



**Guía**  
**para la atención**  
**de las personas trans en**  
**el ámbito sociosanitario**



MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL  
DE SANIDAD Y CONSUMO

DIRECCIÓN GENERAL  
DE SALUD PÚBLICA,  
CALIDAD E INNOVACIÓN

SECRETARÍA  
DEL PLAN NACIONAL  
SOBRE EL SIDA

[www.felgtb.org](http://www.felgtb.org)



**FELGTB**

Federación Estatal de Lesbianas,  
Gais, Trans y Bisexuales

## Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO NORMATIVO ESPAÑOL EN MATERIA DE SALUD DE LAS PERSONAS TRANS.....	5
3. DERECHOS HUMANOS, DERECHOS SEXUALES, DIVERSIDAD Y DESPATOLOGIZACIÓN.....	9
4. APROXIMACIÓN A LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO. MARCO CONCEPTUAL.....	14
5. CUERPOS EN TRÁNSITO. CÓMO ACOMPAÑAR LOS CAMBIOS FÍSICOS DE LAS PERSONAS TRANS*.....	20
6. IMPLICACIONES PARA LA SALUD PSICOSOCIAL.....	30
7. ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS PERSONAS TRANS.....	41
8. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS TRANS.....	47

**Equipo coordinador:**

Sara Collado González.

Lorenzo González.

**Equipo redactor:**

Charo Alises

Lina Fabiana Mulero Santoro

Dra. Joana Cabrera Berger

Isidro García

Alejandro Alder.

Elena Longares.

Sara Collado González.

**Subvencionado por:**





## 1. INTRODUCCIÓN

Esta guía surge del compromiso de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales, FELGTB, por mejorar la atención de las personas trans en el ámbito sanitario y que se inserta en las políticas y estrategias en materia de salud integral de la organización.

Pretendemos sensibilizar sobre las realidades trans y mejorar su atención biopsicosocial desde una perspectiva de **derechos humanos** que parte de reconocer a las personas como parte de una ciudadanía libre; personas que son titulares activas de un conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; sujetos de derechos que son indivisibles, universales, interdependientes e irrenunciables.

La aplicación de los mismos implica el reconocimiento del Estado como responsable de preservar, respetar y hacer efectivo el disfrute de los derechos para toda la ciudadanía, en condiciones de igualdad y de dignidad<sup>1</sup>, y por ello consideramos que se trabajen desde un **enfoque de género**, entendiendo y teniendo en cuenta los determinantes de género en la salud, aún más, cuando no está garantizado por ley el derecho a la libre autodeterminación del género actualmente en nuestro país.

Por último, esta guía entiende la realidad de las personas trans desde un **enfoque diferencial**<sup>2</sup>, enfatizando la necesidad de reconocer las maneras en que una situación similar afecta de manera específica a diferentes grupos de población, viéndose influenciada por la identidad y/o de género y la orientación sexual y el estigma, la discriminación y los distintos tipos de violencias asociado a éstas, además del origen étnico, la edad, la clase social, tener alguna enfermedad, etc.

Este documento trata de abordar los temas fundamentales desde estos enfoques, aportándonos información interdisciplinar de tipo legal, psicológica, médica, social y educativa que hará que conozcamos mejor las realidades trans para que podamos mejorar, así, la atención sociosanitaria.

Ser trans no es  
ningún problema;  
el problema que  
experimentan las  
personas trans se  
denomina

**transfobia social**

<sup>1</sup> [Definición de enfoque diferencial, tomada de Dirección de Poblaciones](#). Ministerio de Cultura. (n.d). Obtenida el 5 de Octubre de 2010

<sup>2</sup> Guía de Prevención VIH/Sida. Mujeres trans. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Fondo de las Naciones Unidas. Personas Distintas Derechos Iguales. AAVV. 2011

## 2. MARCO NORMATIVO ESPAÑOL EN MATERIA DE SALUD DE LAS PERSONAS TRANS

Charo Alises

Actualmente no hay un marco legal único en nuestro país que establezca la forma en la que debe ser la atención sanitaria del colectivo trans, ni tampoco cuáles son sus derechos. Sin embargo, existen un gran número de CCAA que ya han legislado sobre ello y tienen servicios y protocolos específicos para las personas trans.

Para que el servicio que ofreces como personal sanitario sea lo más completo posible, es importante que conozcas, tanto la legislación de tu Comunidad Autónoma, como los servicios específicos para las personas trans que ofrecen.

A continuación, se detalla la **legislación de ámbito estatal y de ámbito autonómico**.

### 2.1 Ámbito nacional

- **Constitución Española**

*Artículo 1.* La igualdad como valor superior. *Artículo 9.* Obligación de los poderes públicos de remover los obstáculos que impiden la igualdad. *Artículo 10.* Dignidad de todas las personas. *Artículo 14.* No discriminación bajo ninguna circunstancia. *Artículo 43 .1.* Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.**

Esta ley en su *artículo 10* regula el deber de todas las administraciones públicas sanitarias, al respeto de la personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado/a por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

- **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.**

*Artículo 2.* Principios generales.

Son principios que informan esta ley:

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias. b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado. c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública.

- **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.**

*Artículo 2. 4.* Los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a la cartera de servicios comunes reconocida en este real decreto, siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello, en condiciones de igualdad efectiva, al margen de que se disponga o no de una técnica, tecnología o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan.

- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

*Artículo 2.* Principios básicos. Dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad.



## 2.2 Ámbito autonómico

### ANDALUCÍA

- *Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.*  
*Artículo 10.* Asistencia sanitaria a través del Servicio Andaluz de Salud. *Artículo 11.* Formación de los profesionales clínicos. *Artículo 12.* Indicadores de seguimiento.
- *Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía.*  
*Artículo 28.* Medidas en el ámbito de la salud integral, sexual y reproductiva. *Artículo 30.* Medidas de información y formación del personal sanitario. *Artículo 31.* Campañas de prevención de infecciones de transmisión sexual. *Artículo 32.* Consentimiento.
- *Instrucciones a los Centros Sanitarios del SSPA para la organización asistencial de la atención de las personas transexuales de Andalucía, de 26 de febrero de 2015.*
- *Instrucciones a los Centros Sanitarios de SSPA para la organización asistencial de la organización a las personas transexuales menores de 14 años de Andalucía, de 17 de marzo de 2016.*
- *Procedimiento de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el cambio de nombre de personas transexuales en la Base de Datos de Usuarios de Andalucía (BDU) y emisión de documentos de acreditación, de 6 de junio de 2016.*
- *Proceso Asistencial Integrado para la atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia (PAI PTIA), de 24 de enero de 2017.*
- *Proceso Asistencial Integrado para la atención sanitaria a personas transexuales adultas, de 24 de enero de 2017*

### ARAGÓN

- *Ley 4/2018, de 19 de abril, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad Autónoma de Aragón.*  
*Artículo 12.* Protección del derecho a la salud física, mental, sexual y reproductiva. *Artículo 13.* Atención sanitaria a personas trans. *Artículo 14.* Consentimiento informado y decisión compartida para personas trans menores de edad. *Artículo 16.* Atención sanitaria en el ámbito reproductivo y sexual. *Artículo 17.* Formación de los profesionales sanitarios. *Artículo 18.* Acciones de prevención de enfermedades de transmisión sexual. *Artículo 19.* Unidad de identidad de género.
  - *Ley 18/2018, de 20 de diciembre, de igualdad y protección integral contra la discriminación por razón de orientación sexual, expresión e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Aragón.*  
*Artículo 11.* Protección del derecho a la salud física, mental, sexual y reproductiva. *Artículo 12.* Atención sanitaria y reproductiva. *Artículo 13.* Formación de profesionales sanitarios. *Artículo 14.* Medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual. *Artículo 15.* Consentimiento. *Artículo 15.* Documentación
  - *Instrucción de la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre atención sanitaria a personas transexuales en los centros sanitarios públicos del sistema de salud de Aragón.*
- ### BALEARES
- *Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia.*  
*Artículo 16. 3.-i.* Las administraciones públicas de las Illes Balears, en las líneas de actuación relativas a la salud y al sistema sanitario Incorporarán al sistema sanitario la atención integral a personas transexuales e intersexuales.
  - *Protocolo integral de atención sanitaria de personas trans en las Islas Baleares.*

## CANARIAS

- *Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.*

*Artículo 6.* Asistencia a través del sistema sanitario público de Canarias. *Artículo 7.* Atención sanitaria de menores transexuales. *Artículo 8.* Guía clínica. *Artículo 9.* Protocolos médico-sanitarios. *Artículo 10.* Estudio y análisis. *Artículo 11.* Formación de los y las profesionales.

- *Protocolo de atención sanitaria a personas trans.*

## CANTABRIA

- *Protocolo de atención a las personas transexuales en el Servicio Cántabro de Salud.*

## CASTILLA – LA MANCHA

- *Resolución de 25/01/2017, del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha, por la que se acuerda dar publicidad al protocolo de actuaciones dirigido a menores sobre identidad y expresión de género [2017/1128]*

*4.4. Ámbito Sanitario.* Las demandas relacionadas con la diversidad de género serán atendidas inicialmente a través de los servicios de Atención Primaria, que en función de las necesidades planteadas, derivarán a las personas menores al especialista que corresponda.

## CATALUÑA

- *Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia.*

*Artículo 16.3-3.* Establece las líneas de actuación relativas a la salud y al sistema sanitario incorporando la atención integral a personas transgénero y a personas intersexuales.

- *.Model d'atenció a la salut de les persones trans, de octubre de 2019.*

## EXTREMADURA

- *Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura.*

*Artículo 10.* Protocolo de atención integral a personas transexuales.

- *Procedimiento de la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias para el cambio de nombre y género sentido de personas transexuales, en la base de datos poblacional y en la tarjeta sanitaria individual.*
- *Protocolo de Atención Integral a la Personas Trans\* en el Servicio Extremeño de Salud.*

## GALICIA

- *Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia.*

*Artículo 20.* Transexualidad. Se garantizará la atención sanitaria, según la necesidad y el criterio clínico, de las prácticas y para las terapias relacionadas con la transexualidad.

## MADRID

- *Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid.*

*Artículo 12.* Protección del derecho a la salud física, mental, sexual y reproductiva. *Artículo 13.* Atención sanitaria a personas trans. *Artículo 14.* Atención sanitaria de menores trans.



- *Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra LGTBIfobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid.*

*Artículo 38.* Atención sanitaria a mujeres lesbianas, bisexuales, personas trans y/o sus parejas.

## **MURCIA**

- *Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.*

*Artículo 13.* Protección del derecho a la salud física, mental, sexual y reproductiva. *Artículo 14.* Protocolo de atención integral a personas transexuales. *Artículo 15.* Atención sanitaria de menores trans.

## **NAVARRA**

- *Ley Foral 8/2017, de 19 de junio, para la igualdad social de las personas LGTBI+.*  
*Artículo 14.* Protección del derecho a la salud física, mental, sexual y reproductiva. *Artículo 15.* Protocolo de atención integral a personas transexuales y transgénero.
- *Ley Foral 12/2009, de 19 de noviembre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.*

*Artículo 4.* Asistencia a través del sistema sanitario público de Navarra. *Artículo 5.* Atención de menores transexuales. *Artículo 6.* Guía clínica. *Artículo 7.* Estadísticas y tratamiento de datos. *Artículo 8.* Formación de profesionales.

## **PAÍS VASCO**

- *Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.*

*Artículo 8.* Asistencia a través de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Artículo 9.* Guía clínica. *Artículo 10.* Derechos de las personas transexuales. *Artículo 12.* Estadísticas y tratamiento de datos. *Artículo 13.* Formación de profesionales.

- *Ley 9/2019, de 27 de junio, de modificación de la Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.*

*Artículo 3.* Personas transexuales. Establece el principio de autodeterminación.

## **COMUNIDAD VALENCIANA**

- *Ley 8/2017, de 7 de abril, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana.*

*Artículo 14.* Protección del derecho a la salud física, mental, sexual y reproductiva. *Artículo 15.* Atención sanitaria a las personas trans. *Artículo 16.* Atención sanitaria a las personas trans menores de edad.

- *Ley 23/2018, de 29 de noviembre, de igualdad de las personas LGTBI.*

*Artículo 15.* Protección del derecho a la salud física, mental, sexual y reproductiva. *Artículo 16.* Atención sanitaria en el ámbito reproductivo y sexual. *Artículo 17.* Formación del personal sanitario. *Artículo 18.* Guías de recomendaciones. *Artículo 19.* Campañas de prevención de infecciones de transmisión sexual. *Artículo 20.* Documentación.



## 3. DERECHOS HUMANOS, DERECHOS SEXUALES, DIVERSIDAD Y DESPATOLOGIZACIÓN

Lina Fabiana Mulero Santoro

### 3.1 Derechos Humanos, derechos sexuales

Los Derechos Humanos son los que tenemos cada persona simplemente por el hecho de existir independientemente de nuestra nacionalidad, género, origen étnico, color, religión, o idioma. En 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la **Declaración de los Derechos Humanos**<sup>1</sup>, como base para establecer la protección universal de nuestros derechos fundamentales. En ella se recogen 30 artículos que varían desde el “derecho a la vida”, hasta los que le dan valor a la misma, como son el derecho a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la salud y a la libertad. Estos derechos son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes; por lo que un conjunto de derechos no puede disfrutarse plenamente sin los otros. Todos los estados tienen la obligación de respetarlos, protegerlos y cumplirlos.

La “**no discriminación**”, establecida en el artículo 2 de la declaración, es la que garantiza a todas las personas el goce de los derechos y libertades proclamados en la misma, y que está presente en los principales tratados de derechos humanos.

Entre las fechas 6 y 9 de noviembre de 2006, un conjunto de expertos en derecho internacional de los derechos humanos, académicos y activistas, se reúnen en la ciudad de Yogyakarta, Indonesia, para elaborar los principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género (Principios de Yogyakarta)<sup>2</sup>. Estos principios fueron presentados ante el Consejo de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas en Ginebra el 26 de marzo de 2007.

En el principio número 2 se establecen los derechos a la igualdad y a la no discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Y en cuanto a su aplicación por parte de los Estados, el punto “D” establece: *“Adoptarán todas las medidas apropiadas a fin de garantizar el desarrollo adecuado de las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, según sean necesarias para garantizarles a estos grupos o personas el goce o ejercicio de los derechos humanos en igualdad de condiciones. Dichas medidas no serán consideradas discriminatorias;”*

Derechos que también quedan recogidos en la “Declaración sobre orientación sexual e identidad de género de las Naciones Unidas” (ONU) del 18 de diciembre de 2008<sup>3</sup>. En la misma se condena la violencia, el acoso, la discriminación, la exclusión, la estigmatización y el prejuicio basado en la orientación sexual y la identidad de género. Documento que en un principio fue

1 [Declaración Universal de los Derechos Humanos](#)

2 [Principios de Yogyakarta](#)

3 [Declaración sobre orientación sexual e identidad de género de las Naciones Unidas” \(ONU\) del 18 de Diciembre de 2008](#)

propuesto como resolución, pero que, al no alcanzar las firmas necesarias para su aprobación, se decidió utilizar el formato de declaración. A su vez el Consejo de Europa, mediante el Comité de Ministros estableció la recomendación sobre las medidas para combatir la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, en el documento aprobado el 31 de marzo de 2010<sup>4</sup>. Reconociéndose de esta forma que las personas gays, lesbianas, bisexuales y trans\*, han sufrido durante siglos y siguen sufriendo homofobia, transfobia y otras formas de intolerancia y discriminación. Y por lo tanto la necesidad de una acción específica, por parte de los países miembros de la Unión Europea, con el fin de garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de estas personas.

También es preciso destacar las resoluciones del Parlamento Europeo de 8 de febrero de 1994<sup>5</sup>, la de 18 de enero de 2006<sup>6</sup> y la de 24 de Mayo de 2012<sup>7</sup>, relativas a la igualdad de derechos de lesbianas y gays, y a la lucha contra la discriminación y la homofobia; así como la resolución del Parlamento Europeo, de 4 de Febrero de 2014<sup>8</sup>, sobre la hoja de ruta de la Unión Europea contra la homofobia y la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género.

Pero pese a todo ello en muchos países, aún hoy, se persigue, se encarcela, o mata a personas gays, lesbianas, bisexuales, intersexuales y trans\* aplicando leyes que penalizan su orientación sexual i/o identidad de género. Todavía son 68 los países que tipifican como ilegales las relaciones sexuales entre personas del mismo género y en la gran mayoría de ellos las sancionan aplicando penas de cárcel. En 30 países se pueden aplicar hasta 8 años de prisión; en 27 países, de diez años a prisión perpetua; pero el dato más escalofriante es que todavía son 11 los países que pueden condenar la homosexualidad con la pena de muerte (en 6 de ellos efectiva y en 5 posible)<sup>9</sup>.

A todo ello hay que sumarle los países donde si bien la homosexualidad no está penada legalmente, la comunidad LGTBQ+ sufre a diario discriminación y crímenes de odio. El discurso homofóbico y/o transfóbico por parte de instituciones, políticos, entidades, o medios de comunicación fomenta un clima de intolerancia y discriminación hacia la diversidad afectiva, sexual y de género, alentando incluso la violencia hacia las personas.

Al igual que el sexo y la raza, la atracción sexo afectiva y la identidad de género forman parte de los aspectos fundamentales de nuestra identidad como seres humanos y, por lo tanto, afectan al derecho que tenemos las personas a gozar una buena integridad tanto física como mental.

No obstante, la lucha por la diversidad y sus derechos es una dimensión ligada a la democracia. Y como sociedades que viven en democracia tenemos que entender que el problema no es nuestra diversidad, y que, por el contrario, ésta forma parte de nuestra riqueza como seres humanos.

4 [Recomendación sobre las medidas para combatir la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, en el documento aprobado el 31 de Marzo de 2010](#)

5 [Resolución del Parlamento Europeo de 8 de Febrero de 1994](#)

6 [Resolución del Parlamento Europeo de 18 de Enero de 2006](#)

7 [Resolución del Parlamento Europeo de 24 de Mayo de 2012](#)

8 [Resolución del Parlamento Europeo de 4 de Febrero de 2014](#)

9 [Leyes sobre orientación sexual en el mundo \(mapa ILGA\)](#)



### 3.2 Diversidad y despatologización

La identidad de género es uno de los aspectos fundamentales de la vida. La misma se asigna a cada persona al nacer en función de su genitalidad, convirtiéndose desde ese momento en un hecho social y legal. A las personas cuya autopercepción innata no concuerda con esa asignación se les denomina personas trans\*.

El paraguas trans\* es muy amplio, porque da cobijo a la multiplicidad de identidades posibles que existen entre el binomio hombre-mujer. De tal forma quedan albergadas bajo esa denominación las personas transexuales, transgénero, crossdressers, travestis, genderqueers, "two-spirit", tercer género, agénero, etc, etc...

Ya son muchos los años que se llevan ignorando y descuidando los Derechos Humanos de las personas trans\*. Las mismas han sufrido y sufren por todo el mundo numerosas humillaciones, discriminaciones, maltrato y violencia directa. Se violan sus derechos humanos básicos, incluyendo el derecho a la vida, el derecho a la integridad física y el derecho a la salud.

Las personas cuya identidad de género no se corresponde a la que le fue asignada al nacer, pueden desear cambiar su estatus legal, social y físico (o partes del mismo) para que concuerde con la identidad de género sentida. Modificaciones en la expresión de género y/o en los roles de género, y modificaciones corporales mediante pautas hormonales y/o quirúrgicas, suelen formar parte de la experiencia personal del género de las personas trans\*. Una transición es un recorrido vital, que generalmente puede aportar mucha satisfacción interior a la persona que necesita transitar, pero que a su vez puede acarrear mucho sufrimiento, agonía y pérdida si el exterior que le envuelve no le es favorable. Las personas trans\* han de recorrer un largo camino, tan solo para llegar al punto de partida, donde se encuentran de forma natural la mayoría del resto de las personas. **Un largo camino simplemente para poder ser...**

Para entender la raíz de la patologización de las identidades trans\* tenemos que hacer una pequeña mirada hacia atrás:

- 1910 ● Hasta principios del Siglo XX no se conocía la diferencia entre orientación sexo-afectiva, identidad de género y expresión de género. Fue en 1910 cuando Magnus Hirschfeld la dio a conocer en su libro *Die Transvestiten*<sup>10</sup>, donde desarrolló la "teoría del tercer sexo" o "teoría de las sexualidades intermedias".
- 1954 ● En 1954 Harry Benjamin populariza el término transexualismo, distinguiendo la transexualidad del travestismo, para todas aquellas personas que desean realizarse una cirugía genital y corregir así el supuesto "error anatómico".
- 1966 ● En 1966, Benjamin publicó el libro *The Transsexual Phenomenon*<sup>11</sup>, donde se establecen los primeros criterios diagnósticos de la transexualidad y se diferencia entre transexuales "no quirúrgicos" y "verdaderos" en función de las necesidades existentes para realizar modificaciones corporales.
- 1979 ● En 1979 se funda la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), actualmente conocida como la World Professional Association of Transgender Health (WPATH), y se publican los primeros Standards of Care (SOC) en la que se basan la mayoría de las guías y protocolos de atención a la salud de las personas trans\* en todo el mundo. La última publicación de estos Estándares (SOC 7)<sup>12</sup> es de 2012, pero en todos ellos se articula la salud de las personas trans\* en un circuito cerrado de transición que pasa por:
  - Valoración psicológico-psiquiátrica y terapia psicológica.
  - Tratamiento de reemplazo hormonal obligatorio.
  - Intervención quirúrgica genital.
- 1980 ● En 1980 la transexualidad se cataloga 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. Debido principalmente a la presión ejercida por la 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.

<sup>10</sup> [Die Transvestiten, Magnus Hirschfeld 1910](#)

<sup>11</sup> [The Transsexual Phenomenon, Harry Benjamin 1966](#)

<sup>12</sup> [Standars of Care \(SOC 7\)](#)



En la última edición del DSM-V que hace pública la APA en **2013**<sup>13</sup>, la transexualidad pasa de diagnosticarse **“Trastorno de Identidad de Género”** a **“Disforia de género”**. Los cambios de denominación y criterios diagnósticos que se pueden apreciar 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. Diagnósticos a través de los cuales se decide cómo las personas trans\* deben sentir y comportarse para poder acceder a pautas hormonales, acompañamiento psicológico, intervenciones quirúrgicas, cambio de nombre y género en los documentos oficiales, etc.

Desde distintos organismos y asociaciones defensoras de los derechos de las personas trans\* se asegura que la existencia de un diagnóstico psicológico-psiquiátrico solo ha servido para aumentar la discriminación y el estigma social; y que el DSM actúa como herramienta de control social legitimando el sistema sexo-género binario, ya que no permite 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.

Durante la primera década del siglo XXI la ciudad de Barcelona acoge un importante auge del activismo trans\*, que se ve materializado en la **campaña internacional “Stop Trans Pathologization”** (STP-2012) surgida en 2009<sup>14</sup>, mediante la cual se manifiestan más de 40 ciudades de todo el mundo exigiendo 5 puntos básicos:

- Retirada del Trastorno de Identidad de género de los manuales internacionales de diagnóstico en sus próximas versiones DSM-V (APA) y CIE-11 (OMS).
- Abolición de los tratamientos de normalización binaria a las personas en condición de intersexualidad.
- El libre acceso a pautas hormonales y a intervenciones quirúrgicas (sin la tutela psicológica-psiquiátrica).
- La cobertura sanitaria pública del proceso de reasignación de género.
- La lucha contra la transfobia: el trabajo para la formación educativa y la inserción social y laboral de las personas trans\*, así como la visibilización y denuncia de todo tipo de transfobia institucional o social.

Como ya hemos dicho, la APA en su última edición del DSM-V solo cambia la etiqueta diagnóstica de “trastorno” por la de “disforia”, pero no elimina la transexualidad de su manual. Pero por otro lado, la Organización Mundial de la salud hace pública en Mayo de 2019 su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11<sup>15</sup>. La nueva publicación sustituye a la CIE-10, hasta ese entonces vigente desde el año 1990. En la nueva clasificación las personas trans\* pasan 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 pasar a denominarla “incongruencia de género”.

<sup>13</sup> [Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™](#)

<sup>14</sup> [Stop Trans Pathologization 2012](#)

<sup>15</sup> [Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados \(CIE-11\)](#)

Este hecho se valora muy positivamente desde el activismo ya que, aunque tampoco se retira de la Clasificación Internacional de Enfermedades, las personas trans\* **dejan de ser oficialmente consideradas como enfermas mentales**. El argumento dado para no eliminarla del listado fue que muchos países solo cubren con sus políticas públicas lo que está mencionado en la clasificación.

Aterrizando en el panorama nacional, ya son diez las Comunidades Autónomas que mediante leyes autonómicas, emplean el término “autodeterminación de género” y once las que especifican que no es necesario un informe médico o psicológico para que la identidad de género sea reconocida administrativamente<sup>16</sup>.

Estas Leyes permiten entre otras cosas que las personas trans\* (aún sin haber podido acceder al reconocimiento legal de su nombre y género) accedan a determinada documentación donde sí se refleja su nombre sentido. Documentos como la Tarjeta Sanitaria, carnets de bibliotecas, tarjetas de transporte, etc.

Un ejemplo importante es La Ley catalana 11/2014<sup>17</sup> que permitió, mediante la lucha del activismo, la despatologización de las identidades trans\* desde el ámbito sanitario, eliminando el diagnóstico psicológico/psiquiátrico como requisito para acceder a una transición médica. Hecho que a su vez permitió formalizar al servicio de Trànsit como puerta de entrada a la salud de las personas trans\*, brindando un trato no patologizante, de escucha activa y acompañamiento en las necesidades de la persona y basado en la autodeterminación. También permitió elaborar protocolos para los centros educativos, que permiten regular el nombre sentido en las listas y boletines de colegios, institutos y universidades.

No obstante a ello, estas legislaciones no están generalizadas en todos los territorios de nuestro país y su jurisprudencia es autonómica, por lo que las personas trans\* aún tienen que pasar por el aro de la patologización estatal a la hora de cambiar su nombre y género en los documentos oficiales. La actual Ley 03/2007, relativa a la rectificación registral de nombre y sexo, exige entre otras cosas un informe médico conforme se lleva un mínimo de dos años en tratamiento hormonal y un informe psicológico o psiquiátrico con diagnóstico de Disforia de Género; o lo que es lo mismo, un informe con diagnóstico de enfermedad mental.

Actualmente 8 de los 27 países miembros de la Unión Europea no exigen diagnósticos médicos ni tratamientos hormonales a las personas trans\* para poder ver reconocida su identidad. A su vez son otros 9 países fuera de la UE los que reconocen el derecho a la autodeterminación. Reconocimiento totalmente indispensable para garantizar los Derechos Humanos de las personas trans\*.

España no puede quedarse a la retaguardia y es por ello que se hace imperiosa la necesidad de aprobar una Ley estatal que garantice los derechos básicos y la dignidad de las personas trans\*, binarias y no binarias, y que iguale o mejore las diferentes legislaciones autonómicas actuales.

<sup>16</sup> [Así regulan ya varias CCAA la autodeterminación de género que propondría la Ley trans](#)

<sup>17</sup> [Ley 11/2014 del 10 de Octubre \(CCAA de Catalunya\)](#)

## 4. APROXIMACIÓN A LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 Sexo, Género y Orientación sexual

**SEXO:** El sexo biológico es el conjunto de características anatómicas del cuerpo humano como son los órganos sexuales (internos y externos), las gónadas, o las características sexuales secundarias; y de características fisiológicas como las hormonas y los cromosomas. Es en éstas características en las que se basa la diferenciación sexual de la especie humana entre “machos” y “hembras”. Las personas cuyos órganos sexuales o demás características que determinan el sexo varían respecto de lo que se considera propio de machos y hembras, son las personas intersexuales o intersex y esta condición lleva el nombre de intersexualidad.

**GÉNERO:** El género por su parte es una construcción cultural asignada a cada categoría sexual, es decir, las formas de hacer, pensar y sentir que culturalmente se espera y se enseña a cada persona según su sexo. Conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, construidas en cada cultura y momento histórico, tomando como base la diferencia sexual a partir de la cual se construyen los conceptos de masculinidad para el hombre y de feminidad para la mujer<sup>18</sup>. La norma establece que al macho se le asigna el género “hombre” y ha de comportarse de forma masculina, y a la hembra se le asigna como “mujer” y ha de comportarse de forma femenina.

La necesidad social, por parte del patrón imperante en la asignación del sexo comienza incluso antes del nacimiento del bebe. En la etapa diagnóstica de su sexo mediante la ecografía, se pone en marcha la maquinaria de los marcadores sociales del género para no tener que movernos en un terreno abstracto desconocido y que por lo tanto produce miedo. A partir de ese momento se construye el imaginario del rol que tendrá que adquirir esa persona, como tendrá que vestirse, como tendrá que comportarse y a quién tendrá que amar. El momento de asignación del sexo biológico, constituye el punto de partida de una predestinación cultural articulada en expectativas sociales, roles y rasgos de personalidad.

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** El género está dividido en tres dimensiones: el sexo, el género propiamente dicho y la orientación sexual. Esta última es la atracción física, emocional, erótica, afectiva y espiritual que sentimos hacia otra persona. La representación del patrón cis-heteronormativo es considerada como la correcta. No obstante, a ello, la orientación sexual, se refiere al género al que una persona se siente atraída en el plano emotivo, romántico, sexual y afectivo; y no siempre se corresponde con la norma.

<sup>18</sup> [Sexo, género y biología \(Joaquín de Juan Herrero, RMP-Cañaveras feminismo-s, 2007\)](#)



En función de esa atracción podemos extraer numerosas **etiquetas o definiciones**. Las de mayor conocimiento o difusión (pero no las únicas) son:

**Heterosexualidad** es la atracción sexual o emocional hacia personas del género opuesto.

**Homosexualidad** es la atracción sexual o emocional hacia personas del mismo género.

**Bisexualidad** es la orientación sexual que involucra atracción física y/o sentimental hacia personas de ambos géneros.

**Pansexualidad** es la orientación sexual caracterizada por la atracción hacia otras personas independientemente de su sexo y género, no siendo éste excluyente.

**Omnisexualidad** es aquella que siente inclinación erótico-afectiva por personas de cualquier género o sexo, siendo éste sexo o género determinantes en la atracción.

**Polisexualidad** se define como la atracción romántica, la atracción sexual o la conducta sexual dirigida hacia más de un género, pero no hacia todos ellos.

**Skoliosexualidad** es en la que sólo se siente atracción por sujetos que no poseen una identidad sexual binaria: en otras palabras, que se sienten atraídos por personas que no se identifican como mujer ni hombre en su totalidad.

**Heterorromántica** es aquella en la que se siente atracción de forma romántica, pero no sexual, por un sexo o género distinto al suyo.

**Homorromántica** es aquella en la que se buscan relaciones románticas con personas de su mismo género, por variadas razones, incluyendo la compañía, el afecto y la intimidad, pero no sienten necesariamente atracción sexual.

**Androginosexualidad** es la atracción sexual hacia personas andróginas, que tienen características tanto masculinas como femeninas.

**Demisexualidad** es la atracción sexual exclusivamente hacia personas con las que previamente se han desarrollado lazos emocionales estables y de cierta duración.

**Asexualidad** es definida como la falta de algún tipo de orientación sexual.

**Grisaxualidad** se trata de una orientación englobada dentro del espectro de la asexualidad, que viene definida por la atracción sexual hacia otros solo en momentos muy concretos.

## Condición de Intersexualidad

Las personas en condición de intersexualidad son aquellas que nacen con unas características sexuales no clasificables según los modelos culturales de macho y hembra. Alrededor de 1 de cada 100 nacimientos presenta alguna diferencia en el desarrollo sexual (ya sea anatómica o fisiológica) y 1 de cada 2.000 recién nacidos presenta unos órganos genitales lo suficientemente diferentes como para convertir en problemática la atribución de un género. Estas cifras nos arrojan un porcentaje cercano al 1,7% de la población mundial, cifras similares al de las personas pelirrojas<sup>19</sup>.

En estos casos la asignación del género es compleja y crítica. Es un equipo multidisciplinar formado por pediatras endocrinólogos, cirujanos, urólogos pediátricos, ginecólogos, neonatólogos, genetistas y psicólogos, quienes consensuándolo con los progenitores tomarán esa decisión. Actualmente los criterios vigentes para dicha asignación se fundamentan en

1. Los resultados psicosexuales en adultos
2. La fertilidad potencial
3. Las opciones quirúrgicas
4. La necesidad de tratamiento hormonal sustitutivo durante la pubertad<sup>20</sup>.

En el caso de valorarse una intervención quirúrgica su indicación debe realizarse de forma conjunta entre la familia y el equipo multidisciplinar que le asesorará. En lo posible también deberá participar la propia persona en la toma de decisiones. Por ello, desde el año 2006 se observa una tendencia a diferir la cirugía hasta una edad en la que la persona pueda participar. Cuando la cirugía se realice en edades tempranas de la vida, deben evitarse procedimientos mutilantes o irreversibles. Pero esto no ha sido siempre así, ya que hasta la fecha mencionada era el equipo multidisciplinar quien, mediante cirugías y tratamientos, intentaba adecuar esa genitalidad para atribuir un género. Y en su mayoría, esas intervenciones no se debían a razones de salud, sino a la necesidad cultural de mantener las distinciones entre los dos sexos.

Es muy probable que las numerosas agresiones y el maltrato institucional que han recibido las personas con esta condición a lo largo del tiempo hayan generado graves secuelas psicológicas y/o físicas. Cabe también destacar la gran labor activista que llevan realizando desde hace años las distintas asociaciones de familias y personas intersex en su lucha por la despatogización de la condición de intersexualidad<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> [Intersex](#)

<sup>20</sup> [Anomalías del desarrollo sexual. Desarrollo sexual diferente](#)

<sup>21</sup> Asociaciones Intersex: KALEIDOS (Organización Intersex por la Diversidad), GrApSIA (Grupo de Apoyo a personas y familiares con Insensibilidad a los Andrógenos), Caminar Intersex, Grupo de Apoyo Krisol Pro Derechos Humanos Intersex Adriano Antinoo-, con el apoyo de otras agrupaciones de ámbito internacional –Brújula Intersexual, Orquídea Intersexual, NOAintersex, Vivir y Ser Intersex, Intersex y Andrógino, Unión Trans Intersex.

Pero si bien la anatomía es uno de los criterios más importantes para la clasificación de los seres humanos, es evidente que la biología en sí misma no garantiza las características que socialmente se le asignan a cada uno de los sexos. Es el caso de las personas intersex, ya que la decisión de quién es hombre o mujer es del equipo médico que firma la partida de nacimiento, como varón o hembra.

## Sistema Sexo-Género

La expresión “sistema sexo-género” fue acuñada por primera vez por Gayle Rubin en el artículo “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo” (1975). Y la define como un “conjunto de acuerdos por el cual la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana...”<sup>22</sup>.

Se puede definir como el sistema de relaciones sociales asimétricas que transforma el sexo biológico en una identidad o rol, definiendo las normas de comportamiento, lo que se espera de cada persona, lo que es normal y lo que es patológico y los castigos sociales para quienes se salen de la norma. Sistema que ejerce una relación de poder en la que se otorga un valor superior al género masculino que al femenino, o lo que es lo mismo, la subordinación de las mujeres hacia los hombres.

Este utiliza diferentes formas de violencia para reproducirse y perdurar en el tiempo. Los estereotipos de género son mecanismos de perpetuación de las representaciones sociales de género estereotipadas, que sostienen los pilares de una sociedad eminentemente patriarcal. Aspectos relacionados con las elecciones personales, la conducta y los ideales de belleza masculina y femenina, se conforman bajo parámetros arbitrarios en función de sostener una relación asimétrica entre los géneros.

## Identidad de Género

Es la autopercepción del género con el cual una persona se identifica. La norma establece que las hembras han de identificarse como mujeres y que los machos han de identificarse como hombres, pero es la vivencia del género tal y como cada persona la siente. Por lo que puede corresponderse o no con el género que le fue asignado al nacer en función de su genitalidad.

El prefijo “cis” significa “de este lado”, “de aquí”. Y su antónimo, el prefijo “trans” originario del latín significa “a través”, “más allá”, “del otro lado de”. Es por ello que a las personas que se sienten identificadas con el género que les fue asignado se les denominan “cis” o “cisgénero”.

Por contrapartida, las personas trans\* muestran que el género atribuido al nacer en función del sexo no se corresponde con la identidad sentida. Además, las formas de identificación no se limitan solo al binomio hombre/mujer, puesto que hay personas

<sup>22</sup> [Gayle Rubin “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”](#)



que se identifican dentro del continuo no binario. Una persona trans\* puede poseer características asociativas a un determinado género, identificarse de forma distinta dentro del binarismo, identificarse con género no binario, una mezcla de ambos, o con ningún género. En definitiva, personas que en mayor o menor medida se autoperciben como disidentes de género sin más.

De esta forma utilizamos el prefijo trans\*, 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, trans-géneros, crossdressers, travestis, genderqueers, "two-spirit", tercer género, agénero, etc.).

## Expresión de Género

Esta se vincula con la forma de cómo mostramos nuestro género al mundo. Puede ser a través de nuestro nombre, nuestros comportamientos, roles, vestimenta, aficiones, gestualidad, etc.

Nuestra sociedad principalmente está dividida entre los comportamientos asociados a la masculinidad y a la feminidad. Pero no debe confundirse expresión de género con identidad de género, ya que esta última se refiere al género con el cual una persona se siente identificada, y no siempre tiene por qué coincidir con la expresión de género. Es decir, que un hombre sea femenino no significa que se sienta identificado como mujer. Su expresión puede ser masculina, femenina, andrógina o cualquier combinación de las tres y ésta no tiene por qué determinar su identidad de género.

La expresión de género de una persona no siempre ha de mantener concordancia con su sexo biológico, su identidad de género o su orientación sexual. No se debe caer en el error de presuponer, por ejemplo, que si una mujer utiliza vestimenta o comportamientos socialmente atribuidos a lo masculino, por ello ha de ser lesbiana. De esta forma solo estaríamos limitando la riqueza de nuestra diversidad y perpetuando los estereotipos de género establecidos. Pero las personas cuya expresión de género no se ajusta a las normas y expectativas sociales, suelen ser objeto de duros castigos como acosos y agresiones físicas, sexuales o psicológicas.

## 4.2 Violencias de Género

Ya sea física, psicológica, simbólica o institucional, es la ejercida contra cualquier persona o grupo de personas en base a su sexo, género, identidad de género u orientación sexual.

### Violencia por preferencia sexual:

Es la violencia dirigida a aquellas personas que no se adecuan a la norma heterosexual (lesbofobia y homofobia).

### Violencia por diversidad de género:

Es la violencia dirigida a aquellas personas donde su identidad de género no se corresponde con el sexo de nacimiento (transfobia).

### Violencia machista:

Es la violencia que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

Las violencias por preferencia sexual o de género, suelen ser presentadas como hechos aislados o situaciones extraordinarias, y que por su naturaleza heterogénea no pueden ser presentados como fenómenos arraigados y cotidianos de nuestra sociedad. Por ello resulta difícil que se les pueda dar una respuesta institucional organizada, como sucedía antiguamente con la violencia machista.

De tal modo que necesitamos un esfuerzo combinado y multidisciplinario para que se homogenicen este tipo de violencias y por consiguiente puedan existir más políticas públicas que den respuesta a la problemática<sup>23</sup>.

**Las violencias  
de género  
nunca son  
hechos aislados  
ni privados.**

23 [Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave Bioética](#)

## 5. CUERPOS EN TRÁNSITO. CÓMO ACOMPAÑAR LOS CAMBIOS FÍSICOS DE LAS PERSONAS TRANS\*.

Dra. Joana Cabrera Berger

La percepción del género con respecto a las personas que nos rodean se basa en un proceso de identificación, fundamentalmente, de una serie de rasgos físicos que culturalmente asociamos a la masculinidad o la feminidad (desde una perspectiva binaria de los géneros). Así pues, el automatismo que rige nuestra psique (culturalmente programada) a la hora de dirigirnos a otra persona en relación con su género, vendrá determinada en gran medida sobre nuestra percepción de estos rasgos. De forma simplista: cuando identificamos un vello facial más o menos frondoso y un torso exento de pecho, tenderemos a dirigirnos a la persona que tenemos en frente en masculino. Por el contrario, cuando no detectamos ese vello facial y, además, percibimos un torso con pecho, nos dirigiremos de forma automática en femenino hacia esta persona.

Del mismo modo que las interrelaciones, muchos espacios de uso público se dividen entre estos dos géneros, por lo que para la gran mayoría de personas trans\*, resulta muy violento que no se las reconozca, tanto en las interrelaciones como en el uso de espacios, con su género sentido debido a la ausencia de estos rasgos que culturalmente nos clasifican.

Además, existe todo un paradigma conceptual en torno a la concepción de hombre y mujer que nos exige tener una serie de rasgos físicos y carecer de otros, con el fin de poder ser validados socialmente como quienes somos en relación con el género.

Por tanto, la transición corporal resulta un elemento fundamental en la vida de muchas personas trans\* (que no todas), pues disminuye significativamente la violencia que se ejerce sobre ellas (directa o indirectamente), mejorando en gran medida el estrés psíquico diario que viven a raíz de los rígidos cánones que regulan los cuerpos binarios en nuestra sociedad.

Aun así, debemos tener en cuenta que, aunque muchas personas trans\* solicitan modificaciones corporales que mejoran sus vidas y experiencias, no todas tienen las mismas necesidades, por lo que cada transición debe individualizarse a cada persona que lo solicita realizando una escucha activa y proporcionando siempre una información veraz y actualizada sobre los pros y contras de cada decisión.

En este apartado, realizaremos una breve introducción sobre los **conceptos fundamentales** que deben tenerse en cuenta a la hora de acompañar los tránsitos, y lo realizaremos **según las etapas de desarrollo**.



## 5.1 Acompañar las infancias trans\*

Todas las personas iniciamos el desarrollo psíquico identitario desde que empezamos el desarrollo del habla por lo que, en base a distintos factores individuales y del entorno, no es infrecuente encontrar personas muy pequeñas (desde los 2-3 años) que expresen su identidad sentida y que ésta no se corresponda con el sexo que se le asignó al nacer.

Muchos profesionales de la pediatría presentan claras dificultades a la hora de acompañar las infancias trans\* o aquellas infancias donde los estereotipos normativos del género no se cumplen y sus madres o padres acuden en busca de ayuda. A menudo, por desconocimiento, estas criaturas son derivadas a servicios de salud mental o directamente no son acompañadas.

En realidad, acompañar estas infancias es de lo más sencillo. Tan solo se trata de cumplir con tres principios: **escuchar, respetar y proteger**.

Así pues, cuando las madres o padres de una criatura acuden al pediatra, la función de este no es más que la de escuchar las necesidades de acompañamiento que tiene la familia, tranquilizarla y explicarles que respeten a la criatura en lo que vaya necesitando, pues un espacio de seguridad familiar es fundamental para el desarrollo de la autoestima de ésta para que, en un futuro, pueda tomar las decisiones que necesite desde la confianza y el empoderamiento personal.

Por otro lado, resulta fundamental que las y los pediatras exploren siempre la posibilidad de que existan **factores de sufrimiento** en esa criatura. A menudo, éstas pueden expresar su malestar de distintas maneras siendo “diagnosticadas” erróneamente como alteraciones de la conducta o como trastornos del déficit de atención e hiperactividad, por poner algún ejemplo. Esto puede deberse a que no tienen un entorno familiar seguro, libre de hostilidad, en el que se sientan protegidas, o porque en el entorno educativo están sufriendo acoso, o por otros motivos del entorno que puedan estar generando un sufrimiento interno de la criatura a la hora de poder expresar su género tal y como lo necesita.

Debemos recordar que la infancia es una etapa exploratoria de la identidad que se está forjando en todos los sentidos (incluida la identidad de género), de modo que las criaturas pueden expresar verbal o estéticamente, sus necesidades de exploración en relación a su identidad de género. Aunque resulte difícil (e incluso controvertido), debemos huir de la automática necesidad definitoria que nos caracteriza a las y los profesionales de la salud. Las criaturas pueden ponerse la ropa que les plazca, jugar con lo que más les guste y nombrarse como quieran sin la necesidad de que las etiquetemos de forma automática como menores “trans\*”.

Resulta fundamental respetar, mediante un acompañamiento abierto, las curiosidades y necesidades que las criaturas tienen, dejándolas explorar en la plasticidad de sus propios conceptos y alejándolas del marco clasificatorio en el que nos movemos las personas adultas.

**Tres principios  
para acompañar  
a las infancias  
trans:**

**escuchar,  
respetar y  
proteger.**

Solo la criatura será capaz de decirnos, cuando así lo haya decidido y tras todas las exploraciones que ésta precise, si como sociedad nos equivocamos al registrarla con un género determinado incluso antes de que nos lo pudiera decir por si misma, o si sencillamente tiene una expresión de género distinta a la norma rígida que se le impone en función a su corporalidad. No existen tests ni pruebas diagnósticas que puedan corroborar quienes somos. Así pues, no se trata de “diagnosticar” la identidad de género, sino de respetar y confiar en lo que la criatura nos dice y acompañarla, protegiéndola de las consecuencias sobre la salud que la transfobia pueda generar.

## 5.2 Bloquear el desarrollo de la pubertad

Así pues, durante toda la infancia podemos dejar ser libres a nuestras criaturas, pues lo único que estamos haciendo es acompañarlas, protegiéndolas de los espacios de hostilidad y permitiéndoles explorar sus propias necesidades.

¿Cuándo intervenimos? Cuando salen los pelitos.

Resulta recomendable realizar un acompañamiento abierto y basado en la confianza con el menor y su familia de modo que todos ellos sepan que pueden consultarnos las dudas que precisen en cada momento.

En este sentido, los cambios físicos que proyectamos sobre nuestros cuerpos con relación a la adolescencia pueden llevar al sufrimiento del menor si éste no sabe qué opciones puede contemplar.

Debemos explorar qué cambios le producen estrés psíquico porque no quiere que aparezcan y cuáles de ellos no le importan. En base a ello, podremos plantearle a la criatura y su familia, las opciones de tránsito en la que les podemos seguir acompañando.

En este sentido, cuando los menores expresan claro estrés psicológico en relación con la aparición de determinadas características sexuales secundarias, podemos plantearles la opción de “congelar” su momento de desarrollo de tal modo que éstas no aparezcan mediante el uso de los conocidos como “bloqueadores de la pubertad” (o lo que es lo mismo: análogos de la GnRH).

Cuando planteamos esta opción, debemos informar de que **su desarrollo se detendrá** mientras utilicemos este tipo de fármacos y se detendrá entero. Dejarán de desarrollarse las características sexuales secundarias que no desea, pero también se detendrá el crecimiento durante ese periodo de tiempo. Además, si tras el bloqueo iniciamos un tratamiento hormonal cruzado (feminizante o masculinizante), detendremos también su capacidad fértil pues sus órganos reproductivos y, por ende, sus gametos (óvulos o espermatozoides) tampoco tendrán la posibilidad de madurar. Cabe añadir que, en

**Acompañamiento  
abierto y basado  
en la confianza  
con el menor y su  
familia**

el caso de las chicas trans\*, si en un futuro desean realizarse una vaginoplastia, ésta deberá realizarse empleando tejido colónico dado que el tratamiento bloqueador de la pubertad no permitirá desarrollar un pene con la longitud suficiente para la realización de la técnica quirúrgica habitual.

Este tipo de fármacos se pueden iniciar desde que alcanzamos el **estadio II de Tanner**. De manera muy simplista, en las chicas esto se traduce en un aumento del tamaño testicular concreto y, en los chicos, en un desarrollo primario de la mama. Además, con mucha probabilidad, ya habrá aparecido el vello en la zona axilar y un vello incipiente en el pubis. Previo a estos cambios, no hay tránsito corporal que iniciar.

Según las guías clínicas vigentes, se recomienda suspender el tratamiento bloqueador de la pubertad a los 14 años, iniciándose un tratamiento hormonal cruzado con hormonas feminizantes o masculinizantes siempre que el menor así lo desee.

Una vez se detiene el uso del tratamiento bloqueador de la pubertad, los efectos sobre el crecimiento óseo se revierten, de modo que las criaturas recuperan gran parte de su potencial de crecimiento.

Aunque cada Comunidad Autónoma regula los requisitos previos al inicio de estos tratamientos, no debería exigirse ningún tipo de informe psico-psiquiátrico previo a su inicio, pues como ya hemos comentado, la identidad de género de cada persona no es "diagnosticable". Por otro lado, conviene realizar un análisis completo (sin cariotipo), incluyendo las hormonas sexuales, previo a inicio para poder monitorizarlo regularmente.

### 5.3 Tratamientos hormonales

La administración exógena de hormonas sexuales para desarrollar las características sexuales secundarias del género sentido se conoce como "**tratamiento hormonal cruzado**" (en adelante, **THC**).

Mientras se mantenga este tratamiento, los cambios físicos se irán produciendo de forma progresiva siendo algunos de ellos cambios irreversibles (marcado con una "**I**") y otros reversibles (marcado con "**R**"). Esto significa que, si en algún momento se decide suspender el tratamiento o si se debe suspender por razones de salud, los cambios físicos marcados como reversibles volverán a estar bajo la influencia de las hormonas sexuales que cada individuo produce por si mismo, mientras que los irreversibles no se modificarán o lo harán mínimamente.



En el caso de los **chicos trans\* o las personas trans\* masculinas** el THC consiste en la administración de **testosterona**, bien mediante la aplicación tópica en gel o la administración intra-muscular.

Los **cambios físicos que produce la testosterona**, en orden más o menos cronológico, son:

- Disminución del tono de voz (I) — esto se debe a que la testosterona engrosa las cuerdas vocales de forma progresiva.
- Cambios en la distribución grasa del cuerpo (R) — situándose ésta en la zona abdominal y disminuyendo de la zona glútea y de las caderas.
- Aumento de la masa muscular (R) — aumentando en su volumen y potencia, por lo que también existirá una ganancia de peso de aproximadamente 2-3 kg.
- Aumento del vello (I) — el vello corporal se vuelve más grueso, más pigmentado y crece con mayor velocidad, apareciendo en brazos, piernas, pubis y región abdominal. Además, puede aparecer también en el torso, hombros y espalda. También se inicia la aparición de vello en la cara de forma progresiva. En el caso de tener una genética predisponente, la testosterona podrá propiciar la caída del pelo del cuero cabelludo de forma progresiva.
- Cambio en la piel (R) — la piel se vuelve más grasa.
- Aumento del tamaño del clítoris (I) — el clítoris puede aumentar hasta unos 5cm sobre su tamaño basal pudiéndose experimentar sensaciones de tirantez.
- Disminución de la turgencia de las mamas (R) — el pecho no desaparece ni disminuye de tamaño, pero suelen estar menos firmes.
- Amenorrea (R) — en los primeros 3-4 meses se suele producir una alteración del ciclo menstrual y después suele desaparecer. Durante el primer año de tratamiento, se puede sufrir dolor abdominal cólico como el habitual en las menstruaciones, pero sin sangrado.
- Infertilidad (R) — este es un punto controvertido, pues si bien es cierto que durante el uso de testosterona exógena la fertilidad disminuye, debemos tener en cuenta que el nivel de hormonas sexuales no es estable por lo que siempre conviene recordar el uso de métodos anticonceptivos de barrera en aquellas relaciones sexuales con otras personas que puedan generar una gestación indeseada. Además, en el caso de desear gestar, conviene abandonar el uso de testosterona durante un tiempo para evitar tener un embarazo de riesgo.
- Aumento del deseo sexual (R) — efecto dependiente de la experiencia de cada persona.
- Aumento de la reactividad (R) — entendida como el tiempo de latencia entre un estímulo y la respuesta impulsiva. Este efecto también depende de la experiencia de cada persona.

El **efecto secundario** más frecuente del uso de testosterona es la aparición de acné que, en casos graves, conviene tratar. Por otro lado, la testosterona aumenta la producción de glóbulos rojos de la sangre y cambia el metabolismo de las grasas, por lo que se deberán realizar analíticas de forma periódica para vigilar estos parámetros.

Finalmente, conviene realizar un seguimiento ecográfico de los ovarios cada 3-5 años pues, al no tener menstruaciones, no podremos valorar posibles alteraciones de estos órganos si no es mediante pruebas de imagen.

En el caso de las **chicas trans\* o las personas trans\* femeninas** el THC consiste en la administración de antiandrógenos (por vía oral) y de estrógenos (por vía oral o transdérmica en spray).

En este caso, debemos usar **antiandrógenos** para bloquear la producción de testosterona, pues los efectos corporales de ésta predominan frente a la capacidad de los estrógenos. Existen distintos tipos de antiandrógenos, pero el que se utiliza con mayor frecuencia en nuestro país es el Acetato de Ciproterona. En este caso, deberemos explicar a las usuarias sus **efectos**:

- Aumento del apetito.
- Alteraciones del humor.
- Náuseas durante las primeras semanas de uso.
- Dificultades para la erección y la eyaculación sin afectar sobre la capacidad de tener orgasmos.
- Disminución de la fertilidad.
- Aparición de meningioma en menos del 5%: el meningioma es un tumor benigno de las meninges (capas que recubren nuestro sistema nervioso central) que tiene una asociación dosis-dependiente con el acetato de ciproterona, de manera que, a mayores dosis de uso, más probabilidad de aparición. No maligniza, pero produce un dolor de cabeza intenso e incapacitante asociado a náuseas, alteraciones visuales y de la coordinación. En este caso, se recomienda acudir a un profesional de la salud para que se realice la correspondiente exploración neurológica y se solicite una prueba de imagen (TAC), además de suspender inmediatamente el uso de este fármaco. La literatura describe que el 70% de ellos desaparecen con la suspensión del tratamiento.
- Toxicidad hepática. El daño al hígado del acetato de ciproterona también es dosis dependiente, por lo que conviene monitorizar estos parámetros mediante analíticas periódicas y evitar el abuso de otras sustancias hepatotóxicas como el alcohol.

Por otro lado, con el fin de “feminizar” los rasgos físicos, emplearemos **estrógenos** cuyos **efectos**, en orden más o menos cronológico, son:

- Cambio en la piel (R) — la piel se vuelve más fina.
- Cambios en la distribución grasa del cuerpo (R) — situándose ésta en la zona glútea y las caderas. Además, existirá una cierta retención de líquidos que puede llevar a la aparición de varices en las piernas y suele conllevar un aumento de peso.
- Disminución de la masa muscular (R) — disminuyendo en su volumen y potencia, por lo que la mayoría suele experimentar cansancio al inicio del tratamiento.
- Mínimos cambios en la voz (R) — no se modifica el grosor de las cuerdas vocales, sino que el cambio de masa muscular y grasa del cuerpo, afectando a la región del cuello, modifica la caja de resonancia pudiendo producir ligeros cambios en la voz.

- Aparición de pecho (I) — el pecho empieza a aparecer en los primeros meses de tratamiento, produciendo hipersensibilidad y aumentando el volumen del pezón. Con el tiempo el pecho crece progresivamente durante los dos primeros años de tratamiento, dependiendo este crecimiento no solo de la predisposición genética de cada persona, sino también de su corporalidad y la edad de inicio de tratamiento hormonal.
- Disminución del vello (R) — el vello corporal se vuelve más fino, menos pigmentado y crece más lento, disminuyendo en la región de brazos, piernas y pubis. Por el contrario, el vello de la zona abdominal, el pecho o la cara no se elimina con el uso de estrógenos. En el cuero cabelludo, el pelo suele crecer con mayor rapidez y volumen, pero no reaparece en las zonas donde se haya despoblado.
- Disminución del volumen de los genitales (R) — el pene y los testículos (sobre todo éstos) pueden disminuir hasta una cuarta parte de su volumen original de forma progresiva.
- Disminución del deseo sexual (R) — efecto dependiente de la experiencia de cada persona.
- Cambios de humor (R) — los cambios de humor dependen de la experiencia de cada persona, pero suelen alternar entre episodios de tristeza, mayor sensibilidad y mal humor.

El principal **efecto secundario** del uso de estrógenos es el efecto trombótico. Esto conlleva un aumento del riesgo de padecer eventos cardiovasculares con el tiempo (p. ej: ictus o infartos), así como un aumento del riesgo de aparición de trombosis en las venas profundas (fundamentalmente de las piernas), con el consiguiente riesgo de que éste se desprenda y viaje hasta el pulmón pudiendo producir un tromboembolismo pulmonar.

Estos efectos dependen, además, de la coexistencia de otros factores de riesgo para su aparición como el tabaquismo, el consumo de otras sustancias tóxicas, la obesidad, el sedentarismo, la diabetes, la hipertensión o la hipercolesterolemia.

Además, resulta importante destacar la importancia de suspender el tratamiento con estrógenos de 2 a 4 semanas antes de una inmovilización prolongada (p. ej: viajes largos en avión, hospitalizaciones, etc.). En el caso de no poder predecir dicha inmovilización como, por ejemplo, cuando nos torcemos un pie y debemos estar un tiempo inmovilizados o con muletas, resulta importante avisar siempre al personal sanitario que nos atiende que estamos usando estrógenos, con el fin de que nos pauten alguna medicación anti-trombótica que nos proteja del riesgo de desarrollar trombos.

Finalmente, conviene realizar un seguimiento analítico periódico de los parámetros que pueden verse afectados con el uso de estos fármacos (hepáticos, lipídicos o de la coagulación, por ejemplo), así como aprender a realizarse auto-exploraciones mamarias periódicas con el fin de prevenir posibles patologías de la mama.



## 5.4 Tratamientos quirúrgicos

No todas las personas trans\* solicitan tratamientos quirúrgicos y de las que lo hacen, no todas tienen las mismas experiencias de tránsito. Así pues, hay algunas personas que los solicitan sin precisar hormonación previa (p. ej: chicos trans\* o personas trans\* masculinas no binarias que sólo precisan una mastectomía) y esto no debería ser un requisito imprescindible pues no hay literatura científica que demuestre de forma fehaciente que los tratamientos hormonales previos mejoran los resultados quirúrgicos.

Dicho esto, debemos recordar que en la mayoría de los servicios públicos de salud de nuestro país, uno de los requisitos para acceder a un tratamiento quirúrgico suele ser el de tener cumplida la mayoría de edad legal.

Además, es importante recordar que todos los tratamientos quirúrgicos son irreversibles, tienen un riesgo quirúrgico asociado y deben meditarse suficientemente previo a iniciarlos.

### Tratamientos quirúrgicos torácicos

En relación con los tratamientos quirúrgicos torácicos, disponemos de:

- **Mastectomía bilateral**

La mastectomía bilateral es la extirpación de ambas mamas. La técnica para realizarla dependerá del criterio del profesional de la cirugía plástica tras valorar las estructuras.

Se realiza mediante anestesia general y habitualmente requiere un ingreso hospitalario entre 5 y 7 días. Además, tras la cirugía, se coloca una faja compresora del tórax y unas bolsas de drenaje a cada lado durante un mínimo de 48 a 72 para que los fluidos de la intervención terminen de drenar. La principal complicación de esta técnica quirúrgica es la necrosis del pezón.

- **Mamoplastia de aumento**

Esta técnica consiste en el implante de prótesis en la zona pectoral simulando un pecho. Las técnicas de implante mamario, así como el tipo de prótesis (volumen y material) son distintas y dependen habitualmente del criterio del profesional de la cirugía plástica tras valorar las estructuras anatómicas.

Se trata de una técnica muy practicada, por lo que habitualmente no suele requerir largos tiempos de ingreso. Como principales complicaciones, éstas pueden comprender el rechazo de la prótesis o la degradación de estas con el tiempo. No suele ser recomendable realizar una mamoplastia de aumento en el primer año de inicio de tratamiento hormonal feminizante, pues el resultado de la intervención puede verse alterada por el propio crecimiento mamario.

## Tratamientos quirúrgicos de “reasignación sexual”

En relación con los tratamientos quirúrgicos conocidos como de “reasignación sexual”, tenemos varios tipos:

- **Histerectomía y doble ooforectomía**

Consiste en la extirpación del útero y ambos ovarios.

- **Orquiectomía bilateral con o sin penectomía**

Consiste en la extirpación de ambos testículos con o sin extirpación del pene.

En ambos casos, al extirparse las gónadas (ovarios o testículos) la persona ya no será capaz de producir hormonas sexuales por sí misma, por lo que estará ligada de forma obligada a utilizarlas de forma externa para evitar entrar en una menopausia precoz y prevenir la aparición de los síntomas de ésta, como son: sequedad de mucosas, debilidad y caída del pelo, cambios metabólicos o disminución de la densidad de los huesos con el consiguiente riesgo de fracturas.

Además, estas intervenciones, anulan por completo la capacidad reproductiva de la persona.

- **Metaoidoplastia**

Consiste en cortar el ligamento de suspensión del clítoris de manera que éste quede más exteriorizado. Esta técnica permite conservar plenamente la sensibilidad del órgano y no altera la función miccional de la uretra.

- **Faloplastia**

En este caso se trata de construir un neo falo, para lo que se suelen necesitar varias intervenciones quirúrgicas. En primer lugar, se debe realizar una histerectomía con doble ooforectomía y cerrar la zona perineal. Además, el neo falo se construye utilizando un trozo de tejido del antebrazo o del muslo que se formará cilíndricamente esculpiendo las características anatómicas de un pene y por el cual transcurrirá un conducto (neo uretra) para poder miccionar. Este tejido deberá implantarse durante un tiempo en alguna zona cercana a un gran paquete de vasos (habitualmente en la cara interna del muslo, cerca de la ingle) para valorar su implantación, pues el riesgo de que el tejido se necrose o presente alguna complicación es elevado. En un tercer paso, se implanta en la zona del pubis, añadiendo a veces unos dispositivos hidráulicos que permitan la erección, además de unas prótesis en la zona testicular.

Se trata de una técnica quirúrgica muy compleja, que precisa un alto grado de especialización y práctica por parte de los profesionales de cirugía general, cirugía plástica y urología. Las complicaciones post-quirúrgicas suelen ser elevadas. En primer lugar,

por que las neo uretras tienden a fistulizar (generar pequeños orificios de salida alternativos) y a infectarse; y en segundo lugar por que las prótesis hidráulicas precisan ser cambiadas cada cierto tiempo (aprox. cada 10 años) como todas las prótesis.

Además, a menudo los resultados quirúrgicos no suelen cumplir con las expectativas estéticas y funcionales de quienes se someten a esta intervención. Así pues, a pesar de que es una técnica posible, debemos tener en cuenta todos los pros y contras descritos previo a tomar esta decisión.

- **Vaginoplastia**

Por el contrario, la vaginoplastia, a pesar de ser una técnica quirúrgica muy compleja, ésta tiene hoy en día mejores resultados que la faloplastia.

Existen varias técnicas utilizadas. La más frecuente consiste en generar una cavidad nueva en la zona del periné y recubrirla con la piel del pene en forma cónica (“inversión penenana”). Además, el glande se esculpirá como un clítoris preservando toda la sensibilidad del mismo y se generarán los labios mayores con la piel de los testículos.

Cuando el tamaño del pene es pequeño y no permite cubrir toda la nueva cavidad de la neo vagina, se corta un trozo del colon para esta función. El principal inconveniente de esta técnica, además de las posibles complicaciones al extirpar un trozo de tejido intestinal, es que la mucosa del colon produce una mucosidad característica, que seguirá expulsando por la neo vagina durante unos años.

Las principales complicaciones de las vaginoplastias son el dolor y los hematomas, así como la anemización y la posible infección de las suturas. La más grave es la necrosis del clítoris.

Por otro lado, inmediatamente después de la vaginoplastia, deberá iniciarse un proceso de dilatación de la cavidad mediante el uso de “dilatadores” (dildos de distintos tamaños). Esto resulta necesario porque, como toda cavidad neo-formada, tenderá a cerrarse por si misma. Así pues, el uso de dilatadores suele ser un proceso poco agradable, pues la zona operada suele estar muy sensible. Este uso se prolongará a lo largo de la vida de las mujeres que se hayan realizado esta intervención, aunque su frecuencia de uso disminuye considerablemente con el tiempo.



## 6. IMPLICACIONES PARA LA SALUD PSICOSOCIAL

### 6.1. La importancia del abordaje de las necesidades sociales de las personas trans durante sus procesos de tránsito en los entornos sanitarios.

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

Cuando se plantea la cuestión de cómo acompañar adecuadamente los tránsitos de las personas trans desde los entornos sanitarios; habría que comenzar por que los entornos sanitarios y las personas que los conforman entiendan mejor en que consiste un proceso de tránsito, y cuáles son los retos y dificultades globales que este proceso puede implicar para las personas trans.

Partamos de entender que, **el tránsito, es el proceso a través del cual una persona trans visibiliza cuál es su verdadera identidad de género a su entorno.** Ante esta cuestión es importante destacar que no se puede establecer una pauta única de cómo se realizan, ya que son procesos que llevan a cabo los seres humanos y cada persona es única.

En el curso de este tránsito habrá una parte, denominada tránsito social, en el cual la persona trans comunicará de manera total o parcial a las personas de sus contextos sociales y/o familiares cuál es su verdadera identidad de género. Además para algunas personas trans, este proceso de transición también podrá incluir distintos tratamientos médicos de modificación corporal que tengan como finalidad cambiar la apariencia de sus caracteres sexuales secundarios y/o genitales a través de: tratamientos hormonales, cirugías de modificación del tórax y cirugías genitales.

Es por esto que, es importante no creer que un proceso de tránsito debe ir ligado de manera indefectible a un proceso de modificación corporal; ya que hay personas que pueden desear realizarlos y otras personas que no. Incluso hay personas que pueden desear someterse a alguno de esos procesos pero sin embargo no a otros. Por ejemplo, habrá personas trans que quieran someterse a un tratamiento médico hormonal que modifique la apariencia de sus rasgos sexuales secundarios, pero no a una cirugía genital o del tórax, o viceversa. Por tanto a la hora de abordar estos procesos será fundamental averiguar en primer lugar cuáles son las necesidades que cada persona presenta respecto a su tránsito y qué cuestiones (sociales y/o sanitarias) desea incluir en el mismo. También identificar cuáles de estas situaciones pueden generar dificultades a la hora de que la persona trans pueda tener un estado de salud óptimo.

En ese sentido, 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

**La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.**

de la Salud (OMS), la define desde 1946 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 de una manera integral y 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.

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.

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 fundamentales. Una discriminación específica 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/bienes en igualdad de condiciones al resto de la sociedad.

Los estudios sobre cuál es el grado de discriminación social que experimentan las personas trans en su vida cotidiana según la Agencia Europea de Derechos Fundamentales (LGBTI Survey II, 2020) son escalofriantes: el 63 % de las personas trans manifiestan haber sufrido discriminación en su acceso a los servicios sanitarios, servicios sociales, o en los entornos educativos durante el año 2019. Específicamente el 39% fue discriminado en su acceso a los servicios sanitarios o sociales, el 42% sufrió discriminación a la hora de acceder a un empleo, el 34% sufrió discriminación en su propio puesto de trabajo, el 31% sufrió discriminación en su acceso a la vivienda, e incluso el 6% manifestó que durante 2019 había sido una persona sin hogar.

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; aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) dejó de considerarlas como tal en 2019. De hecho actualmente en nuestro país todavía en muchas comunidades autónomas, es una condición obligatoria que aquellas personas trans que quieran acceder a tratamientos médicos de modificación corporal, tengan que pasar por evaluaciones psiquiátricas que certifiquen (a través de un diagnóstico patologizante) cuál es su identidad de género. Eso por no recordar que la legislación de nuestro país (Ley 3/2007) sigue exigiendo un diagnóstico psiquiátrico de enfermedad mental y la obligatoriedad de dos años de tratamiento médico para poder acceder a la modificación del nombre y el género en el DNI.



Todas estas cuestiones provocan una serie de graves discriminaciones sociales que impactan de manera directa sobre la salud de las personas trans. Por eso es interesante fijar la atención en cuál es la calidad de la atención sanitaria que reciben las personas trans en Europa y en nuestro país, y cuál ha sido la propia experiencia de las propias personas trans usuarias de estos servicios sanitarios. Los estudios existentes sobre este asunto nos indican que todavía queda un largo camino a recorrer para lograr que los entornos del cuidado de la salud sean espacios transinclusivos y respetuosos con la diversidad sexogenérica.

Uno de los estudios que más ha ahondado sobre cómo es la atención sanitaria a las personas trans en Europa y específicamente en España, fue realizado por Transgender Europe en el año 2017 (Smiley et al., 2017). Dicha investigación recoge tanto las experiencias que han tenido las personas trans en los entornos de atención sanitaria, así como las experiencias del propio personal sanitario en la atención de personas trans. Los datos que ofrece sobre la transfobia existente en los entornos sanitarios son reveladores y a su vez muy preocupantes. Según esta investigación el 48,1% de las personas trans de España participantes en este estudio habían retrasado en algún momento acudir a su médico de atención primaria por su identidad de género, en su mayoría porque creían que recibirían un trato inadecuado debido a ser personas trans. Creencia que está avalada por las propias experiencias de este colectivo, ya que el 25,1% de las personas trans participantes en el estudio manifestaban haberse sentido discriminadas por su médico en los doce meses precedentes a la realización del estudio. Sobre todo en cuestiones relativas al uso inadecuado de su nombre/género en los entornos sanitarios, verse empujados a procedimientos médicos o psiquiátricos que no deseaban, o por la curiosidad inapropiada respecto a sus procesos de tránsito. Estas cifras son muy similares a las que publicaba en 2019 la Federación Estatal de Asociaciones LGTBI de España (FELGTB, 2019), donde se indicaba que el 33,3% de las personas trans encuestadas manifestaban que el trato que se le había dispensado desde los entornos de atención sanitaria no era el adecuado debido a ser una persona trans.

En base a estos resultados, y las dificultades que las personas trans manifiestan experimentar en los entornos del cuidado de la salud, es primordial recordar en primer lugar la importancia que tiene el **uso correcto del nombre y el género** (autoidentificado) de las personas trans en los entornos sanitarios. Ya que como hemos visto, éste es el trato inadecuado que las personas trans usuarias de servicios sanitarios denuncian sufrir más habitualmente. Recordar que aunque haya marcos legales autonómicos que ya regulan la obligatoriedad de hacerlo de esta manera en la mayoría de las comunidades autónomas; la responsabilidad de referirnos de manera adecuada a una persona trans es un cometido individual que las personas que desarrollan su labor en los entornos sanitarios deben cumplir. Con el fin de realizarlo adecuadamente es importante referirnos a la persona trans según el nombre y género que autoidentifican, y no hacerlo según se las registró al nacer (sea obligatorio o no según la normativa vigente). En el caso de no saberlo o tener dudas sobre el nombre/género de alguna persona, siempre podemos preguntarle cuál es el nombre y el género con el que quiere que nos dirijamos a ella. Esta cuestión debe considerarse como una buena práctica ya que, lograr que todas las personas se sientan cómodas y atendidas adecuadamente, debería ser el objetivo de cualquier persona que desarrolle su trabajo en el ámbito sanitario.

Esa es la razón por la que desde los entornos del cuidado de la salud debemos pensar seriamente sobre cómo conseguir que la **atención sanitaria que ofrecemos al colectivo trans sea realmente transinclusiva y respetuosa con la diversidad**. Una



reflexión que nos ayude a eliminar las barreras y la discriminación que experimentan actualmente, pero que además aspire a ofrecer el máximo nivel de protección de la salud para este grupo. Algo que debe pasar obligatoriamente por incluir la valoración de las dificultades sociales y personales que puede provocar la transfobia social durante los tránsitos de las personas trans como algo relevante para poder abordar adecuadamente el cuidado de su salud.

Con el fin de conseguir este objetivo es fundamental **mejorar el conocimiento** que actualmente tiene el personal de los entornos sanitarios sobre las necesidades específicas que tienen las personas trans. Ya que la principal base 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.

Por eso es fundamental que, las personas que desempeñan su labor en los servicios sanitarios puedan acceder a formación e información que les permita ampliar sus conocimientos sobre diversidad de género/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 sanitaria 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 entornos sanitarios a solicitar apoyo por miedo a no ser tratados adecuadamente debido a la transfobia o donde su identidad de género no sea respetada.

## ¿Qué tener en cuenta?

Respecto a la atención de las personas trans. Las personas que desarrollan su labor profesional en los servicios sanitarios deberían tener en cuenta las siguientes cuestiones con el fin de **integrar la perspectiva social en el cuidado de la salud** y por tanto abordarla de una manera integral y más eficaz:

- Tener en cuenta que **el tránsito de cada persona trans es único** y que requiere de un abordaje personalizado en cada caso. No todas las personas trans sufren el impacto de la transfobia de la misma manera ni sus necesidades médicas o sociales son iguales. Por tanto nunca se debe realizar una aproximación generalista a sus necesidades, si no averiguar que necesita cada persona (caso a caso) a través de la entrevista. Un trabajo de aproximación a su realidad que debe realizarse desde un entorno que sea percibido como un espacio seguro por parte de las personas trans y libre de prejuicios transfóbicos.
- Debemos averiguar **cuál es el momento del tránsito en el que se encuentra cada persona trans**, cuál es la vivencia que hace de ese proceso y cuáles son los apoyos u obstáculos que está encontrando en el mismo. Identificar si existe por

parte de la persona trans alguna dificultad relativa a: la autoaceptación, vivencia o visibilidad de su identidad de género; a la aceptación que hace su propia familia/entorno de su realidad; si al haber comenzado su tránsito la transfobia social le dificulta el acceso al empleo, la educación, la vivienda u otros derechos fundamentales; además cuáles son sus necesidades respecto a los tratamientos médicos de modificación corporal que quiera, o no, incluir en su proceso de transición.

- En el supuesto de identificar alguna de las cuestiones antes mencionadas será importante derivar a la persona trans al recurso adecuado e intentar **trabajar con el caso de manera coordinada e integral desde los entornos sanitarios**. Ya que abordar estas necesidades, en el caso de que existan, es fundamental para que una persona trans pueda tener una buena salud. De esta manera, las cuestiones relativas a sus emociones, la vivencia de su identidad de género o la que hace su familia/entorno de este tema deberían ser derivadas y tratadas por profesionales de la psicología. Las cuestiones relativas a las dificultades sociales que pueden causar la transfobia social durante el tránsito y que puede dificultar/imposibilitar en algunos casos el acceso a derechos fundamentales como el empleo/vivienda/ingresos sean apoyadas por profesionales del trabajo social. Y las cuestiones relativas a los tratamientos médicos de modificación corporal canalizados a las profesionales de la enfermería y/o atención médica especializada (endocrinología/cirugía/foniatría) que fueran necesarias. Todos ellos servicios disponibles desde la atención sanitaria pública.

- Con el fin de que las personas trans puedan acceder de una manera real y efectiva a sus derechos fundamentales es imprescindible que conozcan cuáles son las leyes promulgadas actualmente que los protegen. Cuestiones recogidas tanto en marcos legales estatales como la ley 3/2007 o la ley de cambio de nombre por uso habitual; así como los distintos marcos legislativos autonómicos que han legislado los derechos de las personas trans en aquellas competencias que les han sido transferidas como: la atención sanitaria, la educación, o la emisión de documentación administrativa autonómica entre otras muchas. Por eso será muy importante asegurarse de que las personas trans que atendamos desde los entornos sanitarios **conozcan sus derechos como personas trans**. En el caso de no ser así será fundamental referir a estas personas a entidades específicamente destinadas a personas trans o LGTBI, ya sean públicas (en el caso de existir) o del tejido asociativo, con el fin de que puedan acceder a una información completa sobre los marcos legislativos y cómo ejercer sus derechos.

- Por mucho que existan profesionales especializados en el acompañamiento de las necesidades médicas y/o sociales de las personas trans durante sus tránsitos, éstas personas tan sólo llegan a entender qué es lo que están viviendo. Pero no saben cómo se sienten, qué les preocupa o les da miedo a las personas trans. Esa experiencia es algo que sólo es accesible para otra persona trans. Personas que conocen perfectamente todas esas emociones porque las ha experimentado en primera persona durante su tránsito. Es por eso importante que, en la atención que ofrezcamos a las personas trans y a sus familias las orientemos a **asociaciones especializadas en la atención de personas trans, o de familiares de personas trans** con el objetivo de que puedan entrar en contacto con iguales. Se ha demostrado que estos espacios de autoapoyo y el contacto con iguales mejora las herramientas y el estado emocional con el que una persona trans afronta su proceso de transición.

- En el caso de identificar a personas trans altamente vulnerables a la exclusión social o que ya están experimentando una situación social de grave exclusión social en el presente, será fundamental derivarlas a los **servicios sociales** (ya sean generalistas o especializados en la atención de personas trans/LGBI en el caso de existir) con el fin de que reciban información sobre sus derechos y puedan acceder a recursos que las ayuden a acceder a sus derechos fundamentales. Desgraciadamente la alta tasa de desempleo, las dificultades para acceder a una vivienda o a unos ingresos mínimos garantizados que experimentan muchas personas trans durante sus tránsitos debido a la transfobia social, hace muy necesario que el personal sanitario sea capaz de poder identificarlas en el caso de estar sucediendo y sepa derivarlas al recurso adecuado para garantizar el acompañamiento adecuado. Ya que una persona no podrá tener acceso al máximo grado posible de salud si sus necesidades sociales no están cubiertas.

Para finalizar, sólo recordar a todas las personas que están leyendo este texto y que trabajan en los entornos sanitarios, que **vuestro esfuerzo para lograr crear un entorno sanitario transinclusivo puede marcar la diferencia** a vuestro alrededor. Necesitamos espacios sanitarios seguros donde las personas trans puedan acudir a solicitar un acompañamiento sanitario universal durante sus procesos de tránsito. Un acompañamiento sanitario que entienda la salud de manera global e integradora; donde las cuestiones sociales que de manera tan especial afectan al colectivo trans sean abordadas como una parte fundamental del itinerario sanitario y cuyo objetivo sea el de cuidar de una manera real y efectiva la salud de las personas trans.

La sanidad pública, puede y debe, ser transinclusiva; y como sociedad podemos ayudar a que sea una realidad.

**La sanidad pública  
puede y debe ser  
transinclusiva y  
como sociedad  
podemos ayudar a  
que sea una realidad.**

#### BIBLIOGRAFÍA APARTADO 6.1

- FELGTB. Las personas trans y su relación con el sistema sanitario. (2019)
- 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.
- Smiley, A., Burgwal, A., Orre, C., Summanen, E., García Nieto, I., Vidić, J., . . . Köhler, R. (2017). Overdiagnosed but underserved : Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden : Trans health survey TGEU Transgender Europe.



## 6.2 Las Realidades Trans y la Salud Mental

Alejandro Alder  
Psicólogo General Sanitario

Esta sección de la guía pretende crear conciencia acerca de la vinculación que puede existir entre las experiencias transfóbicas a las que están expuestas las personas trans y su salud mental.

### El contexto y la salud mental en las personas trans

En lo que respecta a la historia del **colectivo LGTBI**, las conductas de **discriminación y rechazo hacia la diversidad sexual** han sido producto de un aprendizaje social que se ha ido transmitiendo de generación en generación y que, la sociedad en general, ha normalizado. El colectivo trans es, dentro de la comunidad LGTBI, tal vez el más afectado y vulnerado, fundamentándose todo esto en la violencia a la que está expuesto por razones de su identidad. Dicha vulneración tiene un nombre concreto y se llama **transfobia**. Un maltrato manifiesto que cuenta con un alto nivel de prejuicio. Una forma de discriminación que afecta a las personas trans en diferentes ámbitos de su vida, entre estos a su salud mental, atentando contra su integridad y la libre expresión de su ser.

La transfobia es violencia y las consecuencias psicológicas que ésta puede generar en un individuo pueden llegar a ser devastadoras. Es por ello que, para poder comprender la realidad psicológica de las personas trans, primero hay que ser conscientes que en la línea de vida de muchas de ellas es muy común identificar experiencias adversas y violentas producto de la transfobia a la que han estado expuestas en múltiples ámbitos de su vida. Convivir en un ambiente con constantes adversidades por razones de la expresión de su propia identidad daña, hiere las emociones y deja huellas en el ser emocional. Este contexto ha de ser entendido por cualquier profesional que pertenezca al ámbito sanitario o cualquier otro que esté dispuesto a aprender e informarse sobre realidades trans y acerca del ambiente al que el colectivo ha estado expuesto a nivel psicosocial. Ser consciente de este escenario ayudará a crear sinergias y más bienestar en el colectivo. Entender, desde un conocimiento objetivo, los procesos experienciales a los cuales las personas trans pueden estar expuestas es un buen inicio para fomentar el respeto, la empatía y el cambio social que, al ir siendo asimilado por la sociedad, repercutirá beneficiosamente en la salud mental de la comunidad trans.

**Tener en cuenta el contexto** al que el colectivo ha estado y está expuesto es entonces un primer paso para el inicio del cambio y para que poco a poco se pueda crear un ambiente social más saludable en donde la sociedad vaya teniendo la oportunidad de crear un entorno más respetuoso hacia las realidades del colectivo.

En ocasiones, las personas trans tienen que estar justificando todo el día que su realidad existe y que es válida, un hecho que afecta y que trae repercusiones emocionales, genera inseguridades y miedos.

# La transfobia es violencia.

Por tanto, este documento tiene como objetivo ser una **herramienta de formación y de creación de conciencia**. Hemos de recurrir a la educación acerca de las vivencias trans, a psicoeducar a la sociedad en lo que respecta a las realidades trans. Así se propiciará que quienes pertenecen a ésta comunidad empiecen a gozar de una mejor calidad de vida cuando paralelamente, mientras se asimilan éste tipo de recursos, se empiecen a derrumbar prejuicios y los muros de transfobia que tanto han afectado y afectan a la salud mental del colectivo.

Siempre es constructivo, importante y fundamental hablar de salud mental en general. Lo que no se ve no existe y el primer paso es hacer visible lo que ha sido invisible, hacer consciente lo que ha sido inconsciente. Partiendo de esta premisa, una de las formas de poder conocer y apoyar la realidad trans es identificar y reconocer cómo la transfobia tiene un papel protagonista y nuclear en el deterioro de la salud mental de estas personas.

## Heridas emocionales

Las circunstancias adversas a las cuales las personas trans han podido estar expuestas en los ámbitos familiar, interpersonal y educativo pueden desarrollar heridas emocionales como son el rechazo, el abandono y la humillación. Dichas experiencias emocionales percibidas en el pasado, sobre todo en etapas más tempranas del desarrollo, suelen dejar huellas emocionales profundas en la persona.

## Ámbito familiar e infancia trans

La familia es el primer grupo de referencia para un individuo. Es esencial hablar de ella cuando hablemos de la salud mental en la diversidad sexual. Este núcleo social brinda a las y los menores un espacio en el cual aprenden normas sociales, así como elementos culturales que les permitirán un desenvolvimiento como individuos en la sociedad. Las experiencias de exclusión en éste ámbito dejan huellas psicológicas de abandono, rechazo, abuso y humillación en las niñas y niños. La profundidad de dichas heridas, así como el daño psicoemocional causado, variará según el contexto, la realidad y la personalidad de cada individuo. El apoyo por parte de padres, madres y en general de las y los cuidadores de primer orden influirá en la futura salud mental de la niñez trans. El no aceptar su realidad y la expresión de su ser puede llegar a tener consecuencias destructivas para el niño o niña, traer consecuencias negativas como riesgos psicológicos, sociales y emocionales y crear consecuencias devastadoras que posteriormente se pueden materializar en baja autoestima, un autoconcepto negativo, inseguridades, desconfianza y una gestión disfuncional de sus emociones. Si la niña o el niño percibe un rechazo a su identidad por parte de sus cuidadores principales, quienes son sus figuras de apego y quienes en teoría están allí para cuidarles y apoyarles, su salud psicoemocional correrá un riesgo mayor.

## Juventud trans, ámbito educativo y salud mental

El acoso escolar por razones de identidad sexual es un modo de violencia que puede estar ritualizado dentro de la juventud. Los silencios a la transfobia se pueden normalizar a través del miedo y el temor, permitiendo insultos, bromas, intimidaciones y mofas. Es importante visibilizar al colectivo joven trans, y dentro de éste también a quienes se identifican como no binarios. Si la juventud trans binaria y no binaria carece de un apoyo dentro del ámbito familiar y social les puede hacer más vulnerables a acosos, ataques y discriminaciones en el ámbito educativo que sus pares cisgénero. La falta de ese soporte emocional en los centros educativos y en el ámbito familiar incrementan el riesgo de deterioro de la salud mental de las y los jóvenes trans.

## Transfobia y sus efectos en la salud psicológica

Por tanto, podemos concluir que la discriminación por transfobia desempeña un papel fundamental en la salud psicológica de las personas trans. Dichas experiencias discriminatorias vividas son las responsables de que la comunidad trans esté más expuesta a presentar mayores riesgos de procesos suicidas, desarrollar trastornos mentales y ser más vulnerables al uso, abuso y dependencia de sustancias y/o alcohol. En sí, si la transfobia social es continua a lo largo de la vida de la persona, puede ser el origen del deterioro psicológico de ésta.

Percibir y padecer diversas formas de agresiones debido a la expresión de la identidad genera un sufrimiento psíquico que puede verse manifiesto en síntomas como una gestión disfuncional de las emociones del miedo, la rabia, la culpa y/o la tristeza; ansiedad, depresión e ideaciones suicidas. De igual modo, el rechazo social y la falta de apoyos puede llevar a acentuar una regulación disfuncional de las emociones, lo que abre la puerta a que para poder paliar la intensidad de las mismas, la persona las canalice de una forma desadaptativa a través de conductas autolíticas.

Contextos externos percibidos como constantemente agresivos pueden llegar a generar una ansiedad de alta intensidad, que a su vez crea angustia y posteriormente, como mecanismo de evitación, puede ocasionar que la persona decida aislarse cada vez más. Eso afecta a sus relaciones interpersonales y su interacción social, y perjudica más su salud mental. La exposición a acontecimientos traumáticos debido a la transfobia puede originar un Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT). La edad a la cual se experimenta el suceso traumático es un factor determinante y significativo para el desarrollo del TEPT, por lo que las experiencias traumáticas en la infancia se asocian a un mayor riesgo, al igual que a la presencia de síntomas más severos. En la edad adulta, la exposición a eventos traumáticos no se reduce exclusivamente al desarrollo de un TEPT. Dichas experiencias también se pueden relacionar con el desarrollo de Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad, Trastorno de Pánico y Trastorno de Ansiedad Generalizada. Asimismo, situaciones de discriminación y de rechazo constante pueden generar sentimiento de vacío, éste, se vincula a la depresión y también se suele encontrar íntimamente relacionado con la soledad percibida, la sensación de desesperanza y procesos suicidas.



## Mujeres trans y salud mental

Las mujeres trans, por el contexto social transfobo al que se ven se expuestas, pueden llegar a ser a más vulnerables psicológicamente. El machismo y el heteropatriarcado instan a que estas mujeres se vean más afectadas por múltiples discriminaciones, más que los varones trans. Además, es un colectivo de mujeres que está muy expuesto a la violencia sexual y laboral, dado que muchas de ellas se dedican al trabajo sexual como única opción por supervivencia, y en ocasiones las expone a ser más vulnerables a tratos crueles y denigrantes, a ser fetichizadas y cosificadas, así como a un cuidado insuficiente de su salud sexual. Si a esto le sumamos que existe un constante cuestionamiento a su identidad por parte de algunos sectores de la sociedad, encontramos que la situación de estrés, el estado de alerta y la ansiedad pueden verse incrementados teniendo consecuencias negativas en la salud mental de estas mujeres.

En lo que respecta al ámbito de la pareja, es importante tener en cuenta que aquellas mujeres que se identifican como trans también se ven afectadas con la violencia de género. El heterosexismo, la transfobia, el introyecto del maltrato, la vulnerabilidad al consumo de sustancias, los estereotipos sociales, el convivir con el VIH, la posible inexistencia de apoyo en el ámbito familiar y/o una red de amigos y amigas deficiente, entre otras, pueden ser factores de riesgo para que estas mujeres puedan llegar a ser más susceptibles de vincular emocionalmente con parejas tóxicas. Por lo tanto, sería recomendable que desde las administraciones públicas se valorara abordar con más profundidad y eficacia la prevención de la violencia de género en el colectivo de mujeres trans.

## Personas trans no binarias

Esta parte del colectivo trans, por razones de desconocimiento social acerca de su realidad, suele estar continuamente tratado con un género con el que no se identifican. La inflexibilidad de un binarismo social llega a ser violento y rígido y repercute en la salud mental de las personas trans no binarias. La invalidación constante de su identidad, de una forma continua, todos los días, es una experiencia agresiva que puede ser difícil de gestionar a nivel emocional. Aunque es verdad que hay un sector de la sociedad que intenta avanzar en el lenguaje, existe una resistencia de otra parte de la sociedad que incluso puede llegar a ridiculizarles al igual que satiriza el lenguaje incluyente. El vivir en una sociedad tan binaria puede tener como consecuencia la sensación que no existe un espacio para el colectivo. Éste desconocimiento y la invalidación de la expresión de su identidad, de su realidad, puede ser un factor de destrucción emocional para aquellas personas que se identifiquen con un género no binario. Por todo lo anteriormente expuesto, sus procesos experienciales y vivencias pueden llegar a ser más complejas y difíciles de abordar, puesto que pueden experimentar con mayor intensidad la adversidad de poder expresarse libremente como son. Esto puede provocar más inseguridades, incrementar la ansiedad y la depresión además de deteriorar más su autoestima y autoconcepto.

## Conclusiones

Para finalizar, podemos concluir que la transfobia es entonces una puerta a experimentar sucesos traumáticos constantes que hacen que el colectivo trans esté más expuesto al trauma por razones de su identidad. Experiencias como la violencia y el odio social; crímenes de odio (suelen tener muchas más probabilidades de ser víctimas de estos delitos que otros miembros del colectivo LGTBI, de cualquier otro grupo social minoritario o de la población en general); la violencia física; la violencia verbal; la discriminación, amenazas e intimidaciones; el homicidio; el asesinato; la violencia de género; una inadecuada o falta de asistencia a los servicios socio-sanitarios; las adversidades experimentadas en los contextos socio culturales; la vulnerabilidad al uso de sustancias para paliar de una forma desadaptativa y disfuncional la gestión de sus emociones; la experiencia de un trauma histórico en el cual el endogrupo trans ha estado expuesto a múltiples discriminaciones a través de generaciones; el rechazo en el ámbito familiar y la exposición al bullying en el ámbito educativo, que en ocasiones finaliza con abandono escolar, son algunos de los ejemplos de la exposición a experiencias traumáticas a la que se expone el colectivo.

## 7. ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS PERSONAS TRANS

Elena Longares

### Salud integral

Una visión integral de la salud tiene en cuenta las **implicaciones del entorno y su impacto en la salud y el bienestar individual y colectivo**. El entorno implica todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, así como el entorno físico y ambiental.

Por tanto, una visión integral de la salud sexual tendrá en cuenta el impacto del entorno sobre la **salud sexual**, que incluye el acceso a la salud, la educación recibida y el acceso a la información, el acceso a los recursos y servicios, así como los posibles ejes de desigualdad que determinen la salud de las personas. Esos ejes de desigualdad tradicionalmente son la edad, la identidad de género, la clase social, la etnia y el territorio. Si bien se le pueden añadir otros ejes producidos por otros sistemas de desigualdad como son la diversidad funcional, la heterosexualidad y, cómo no, el hecho de transitar en el género y/o tener identidades no normativas de género.

### Salud Sexual y Reproductiva

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la **salud sexual** es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Y la **salud reproductiva** aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee.

Ambos conceptos nacen en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994. Un reconocimiento que se convirtió en derechos en 1995 en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing. Desde entonces el abordaje de la salud sexual y reproductiva tiene un marco de derechos: los Derechos Sexuales y Reproductivos.

**Los derechos sexuales  
y reproductivos son  
derechos humanos  
para una sexualidad  
libre de discriminación**



En términos generales, los derechos sexuales y reproductivos hacen referencia al derecho humano a tener una sexualidad libre de discriminación, segura y a la capacidad de decidir sobre la propia capacidad sexual y reproductiva.

Un abordaje de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los derechos humanos implica que debe incluir una visión integral de la salud que facilite la detección de las desigualdades y aborde la salud teniendo en cuenta el entorno.

## Abordaje de la salud sexual y reproductiva

El abordaje de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos debe, entre otras cosas, facilitar el acceso a la salud para asegurar el más alto nivel posible de salud, el acceso a la información y la educación, y todo ello sin sufrir ningún tipo de discriminación ni violencia, asegurando la vida y la privacidad de las personas.

El ámbito de la salud sexual y reproductiva ha sido de los menos abordados por la educación formal y, en caso de que haya sido abordada, se ha hecho desde una visión cisheteronormativa, tanto para la población general como para las personas que se dedican profesionalmente a ella. En el ámbito profesional el desarrollo de la salud sexual y reproductiva en muchas ocasiones se centra en el abordaje de parte de la reproducción, también con una visión normativa de la sexualidad y la reproducción.

No obstante, la salud sexual tiene un abordaje mucho más amplio que no solo aplica a la reproducción ni tampoco implica únicamente el genotipo o fenotipo de las personas. La sexualidad es un concepto complejo con implicaciones sobre la identidad y la salud de las personas, así como su relación con las otras personas y el mundo.

La OMS define la **sexualidad** como un *aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.*

Teniendo en cuenta la definición de sexualidad y la de salud sexual, es necesario que el abordaje de ambas se haga de manera **positiva, satisfactoria, responsable y segura**. Por ello, un abordaje de la salud sexual que haga un acercamiento únicamente desde el riesgo sobre la salud física y la prevención de ese riesgo, dificulta un abordaje que tenga en cuenta toda la diversidad, todas las opciones y herramientas y, sobretodo una sexualidad plena.

**El abordaje de la salud sexual y reproductiva debe hacerse de manera positiva, satisfactoria, responsable y segura**

La salud sexual debe fomentar una sexualidad plena que fomente una relación positiva de la persona consigo misma y con su cuerpo y que promueva relaciones sexuales y/o afectivas positivas y sanas consigo misma y con las demás personas.

De hecho, tradicionalmente la información relacionada con la salud sexual, se ha abordado de forma individual, centrada en los riesgos físicos relacionados con la epidemiología y con una mirada normativa de la sexualidad y el género. Este enfoque provoca en muchas ocasiones un acercamiento a la sexualidad y a la salud sexual desde la culpa, la vergüenza y el miedo. Y, concretamente en las personas trans implica en muchas ocasiones retrasar o no acudir a los centros de salud. Además, la información facilitada casi nunca incluye a personas con sexualidades e identidades no normativas, especialmente a personas trans.

Por tanto, para empezar, para un buen abordaje de la salud sexual de manera integral es necesario reconocer a las personas y su capacidad de decidir sobre sus vidas y sus cuerpos. Esto implica el reconocimiento de la capacidad de las personas de determinar la propia identidad de género, así como de poder tomar las decisiones que atañen a sus vidas y sus cuerpos. Para ello, es imprescindible que las personas puedan tener el mayor acceso posible a la información que sea determinante para decidir sobre sus vidas y sus cuerpos. Pero también reconocer las decisiones que las personas tomen, partiendo de la responsabilidad y de toda la información posible.

En el ámbito de la salud sexual, la priorización de la salud pública y el control epidemiológico han sido decisivas en su abordaje. No obstante, no siempre se ha priorizado las decisiones de las personas, dado que el riesgo, así como el contexto histórico, social y cultural han supuesto un peso importante en las políticas y actuaciones que se han llevado a cabo. Especialmente en lo que se refiere al VIH y el sida se han dado avances muy importantes en el campo de la investigación científica y su aplicación en la medicina, no así en el ámbito social, donde el estigma asociado al VIH sigue provocando situaciones de discriminación en muchos ámbitos de la vida cotidiana. Prueba de ello es el hecho de que las personas con VIH se sigan manteniendo en el anonimato. La serofobia hacia las personas con VIH y hacia el propio virus tiene efectos sobre la vida de las personas con VIH, pero también dificulta la detección y diagnóstico. Una parte de este estigma está muy relacionado con la homofobia y la transfobia. Es esencial, por tanto, tener en presente el peso de la discriminación relacionada con el VIH que tiene efectos sobre las personas trans, en especial sobre las mujeres trans y otras identidades de género no normativas.

Los **servicios y recursos de salud sexual y reproductiva tienen que estar libres de LGTBIfobia** y estar especialmente sensibilizados y formados para dar una atención adecuada a las personas trans, estableciéndose como espacios libres de transfobia, transmioginia, y, en definitiva, espacios seguros y cercanos.

## La atención de las personas trans en el ámbito de la salud sexual

Para ello, se debe tener en cuenta la **realidad y necesidades de las personas trans** en tres ámbitos principales:

### Marco normativo del ámbito médico.

Las personas trans se han visto excluidas de los servicios, recursos, atención e información sobre la salud y, concretamente sobre la salud sexual.

En los protocolos, instrucciones y modelos sanitarios de salud sexual no se suelen recoger las realidades y necesidades de las personas o las personas con identidades de género diversas. De hecho, en muchas ocasiones muchas las personas trans ni siquiera saben a qué recursos y servicios pueden acceder ni cómo hacerlo, y, aunque lo sepan la violencia estructural sobre ellas impide que se acerquen y se expongan a más situaciones de incompreensión, discriminación y exclusión.

Para ello, incluir las diversidades de género en los protocolos, instrucciones, modelos, guías y otros documentos que constituyan el marco normativo que marca la atención y servicios que se facilitan a las personas es esencial.

Entre otras normas cabría incluir: normas que marquen la atención y el seguimiento sobre la salud sexual y reproductiva de las personas y que se apliquen en los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, realizadas habitualmente por profesionales de la ginecología y obstetricia; protocolos de parto respetado; protocolos de acceso a servicios, recursos y herramientas de anticoncepción; protocolos de interrupción voluntaria del embarazo; protocolos e instrucciones para el seguimiento del embarazo; protocolos e instrucciones para el seguimiento del parto; protocolos y guías sobre pruebas, diagnósticos y tratamientos para la salud sexual; entre otros.

### La atención a las personas trans.

Incluyendo a las personas trans en los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando un espacio seguro, cercano y una atención adecuada que no cuestione su existencia, que no sea discriminatoria, que sea libre de prejuicios y con un personal formado, tanto el personal médico, como el administrativo y el resto del personal que trabaje en estos espacios (personal de atención, seguridad, administración, gerencia, dirección, etc.).

La formación que reciba el personal tiene que servir para mejorar la atención basándose en el reconocimiento de los derechos de las personas trans como derechos humanos y des de los principios de los derechos sexuales y reproductivos.



### La atención debe garantizar:

- El bienestar emocional y físico de las personas trans, por encima de todo.
- El acceso a la información y, especialmente, una información de calidad que incluya la realidad de las personas trans y que garantice los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.
- El acceso a herramientas que faciliten el autocuidado de las personas trans. En este caso la información es de vital importancia, pero también otras herramientas pueden ser de utilidad, como el hecho de tener acceso al progreso científico y las mejoras que aporte, pero también el acceso a herramientas de mejora emocional, como puede ser la existencia de espacios de apoyo mutuo gestionados por la propia comunidad trans.
- El acceso a profesionales para la atención y el acompañamiento a la sexualidad que hagan una atención que garantice los derechos de las personas trans, por tanto, un acompañamiento libre de transfobia en todos los ámbitos y procesos que implique la salud sexual y reproductiva.
- El acceso a servicios sanitarios específicos de salud sexual y reproductiva: pruebas de diagnóstico, atención al diagnóstico, tratamiento adecuado y respetuoso con la identidad de la persona, acceso a todos los servicios de la salud reproductiva (des del acceso a las técnicas de reproducción asistida, el seguimiento del embarazo con todo lo que conlleva y el acceso a un parto respetado).

Todo ello, por supuesto, garantizando los derechos de las personas trans y reconociéndolos como derechos humanos, y con una mirada des de los derechos sexuales y reproductivos y la perspectiva de salud integral.

Finalmente, garantizar una buena atención también implica que los **espacios** donde se haga esa atención sean **inclusivos y accesibles**. Por tanto, es necesaria una valoración de los espacios que permita una planificación y organización que los haga lo más inclusivos y accesibles posibles para las personas trans.

Algunos ejemplos son:

- La organización de los servicios y lavabos.
- Hacer visible que es un espacio libre de transfobia y que da la bienvenida a la diversidad de género.
- Hacer que el espacio de trabajo sea también un espacio inclusivo, donde puedan trabajar personas trans y vivir sus identidades de género de forma libre y segura,

- Tener medidas de calidad que recojan quejas y reclamaciones para una mejora continuada del centro, con categorías inclusivas y que se analicen teniendo en cuenta indicadores que evalúen los derechos sexuales y reproductivos, así como la atención a personas trans.

Y otras opciones que puedan existir o se puedan proponer. Es especialmente útil tener planes de igualdad inclusivos para poder incluir posibles mejoras de forma continuada.

### Considerar la diversidad de género en el ámbito científico

Considerar la diversidad de género en el ámbito científico y de la investigación como una realidad que debe formar parte de la investigación, garantizando el reconocimiento de la diversidad de género, así como haciendo un acercamiento desde el respeto, los principios de la inclusión y la no discriminación. En este ámbito encontramos, por ejemplo, que muchas investigaciones sobre salud sexual recogen a las mujeres trans dentro de los colectivos de hombres que tienen sexo con hombres, haciendo casi imposible conocer cuál es una realidad y sus necesidades específicas, además de implicar una negación de la identidad de género de la persona. La investigación debe suponer una mejora para la vida de las personas, por tanto, debe respetar y comprender la diversidad de género.

## 8. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS TRANS

Sara Collado

Según estudios recientes<sup>1</sup> sobre las experiencias que tienen las personas trans en los entornos de atención sanitaria, hay que resaltar que el **33% de las personas trans no acuden a los centros de salud** ante un problema sanitario o que el **55% han retrasado acudir a su médico** de atención primaria **debido a su identidad de género** porque piensan, que el trato que van a recibir no es el adecuado.

Y no lo hacen ya que el **48% de las personas trans** se han sentido **discriminadas en los ámbitos sanitarios** de atención primaria durante los últimos 12 meses.

**Las personas trans no binarias son las que menos acuden a los centros de salud** ante un problema sanitario y no lo hacen por temor a los prejuicios que creen que pueda tener el personal sanitario o por la falta de conocimiento que presuponen que pueda tenerse sobre su realidad

Para mejorar esta situación proponemos las siguientes recomendaciones:

### COSAS QUE **NO** SE DEBEN HACER

- No respetar el **nombre elegido y los pronombres** de género de una persona trans (él, ella, elle) porque su tarjeta sanitaria contenga otra información.
- Como personal sanitario, nunca **cuestiones la identidad de género de una persona trans**. Siempre debemos crear un espacio seguro y de confianza en la consulta para que todo el mundo pueda hablar sin miedos y con seguridad sobre sus dudas o inquietudes.
- **Nunca realices preguntas** a las personas trans sobre su **corporalidad, su genitalidad**, o si se han sometido a cirugías a no ser que esa información sea imprescindible para la consulta médica realizada.
- No hagas o permitas a tus colegas u otras personas, **comentarios irrespetuosos sobre la diversidad sexual y/o de género** en tu presencia. ¡Si ponemos de nuestra parte, podremos crear espacios seguros y diversos a nuestro alrededor!
- Si una persona trans solicita atención sanitaria específicamente relacionada con su tránsito, **consulta con personas expertas cuál es el protocolo** a seguir si lo desconoces. Pero no las envíes directamente al servicio de psiquiatría a no ser que la persona te lo solicite expresamente. **Ser trans no es tener/padecer/sufrir una enfermedad mental.**

**El 48% de las personas trans se han sentido discriminadas en los ámbitos sanitarios de atención primaria**

<sup>1</sup> Estudio "LAS PERSONAS TRANS Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO". Collado, S. Rebollo, J. VVAA. Abril 2018. FELGTB.



## COSAS QUE **SIEMPRE** DEBEMOS HACER

- Si alguien llega a consulta y tienes dudas sobre cuál es su identidad de género, **pregúntalo de manera respetuosa**: *¿Cuál es el género que prefieres que utilice para hablar contigo y cuáles son tus pronombres?*
- De manera general, si tienes que llamar en voz alta a alguien en una sala de espera, hazlo por sus **apellidos, no por su nombre**. Hay muchas personas trans cuya documentación no está actualizada a su realidad, con lo cual, te lo agradecerán.
- **Amplía tus conocimientos** para ofrecer una mejor atención a las personas trans. Infórmate, por ejemplo, sobre si tu CCAA tiene una legislación específica sobre este tema o servicios sanitarios especializados para personas trans o cuál es el protocolo de derivación.
- Mantén una **actitud positiva y abierta hacia la diversidad sexual**. Todas las personas somos diversas por diferentes cuestiones y merecemos respeto.
- **Nunca hables de la identidad de género u orientación sexual de una persona sin su consentimiento**, no la exponga o presione a "salir del armario". Cada persona toma la decisión de cuándo y cómo decírselo a cada uno de sus círculos sociales. A veces no es el momento apropiado para hacerlo con la familia o en el trabajo y cada quien debe determinar cuándo y cómo es indicado hacerlo en cada espacio.



**FELGTB**

Federación Estatal de Lesbianas,  
Gais, Trans y Bisexuales