personas que participan. Pasamos a especificar cada uno de ellos.

3.7. Grupos no mixtos

Los grupos no mixtos de personas trans y no binarias se han convertido en un espacio de gran utilidad terapéutica en los procesos de transición de las mujeres trans. Uno de los motivos principales es que el grupo va a trabajar de manera incondicional para las personas que lo integran. El estudio de Walter Bockting et al. (2013) sugiere la importancia del apoyo entre iguales para una mejor salud mental y pone en evidencia que, en el caso de las mujeres trans, este acompañamiento es mucho más necesario debido a los altos índices de discriminación que padecen. En el trabajo realizado por Sore Vega y Diana Zapata se recogen algunas de las cuestiones que fomentan la mejora de la calidad de vida de las personas trans en general y de las mujeres trans, en particular: permite crear comunidad, tejer lazos y vínculos de protección, socializar y combatir la soledad, convertir el grupo en un lugar seguro para expresar emociones, corregir el desamparo, encontrar el reconocimiento social en la identidad sentida, compensar el daño emocional causado por la intolerancia social y familiar y reflexionar acerca de las repercusiones de estas experiencias al agravar la situación de exclusión social que conlleva, en algunos casos, consecuencias en la salud mental, compartir historias de resiliencia, de lucha y resistencia que empoderan y reparan. El grupo se convierte, en ocasiones, en un espacio para elaborar discursos alternativos a la norma cisheteronormativa y patriarcal, lo que facilita entender que no hay una única forma de vivir y transitar por el género. Como se señala en el trabajo, el grupo opera como una especie de caja de resonancia, donde la dinámica grupal impone cambios en los dinamismos intrapsíquicos. Así, las personas, que inicialmente se mostraban centradas en sí mismas y en el problema, el grupo y su evolución les permiten abrirse e ir explorando nuevas formas de vivencias trans, más potenciadoras y afirmativas, dando una perspectiva de futuro digno y vivible.

[11] Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-5585-consolidado.pdf

3.8. Grupos multifamiliares

Mientras que el enfoque terapéutico individual se centra en potenciar la autonomía y la autoestima de la persona trans, el multifamiliar es fundamental para trabajar con el entorno –acompañar en la transición secundaria de las familiaridades– y con la participación activa de las personas trans. Es necesario remarcar que depende en gran parte del entorno que la vida trans sea reconocida y respetada como se merece, sobre todo, si la persona trans vive en el domicilio familiar. Como bien expresa la médica trans noruega Esben Esther P. Benestad (2010) "cuando existe congruencia entre el género autodeterminado –o un yo sin género–, y la percepción que el entorno tiene de ese género –o ausencia de género– es cuándo surge la pertenencia". Es decir, que el bienestar aparece cuando el entorno es capaz de reconocer cómo la persona se siente y se ve a ella misma, un pilar fundamental para la salud psicológica de la persona. Cuando nos referimos al entorno, estoy aludiendo a todos los ámbitos dónde la persona trans hace su vida: familia, amistades, parejas, educación, trabajo, instituciones e incluso las leyes. Todos estos ámbitos se ven obligados a hacer su propia transición, sea de forma transafirmativa o con más resistencias, pero al final, siempre habrá un movimiento hacia adelante. Diversos estudios ponen en evidencia la importancia que tienen la aceptación familiar de los adolescentes y adultos trans, reflejándose en una disminución de comportamientos negativos tales como depresión, suicidios y conductas de riesgo e infecciones con el VIH (Bockting et al., 2013; Liu & Mustanski, 2012). De ahí, la necesidad de trabajar conjuntamente con el entorno cuando se haga necesario, ya que cuando una persona trans entra en la vida de otra persona que no se cuestiona el género, la maquinaria de la transición secundaria empieza a moverse. Este movimiento debe reconocerse en sentido afirmativo e, incluso convertirlo en un viaje de celebración. Los grupos multifamiliares ayudan a hacer, de esta nueva aventura, una marcha hacia la inclusión y diversidad.

Otro de los objetivos de los grupos terapéuticos multifamiliares es cambiar la perspectiva que las familias y el entorno tienen sobre qué es ser trans. Cuáles son sus necesidades específicas –una de las cuestiones cruciales es hacerles entender que la utilización del nombre y pronombres escogidos es de vital importancia para su bienestar–. Psicoeducarnos, a través de la acción grupal, en una cultura abierta sobre qué significa el género, la sexualidad, las expresiones de géneros, los cuerpos no binarios y todas aquellas cuestiones que pudieran estar interfiriendo de manera negativa en la autodeterminación de la persona trans. El grupo también hace un papel de contención, de tolerancia a la incertidumbre del futuro de sus criaturas y familiares trans, ayudando a afrontar la ambigüedad de una identidad no binaria y prepara a les participantes para seguir adelante con la transición según las necesidades expresadas por la persona trans. En muchos casos, en estos espacios también se comparte las opciones de tratamientos médicos y los efectos más inmediatos.

Un aspecto muy temido es la posibilidad de desear volver, en un futuro, al género asignado al nacer. El grupo ofrece un espacio de seguridad para poder expresarlo, además de promocionar un espacio de libertad para que la persona trans pueda decidir experimentar su género en la dirección que necesite según las experiencias vividas. Se trata, básicamente de dejar de demonizar futuros cambios y dar las herramientas para asumir las consecuencias de una decisión tomada desde la conciencia del momento y de una forma afirmativa y autónoma. También forma parte de los recursos que se movilizan en este espacio terapéutico, la identificación de políticas escolares que protejan la identidad y la expresión de género. En este aspecto, Cataluña cuenta con un protocolo que garantiza la libre

expresión de las personas transgénero[12], al igual que una ley pionera en la defensa de los derechos de las personas trans y LGBI.[13]

Tanto los grupos no mixtos como los grupos multifamiliares, facilitan un trabajo de reparación del daño social, en tanto se comparten experiencias que les hacen sentir personas "normales" –es la expresión que utilizan cuando encuentran que otras han vivido procesos similares– aportando experiencias de autodefensa emocional que les permiten resistir en una sociedad hostil. Los grupos mejoran la autoestima, en tanto las personas se sienten útiles apoyando a quienes inician el proceso. El apoyo entre iguales es un elemento de bienestar, que se percibe tanto en los grupos no mixtos, como cuando un miembro de la familia apoya a otro miembro. Reconocerse evolucionar en el grupo contribuye a que el balance de los procesos vividos sea positivo. Especialmente, en los grupos multifamiliares, a menudo se observa como las familias acaban entendiendo que la persona trans no son siempre el núcleo de los conflictos familiares. Por tanto, se van a permitir trabajar, fuera de este espacio, aspectos propios de las dinámicas familiares poco funcionales que mejore la calidad de los vínculos familiares.

4. Del daño a la conciencia de transición

Desde la práctica psicológica transpositiva, hemos constatado que una psicología "trans" es posible. Para ello, les profesionales se han visto comprometides a hacer su propia transición secundaria. Este cambio de paradigma ha comportado mutaciones en la práctica que se han concretado, en este artículo, en cinco movimientos manifiestos que repasamos sucintamente. **Pasar del diagnóstico psicológico a la autodeterminación** de la identidad de género a través de un diálogo entre personas expertas (clienta y psicoterapeuta). **Pasar de la consulta experta a la colaboración**: se desmonta la relación de poder entre profesional y paciente. **Pasar de la concepción binaria del género** -sólo existen dos género, hombre o mujer- **a las múltiples posibilidades de experiencias. Pasar del esencialismo a la conciencia de construcción socio histórica y biográfica. Pasar de una pretendida neutralidad a una práctica clínica ética radical.**

Desde una visión histórica y social, hemos comprobado a lo largo del texto que también estamos obligades a realizar nuestra propia transición. Este movimiento implica reconocer cómo la mirada tránsfoba de la sociedad, el estigma y las violencias físicas y psicológicas, impactan especialmente sobre las mujeres trans. Es, por tanto, tarea de la sociedad denunciar la vulneración de sus derechos, contribuir como sociedad a reparar el daño ocasionado y activar los recursos necesarios, en este sentido los recursos sanitarios son imprescindible, para que la transición hacia la transformación social sea posible y que esta vez, también incluya a las mujeres trans y a todas aquellas personas que no conforman género binario.

---

[12] Protocol per a l'atenció i acompanyament de l'alumnat transgènere en els centres educatius. Departament d'ensenyament de la Generalitat de Catalunya. 2017. https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/09lgtbi/Persones_TRANS/08_protocol-transgeneres.pdf

[13] LLEI 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgèneres i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia,la bifòbia i la transfòbia

Para finalizar, concluyo con una reflexión sobre mi experiencia profesional con personas trans y de género no conforme, no binario, género expandido, no género, y que viene dando sentido a mi profesión y que habla de mi propia transición. Lo podría resumir en la imagen de un viaje. Una travesía que va de lo imposible a lo quimérico por fabuloso, un recorrido trepidante por las potencialidades y las posibilidades que dan los encuentros poderosos que abren imaginarios y permiten experimentar lo fantástico que es alcanzar lo que pareció irrealizable. Un viaje que también está lleno de miedos, deseos prohibidos, pasados inconfesables y futuros inciertos, pero siempre iniciados con una pequeña grieta de esperanza por dónde la vida vuelve a respirar a medida que el proceso avanza. Un lugar dónde se mira a los miedos de frente, se profundiza en los deseos prohibidos dando espacio para confesar lo inconfesable y se adquiere la fuerza y autoestima para mirar al futuro con optimismo y confianza. Este es el gran viaje en terapia para la persona trans y para le terapeuta, un camino que nunca será en solitario pues la alianza terapéutica se consolida para convertirnos en referentes mutuos, en una relación colaborativa que no flaqueará ni en los momentos más temidos. Esta es la fuerza de la terapia entendida como maquinaria de cambio personal y de transformación social. Este es mi compromiso como profesional y como persona.

Bibliografía

American Psychiatric Association. (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. *Arlington*.

American Psycologist Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. https://doi.org/10.1037/a0039906

Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, *103*, 943–951. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241

Braidotti, R. (2018). *Por una política afirmativa. Itinerarios éticos*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Gergen, K., & Warhus, L. (2001). La terapia como construcción social. Dimensiones, deliberaciones, y divergencias. *Sistemas Familiares*.

Guattari, F. (19 de junio de 2018). Para acabar con la masacre del cuerpo – Kaos en la red. https://kaosenlared.net/felix-guattari-para-acabar-con-la-masacre-del-cuerpo/

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43 (5)*, 460–467. https://doi.org/10.1037/a0029597

Kübler-Ross, E. (2019). *Sobre la muerte y los moribundos. Debolsillo*. Barcelona: B de Bolsillo.

Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. 16 de marzo de 2007. BOE núm. 65 https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-5585-consolidado.pdf

Llei 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgèneres. 17 d'octubre de 2014. DOGC núm. 6730

Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, *42*, 221–228. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023

MacKinnon, K. (2018). Pathologising trans people: Exploring the roles of patients and medical personnel. *Theory in Action*, *11*(4), 74–96. https://doi.org/10.3798/tia.1937-0237.1826

Ovejero, A., & Ramos, J. (2011). Psicología social crítica. Madrid: Biblioteca nueva.

Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*. https://doi.org/10.1002/jts.20052

Protocol per a l'atenció i acompanyament de l'alumnat transgènere en els centres educatius. Departament d'ensenyament de la Generalitat de Catalunya. 2017. https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/09lgtbi/Persones_TRANS/08_protocol-transgeneres.

Pujal, M., & Amigot, P. (2010). El binarismo de género como dispositivo de poder social, corporal y subjetivo. *Quaderns de Psicologia*, *12*(2), 131–148. https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.770

Raj, R. (2002). Towards a Transpositive Therapeutic Model: Developing Clinical Sensitivity and Cultural Competence in the Effective Support of Transsexual and Transgendered Clients. *International Journal of Transgenderism*, *6*(2). http://web.archive.org/web/20070429132659/http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no02_04.html

Singh, A. A. (2013). Transgender Youth of Color and Resilience: Negotiating Oppression and Finding Support. *Sex Roles*. https://doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z

Trans*forma la Salut (2016) Plataforma per a un nou model de Salut Trans*. Retrieved December 5, 2020, from https://transformalasalut.wordpress.com/

Vega, S. y Zapata D. (n.d.). Experiencias terapéuticas en los grupos no mixtos y multifamiliares en Trànsit 2013-2020. Manuscrito no publicado.

Vipond, E. (2015). Resisting Transnormativity: challenging the medicalization and regulation of trans bodies. *Theory in Action*. https://doi.org/10.3798/tia.1937-0237.15008

Walker, P. (2019). Ted complejo: de sobrevivir a prosperar: una guía y mapa para recuperarse del trauma infantil. Independently published.

Walsh, R. J., & Einstein, G. (2016). (Trans)Feminism, Bodily Autonomy, and Situated Neuroscience: Separating Gender from Genitalia in Medicine and Feminism to Move Beyond the Binary. *Trans*formations*, (June), 16–18.

White, T., & Ettner, R. (2007). Adaptation and adjustment *Psychiatry*, *16*, 215–221. https://doi.org/10.1007/s00787-006-0591-y

www.felgtb.org
FELGTB
Federación Estatal de Lesbianas,
Gais, Trans y Bisexuales