

# LAS INEQUIDADES EN SALUD EN EL COLECTIVO TRANS.

Health Inequities in the trans community.

Trabajo de Fin de Grado

*AUTORA: Paula Gutiérrez Gutiérrez*

*DIRECTORA: M<sup>a</sup> Mar Aparicio Sanz*

*ASIGNATURA: Enfermería Comunitaria*

Grado en Enfermería

Curso 2019-2020

Facultad de Enfermería

## **Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
1.1. OBJETIVOS DEL TRABAJO .....	6
1.2. METODOLOGÍA.....	7
<b>2. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>7</b>
<b>3. TRANSFOBIA: DE LA DISCRIMINACIÓN A LA PATOLOGIZACIÓN .....</b>	<b>8</b>
3.1. TRANSFOBIA COMO DISCRIMINACIÓN .....	8
3.2. LA TRANSFOBIA EN NÚMEROS.....	9
3.3. TRANSFOBIA COMO PATOLOGIZACIÓN .....	10
<b>4. MODELOS TEÓRICOS DE LOS DETERMINANTES DE SALUD.....</b>	<b>11</b>
4.1. EL MODELO LALONDE .....	11
4.2. LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES.....	13
4.3. EL AVANCE HACIA MODELOS INTEGRALES .....	13
4.4. FACTORES POSITIVOS, PROTECTORES Y DE RIESGO .....	16
<b>5. IMPACTO EN LOS DETERMINANTES DE SALUD.....</b>	<b>16</b>
5.1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO .....	16
5.2. POSICIÓN SOCIOECONÓMICA.....	17
5.2.1. GÉNERO .....	17
5.2.2. ETNIA.....	18
5.2.3. EMPLEO E INGRESOS.....	18
5.2.4. EDUCACIÓN .....	20
5.3. FACTORES PSICOSOCIALES .....	21
5.3.1. ESTRÉS EMOCIONAL.....	22
5.4. COHESIÓN Y CAPITAL SOCIAL.....	23
5.5. INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO HORMONAL .....	26
5.6. ASISTENCIA SOCIOSANITARIA .....	26
<b>6. ACTUACIÓN DESDE ENFERMERÍA .....</b>	<b>27</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>29</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>38</b>

## RESUMEN

Echando la vista atrás, los convulsos años sesenta representaron un punto de inflexión y cambio social, gracias a las demandas antirracistas, antipatriarcales y anticapitalistas en el mundo occidental. Este espíritu de lucha también marcó el inicio de la visibilización de las personas transgénero. A pesar del avance de la sociedad y de la atención a este colectivo, el análisis de los determinantes sociales de la salud, muestra claras disparidades en el estado de salud de estos individuos; las altas tasas de violencia, desempleo, sinhogarismo o de afectación a la salud mental, evidencian y perpetúan la exclusión que sufren, la cual tiene su origen en el desafío a la normatividad.

Los datos estadísticos no hacen más que revelar la necesidad de un cambio en el modelo sociosanitario, que haga uso de la atención primaria como base para proveer un cuidado de calidad de la mano de la enfermería en salud comunitaria.

**Palabras clave:** “Personas Transgénero”, “Determinantes Sociales de la Salud”, “Disparidades en el Estado de Salud” y “Enfermería en Salud Comunitaria”.

## ABSTRACT

Looking back, the sixties were a turning point, which meant social change as a result of the anti-racist, anti-patriarchal, anti-capitalist demands in the western world's context. This fight spirit, set the initiation of transgender persons' visibility. Despite society's progress in terms of assisting this group, the analysis of social determinants of health shows the evident health status disparities of these individuals; the high rates of violence, unemployment, homelessness or affectation of mental health, prove and perpetuate the exclusion they suffer, which has its origins in challenging the existing norm.

The available data reveals the need for a change in terms of the socio-sanitary model, that should use primary health care as a basis for providing high quality health care, relying on community health nursing.

**Key words:** “Transgender persons”, “Social Determinants of Health”, “Health Status Disparities” and “Community Health Nursing”.

## 1. INTRODUCCIÓN

El colectivo LGTB (lesbianas, *gays*, transexuales y bisexuales) ha adquirido en los últimos años un mayor reconocimiento de su diversidad afectivo-sexual y con ello, mayor visibilidad en la sociedad<sup>1</sup>. Si bien las políticas para la representación de este colectivo a nivel comunitario se han ido actualizando, numerosos estudios siguen mostrando la discriminación que sufren los individuos LGTB, particularmente el conjunto de personas trans, quienes son con más frecuencia victimizados incluso mediante el uso de los poderes públicos<sup>1,2</sup>.

La identidad de género es uno de los aspectos determinantes en la vida de la persona. Asimismo, el sexo biológico es una condición que se nos asigna al nacer basándose en los caracteres sexuales primarios; una corporalidad que más tarde constituirá un factor tanto legal como socialmente vinculante<sup>3,4</sup>. Ambos conceptos se encuentran en interacción en la persona, pudiendo ser coincidentes o no según lo culturalmente establecido. Es el caso de las personas transexuales/transgénero -en adelante englobadas en el término *personas trans*- que se identifican con un género que difiere del asignado en su nacimiento según el sexo biológico con el que han nacido; independientemente de si han decidido o no pasar por intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo, o recibir tratamiento hormonal<sup>5,6</sup>.

Con el paso de las últimas décadas, la situación y reconocimiento de los derechos de las personas trans han ido evolucionando globalmente gracias a su lucha. Esto se ejemplifica desde el punto de vista social y sanitario; aun actualmente, la transexualidad se considera una patología mental recogida en la última publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). También se encuentra dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) aunque, en su última actualización (CIE-11) con matices que avanzan hacia la despatologización<sup>7,8</sup>.

La evolución social y la legislativa del colectivo han sido dispares; en la Declaración Universal de los Derechos Humanos se incluyen el derecho a la vida, a la libertad y a la no discriminación desde 1948<sup>9</sup>, coincidiendo con el año en el que Harry Benjamin acuña por primera vez el término *transexualismo* y sienta las bases para la atención profesional a personas trans en su libro *The Transsexual Phenomenon*<sup>10</sup>.

Sin embargo, según Matthews (2017), el periodo más destacable del activismo trans occidental, se produce en Estados Unidos (EE. UU.) doce años más tarde, entre 1966 y 1969, en un contexto de confluencia de varios movimientos sociales, como el feminista<sup>11</sup>. Algunos sucesos destacables de la lucha LGTB en este momento fueron los disturbios de la cafetería *Compton* en 1968 y los de *Stonewall* en 1969. Ambos surgieron ante el abuso y represión policial, especialmente contra prostitutas, drag Queens, y otras mujeres trans de clases sociales bajas reunidas en los establecimientos que dan nombre a estas revueltas.

Así, en EE. UU. comienza la creación de programas de educación para que el colectivo optara a abandonar la calle, y de clínicas públicas que proporcionarían asistencia y apoyo sanitario. Esta es la base para la creación al año siguiente del *Servicio de Orientación transexual*: la primera organización en el planeta para la protección de estos individuos<sup>12</sup>.

Paralelamente en España -sumida en una dictadura- se promulga en 1970 la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación social*<sup>13</sup>. Durante ocho años, esta ley amenazaría la libertad de las personas trans entre muchas otras, por tener conductas que implican un “riesgo para la comunidad”<sup>13,14</sup>.

Finalmente, la legislación española se solapa en 2007 a la de países como Reino Unido, cuyas leyes contemplaban el derecho al reconocimiento legal del género sentido desde 2004<sup>15</sup>, aunque con requisitos aún subyugados a procedimientos médicos que imposibilitan la libre autodeterminación de la identidad de género<sup>16</sup>. En la actualidad, se plantea una Proposición de

reforma de la ley que modifique el artículo que medicaliza dicho reconocimiento legal<sup>17</sup>, como ya se ha conseguido en países como Portugal en 2018<sup>18</sup>.

A pesar de los avances expuestos, la realidad de las personas trans se ve afectada por las desigualdades en salud respecto al resto de la población. Estas se reflejan en sus determinantes de la salud, una serie de factores de los que depende el estado de salud general de los individuos y poblaciones<sup>19</sup>. Son de especial relevancia, ya que la mayoría de inequidades de salud -que además podrían ser evitables- se explican gracias a estos factores<sup>20</sup>.

Existen estudios demostrando que, el colectivo trans, afronta habitualmente mayor riesgo de experimentar violencia -con cifras de entorno al 40%- por la expresión de su género, así como discriminación, con un 60% de prevalencia estimada<sup>21</sup>. Son de hecho, dentro de la comunidad LGTB, los sujetos que sufren mayor grado de discriminación<sup>22</sup>.

En estrecha relación con lo anterior, presentan peores indicadores de salud mental: presentan una mayor propensión a enfermedades mentales como la ansiedad, que se estimó en un 36,2%, o la depresión que lo hizo en torno a un 40%<sup>21</sup>. Así mismo, los jóvenes con ideaciones suicidas conforman un porcentaje tres veces mayor que el de sus congéneres cis (61,3%), además de cuadruplicar el número en el caso de los intentos de suicidio<sup>23</sup>.

Del mismo modo, refieren menor cohesión familiar que sus compañeros cis en la adolescencia, y mayor incidencia de conductas de riesgo que los mismos: entre algunos ejemplos se encuentran el consumo de alcohol (un 6,3% más), tabaco (un 9,3%), o las conductas sexuales de riesgo (un 15% más de personas trans que cis, admiten no haber usado métodos anticonceptivos en su última relación)<sup>23</sup>.

Por último, en el ámbito sanitario, varios estudios denotan que estas personas perciben más barreras en su acceso a los servicios, y una desinformación patente en los profesionales, lo cual contribuye a las disparidades de salud mencionadas<sup>24</sup>.

Es por todo lo anteriormente expuesto que, en el transcurso de este trabajo, se abordarán las diferencias existentes en los diferentes determinantes de salud de las personas trans, y lo que este hecho puede implicar.

## 1.1. OBJETIVOS DEL TRABAJO

- **Objetivo general:**
  - Describir la relación entre el colectivo trans y el estado de sus determinantes de salud.
- **Objetivos específicos:**
  - Definir los diferentes términos relacionados con el colectivo LGTB.
  - Analizar la transfobia como discriminación social y patologización sanitaria.
  - Describir los diversos modelos de determinantes de la salud.
  - Analizar las desigualdades en salud que sufre el colectivo estudiado.
  - Contextualizar a nivel legislativo y político la situación del colectivo estudiado, en el ámbito nacional y europeo.
  - Establecer la percepción de las deficiencias del sistema sanitario, desde el punto de vista del colectivo y de los propios profesionales.

## 1.2. METODOLOGÍA

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica que condensa la información científica relevante con la finalidad de conseguir los objetivos formulados anteriormente.

La recopilación de esta información se llevó a cabo mediante una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como “Pubmed” “Google Académico”, “SciELO” o “Dialnet”. Para la localización de la misma, ha sido necesaria la utilización de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), así como de sus análogos, Medical Subject Headings (MeSH) que ampliaban la selección a artículos de habla inglesa. Como herramientas complementarias en la estrategia de búsqueda, se utilizaron varias combinaciones de operadores booleanos, principalmente “AND” (de intersección) y “OR” de sumatorio. De igual modo, se restringieron los parámetros de la búsqueda aplicando ciertos límites: fechas de publicación comprendidas en los últimos 15 años, idioma español e inglés y alusión a problemas y estado de salud en población trans y género no-conforme, cruzando ambos conceptos para encontrar artículos que los interrelacionen.

Se utilizó el gestor bibliográfico *Mendeley* para facilitar el manejo de la bibliografía final, constituida por 83 artículos, tras la exclusión de aquellos que finalmente no cumplían los criterios requeridos para esta monografía, o bien se encontraban repetidos o desactualizados.

Finalmente, se contactó con el servicio de atención y orientación sobre sexualidad de La Cagiga, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. También se consultaron protocolos de atención a personas transexuales de las diferentes comunidades autónomas del Sistema Nacional de Salud (SNS) como País Vasco y Andalucía. Se revisaron páginas de organismos internacionales de especial relevancia como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA), la Federación de Lesbianas Gais Trans y Bisexuales (FELGTB) entre otros.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

Para enmarcar el término “trans”, se considera necesario en esta monografía desglosar una serie de conceptos que ayuden a la comprensión y contextualización del tema a tratar.

En primer lugar, se hablará del **género**, tradicionalmente expresado en términos de masculino o femenino como compartimentos estanco. Mientras que el **sexo** alude a la genitalidad, el género consiste en una construcción social que emerge partiendo del sexo, al cual se le asocian ciertos roles performativos<sup>25</sup>. Se presupone el género de una persona según su sexo asignado al nacimiento; es decir, se asocian los genitales femeninos con su género tradicionalmente característico, y los masculinos de igual manera.

En el caso de las **personas intersexuales**, estas son aquellas que poseen caracteres sexuales - físicos o biológicos- que no encajan completamente dentro de lo que la sociedad concibe como masculinos o femeninos. Estas personas -así como el resto- pueden presentar cualquier orientación sexual o identidad de género<sup>6</sup>.

El concepto de **identidad de género** consiste en “la vivencia interna e individual del género,” es decir, la forma innata de sentir el género propio<sup>26</sup>. Esta puede operar independientemente del sexo biológico, -como en las identidades trans- o ser coincidente con el mismo, como en las personas cis. Como hemos comentado, el género se enmarca en términos de “masculino”, “femenino” o también en un marco aparte del binomio hombre-mujer, el conocido como género “no-binario”. Este concepto abarca a un abanico de personas que, independientemente de sus

genitales, no se auto perciben como hombres ni como mujeres de forma absoluta, pudiendo desde identificarse con ciertos aspectos de una o ambas identidades binarias a rechazarlas totalmente<sup>27,28</sup>.

Cabe destacar la diferencia entre identidad de género y **expresión de género**. Mientras que la identidad es el sentimiento, la identificación con un género, la expresión es la manera elegida de manifestar dicha identificación. Puede bien ajustarse a las expectativas sociales siguiendo los “roles de género”, o diferir de las mismas con diferentes actitudes, vestimenta o modificaciones de la apariencia, fuera de lo “considerado propio de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado”<sup>29</sup>.

Por último, es importante destacar que no existe una relación directa entre expresión o identidad de género y **orientación sexual**; la orientación es otro aspecto psicosocial diferenciado de la persona. Según la ONU, la atracción tanto romántica, como física o emocional que una persona siente por otras se define como orientación sexual<sup>6</sup>. Así, distinguimos la heterosexualidad, condición por la que una persona se ve atraída por personas del género opuesto, la homosexualidad o atracción por personas del mismo género, y finalmente, la bisexualidad o atracción por personas de su género o de otro distinto<sup>6,26</sup>.

### 3. TRANSFOBIA: DE LA DISCRIMINACIÓN A LA PATOLOGIZACIÓN

#### 3.1. TRANSFOBIA COMO DISCRIMINACIÓN

La transfobia es “la discriminación específica que sufren las personas trans ya que ponen en cuestión el sistema sexo/género imperante desde su raíz, puesto que desafían la identidad de género asignada en el nacimiento”<sup>30</sup>. Además de esta discriminación, este colectivo sufre muchas otras; comprendiéndose esta realidad a través del término “interseccionalidad”, acuñado en 1989 por Kimberlé Crenshaw, profesora de Derecho especializada en etnia y género<sup>31</sup>. La autora la define como: “el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales”<sup>32</sup>. En esencia, este enfoque implicaría que la discriminación por el hecho de ser trans, se interrelaciona con muchos otros modelos de opresión (etnia, sexo, género, clase social, orientación sexual, religión, discapacidad, etc.) dando lugar a múltiples formas de exclusión y vulnerabilidad en diferentes grados de intensidad<sup>30,31</sup>.

La transfobia es etimológicamente un término de aparición reciente, no recogido aún en la edición más actual (2014) del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española (RAE)<sup>33</sup>. A pesar de esto, la ausencia de la descripción oficial de un término no implica su inexistencia. Siguiendo con la etimología, la palabra se conforma por la partícula “trans” que según la RAE significa “al otro lado”, y la palabra “fobia” que significa “temor angustioso e incontrolable ante ciertos actos, ideas, objetos o situaciones, que se sabe absurdo y se aproxima a la obsesión”<sup>34</sup>.

Aunque según esta definición nos encontramos ante un miedo que se supone personal, arbitrario e irracional, está lejos de ser así. Esta considerada “fobia” tiene una raíz mucho más profunda que un simple temor irracional, ya que está anclada a una serie de valores y prejuicios que interiorizamos al socializar en una cultura determinada. Es decir, nos vemos imbuidos en ideas de rechazo a los que son diferentes, especialmente si transgreden las normas de género culturalmente establecidas, ya que según Butler (2006) estas oprimen a quien no cumpla con ellas<sup>5</sup>. Esto tiene una parte positiva, ya que nos encontramos ante una forma negativa de actuar,



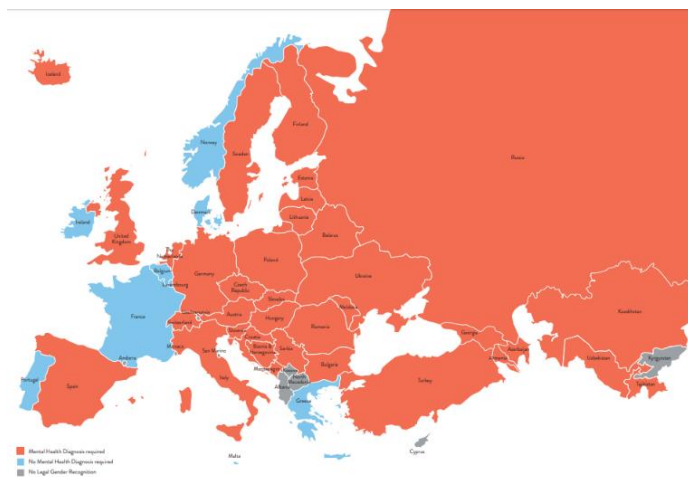
sentir o pensar que al igual que hemos aprendido, podemos “desaprender” a nivel tanto individual como colectivo<sup>30</sup>.

La transfobia se puede manifestar desde formas sutiles como miedo o creencias negativas, hasta mucho más explícitas y agresivas como intimidación, abuso e incluso violencia. Existen dos tipos de transfobia, directa e indirecta. La indirecta ocurre cuando una práctica, regla o criterio supuestamente neutros, excluyan u ocasionen desventajas bien por razones de identidad de género, orientación sexual o pertenencia al colectivo LGTB. La transfobia directa consiste en, por los motivos mencionados anteriormente, recibir un trato menos favorable que otra persona que no cumpla esas características y se encuentre en una situación igual o equivalente<sup>30</sup>.

### 3.2. LA TRANSFOBIA EN NÚMEROS

Esta violencia directa o indirecta, institucionalizada y transversal, se ve sostenida por las diferentes legislaciones y la incapacidad para llegar a un acuerdo común que no medicalice los cuerpos de las personas trans, o en su defecto, que no sean categorizados como “enfermos”. En

**Figura 1. Reconocimiento legal del género sentido según diagnóstico de salud mental en Europa y Asia Central<sup>35</sup>.**



cuanto a Europa y Asia Central: 33 países europeos y 36 del total requieren un diagnóstico médico de salud mental para actualizar los documentos de identidad. Estos países se observan en rojo en la figura 1<sup>35</sup>.

Según la asociación *Transgender Europe* (TGEU), esto constituye una violación del derecho de autodeterminación de la identidad de género de la persona, influye en la perpetuación del estigma social, enmarcando la condición de trans dentro de las enfermedades mentales.

La siguiente tabla (figura 2), resume a grandes rasgos la transfobia en números, respecto a los derechos que se otorgan y las condiciones que se exigen al colectivo en los 57 países que constituyen el territorio Europa-Asia Central, contemplando específicamente la situación en España<sup>36</sup>.

**Figura 2. Transfobia en cifras. Derechos y requisitos en personas trans en Europa y Asia Central<sup>36</sup>.**

	Nº países Europa y Asia central (N=57)		España
<b>Reconocimiento legal género sentido</b>	Imprescindible esterilización	16	X
	Autodeterminación	5	X
	Divorcio requerido	33	X
	Contemplado en menores	9	Según CC.AA.
	Existencia de trámites	35	✓
<b>Violencia por prejuicios</b>	Ley crímenes odio	17	✓
	Ley discursos odio	16	✓
<b>Ley de asilo</b>		20	✓
<b>No discriminación</b>	Salud	18	X
	Educación	30	Según CC.AA.
	Bienes y servicios	26	Según CC.AA.
	Empleo	22	X
<b>Salud</b>	Atención sanitaria	19	✓
	Prohibición terapias conversión	2	Según CC.AA.

### 3.3. TRANSFOBIA COMO PATOLOGIZACIÓN

Algunos aspectos reseñables en los discursos despatologizadores activistas y académicos, son la demanda de reconocimiento de los derechos trans tanto legales como en salud, la revisión del modelo de atención sanitaria y el cuestionamiento de las etiquetas en los manuales de clasificación diagnóstica (CIE y DSM)<sup>37</sup>.

El término “trastorno mental” se define en los años 70 ante la incapacidad de múltiples patologías mentales de acogerse al concepto de “enfermedad”, relacionado tradicionalmente con un compendio clínico, estable, de causa orgánica identificable<sup>38</sup>. En el DSM-V se describe el trastorno mental como “síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente va asociado a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”<sup>39</sup>.

La polémica que se forma en torno a esta definición es amplia, así como la existente sobre los sistemas de clasificación psiquiátrica. Esto es debido a que como hemos comentado y explican algunos autores, la desviación de la media se considera anormal, pero frecuentemente lo anormal no implica lo patológico<sup>40</sup>. Un ejemplo claro lo constituye la homosexualidad, excluida del DSM en 1973<sup>41</sup>. Por tanto cabe preguntarse, ¿dónde se encuentra el límite entre anormalidad y patología, tan desdibujado a lo largo de la historia? Gracias a activistas y campañas como *Stop Trans Pathologization (STP)*, estos manuales diagnósticos han adaptado las etiquetas con el fin de abandonar el modelo psicopatológico que caracteriza la atención trans.

**Figura 3. Comparación de criterios diagnósticos en adultos según DSM-IV y DSM-V <sup>42,43</sup>.**

DSM-IV	DSM-V
<b>Trastorno de la identidad sexual</b>	<b>Disforia de género</b>
Identificarse con el sexo contrario de forma perseverante, deseando pertenecer a él, más allá de la obtención de los beneficios sociales asociadas a dicho sexo.	Incongruencia entre el género sentido y los caracteres sexuales primarios y/o secundarios.
Desasosiego con el propio sexo y sentimiento de no encajar con su rol. Manifestado con relación al deseo de que sus rasgos sexuales primarios y secundarios se modifiquen para parecerse a los del otro sexo.	Necesidad persistente de deshacerse de los caracteres sexuales primarios y/o secundarios.
La no existencia de una “enfermedad intersexual” de base.	Anhelos persistentes de que sus caracteres sexuales primarios y/o secundarios sean del otro género.
Malestar clínico o deterioro social -o de otros ámbitos vitales importantes-, ambos de relevancia significativa.	Deseo persistente de pertenecer al otro género.
	Deseo de ser tratado como perteneciente al otro género.
	Convencimiento de poseer reacciones y sentimientos característicos del otro género.

Los cambios introducidos en el DSM-V siguen siendo insuficientes según la STP, ya que el cambio del título a “Disforia de Género” intenta reducir el estigma, pero sigue siendo discutible. Para la STP, este término asocia a un estado de malestar la transición por la que pasan estas personas. Aunque las diferencias terminológicas se aprecian en la figura 3, (por ejemplo diferenciando sexo de género y utilizando su significado adecuadamente), en los criterios diagnósticos del último DSM se habla de “incongruencia” lo que implica una “congruencia” basada en la normatividad y patologiza tanto el tránsito como las vivencias previas<sup>44</sup>. Además, los criterios en el DSM-V requieren para su cumplimiento, que la persona muestre al menos dos de los descritos en la figura, durante un periodo de seis meses o superior.

En cuanto al CIE-10, el término “Transexualismo” se encuentra dentro de los Trastornos mentales y del comportamiento, mientras que en el CIE-11 encontramos un nuevo capítulo denominado “Condiciones relacionadas con la salud sexual”, donde se ubica la “Discordancia de género” en adultos, adolescentes e infantes<sup>45,46</sup>.

A modo de resumen podemos concluir que, lo que se intenta alcanzar es un estado que más que concebir estas identidades como una enfermedad mental, las reconozca como una expresión de la diversidad humana, un derecho, para así recibir una atención sanitaria específica y de calidad. Dinamarca y Malta, son los dos únicos países europeos que han conseguido despatologizar estas identidades, garantizando un acceso a cuidados sanitarios específicos tanto para adultos como para menores<sup>36</sup>, lo cual evidencia que el cambio es posible.

## 4. MODELOS TEÓRICOS DE LOS DETERMINANTES DE SALUD

### 4.1. EL MODELO LALONDE

Existen varios modelos que tratan de explicar los determinantes de la salud como son: el Ecológico de Austin y Werner (1973) o el de Bienestar de Travis (1977). Sin embargo, en este

trabajo hablaremos del modelo teórico inspirado por Laframboise, que más tarde desarrollaría Marc Lalonde, Exministro de Sanidad Pública de Canadá.

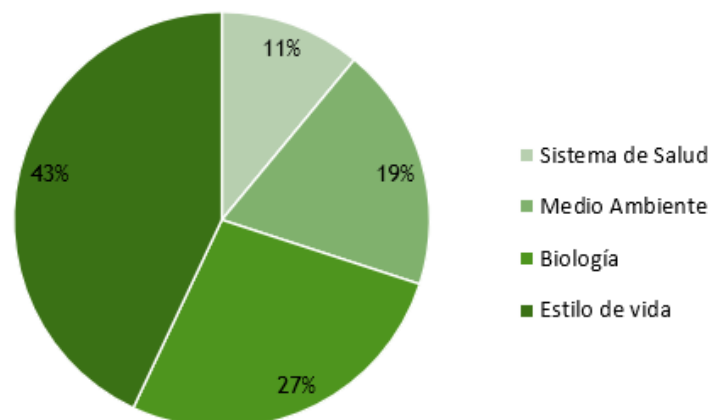
Lalonde encargó a un grupo de epidemiólogos la tarea de realización de un estudio sobre las principales causas de muerte y enfermedad de los canadienses, a partir de una muestra poblacional suficiente. Presentó a partir de dicho estudio en 1974, el conocido como Informe Lalonde o “*New perspectives on the health of the Canadians*”<sup>47</sup>, que constituye uno de los documentos fundamentales a nivel de salud pública y promoción de la salud, ya que comprende a la misma de manera holística, como una interacción entre cuatro grandes grupos de determinantes<sup>48</sup>:

1. **Biología humana:** incluye los aspectos tanto físicos como mentales relativos a la salud, los cuales se dan en el ser humano como consecuencia directa de su constitución orgánica y biológica. Contempla factores como la carga genética, el crecimiento y desarrollo individual, así como el proceso de envejecimiento propio de cada persona, teniendo en cuenta la interacción entre todos sus sistemas.
2. **Medio ambiente:** referido al entorno físico, biológico, sociocultural y psicosocial de la persona, y su estado (contaminación, polución, disponibilidad de agua potable, etc.)
3. **Estilo de vida:** consiste en el conjunto de decisiones y conductas que toman los seres humanos, que afectan a su salud, y sobre las cuales ejercen cierto grado de control. Como se verá posteriormente, es el factor que más influencia ejerce sobre la salud.
4. **Sistema Sanitario:** en este punto convergen la calidad, cantidad, naturaleza, distribución, organización y accesibilidad de los recursos sanitarios disponibles.

Así, Lalonde describe estos cuatro conceptos de forma que, según su informe, pueden abarcar cualquier alteración de la salud; es decir, cualquier problema puede ser explicado por una perturbación en uno o varios determinantes. Además, gracias a esta división, pueden ser estudiados de manera específica, siendo posible el desglose de los mismos con el fin de determinar la importancia de cada uno según el problema de salud. Esto sería de gran utilidad a nivel de actuación práctica. Su mérito también radica en poner al mismo nivel de importancia que el sistema sanitario, conceptos como los estilos de vida o el medio ambiente, lo cual consistió en una ruptura radical con el sistema de pensamiento tradicional<sup>47</sup>.

Una vez establecidos los determinantes principales, Lalonde describe la influencia que cada uno tiene sobre la morbilidad de los individuos de forma estimada, que quedarían distribuidos de este modo:

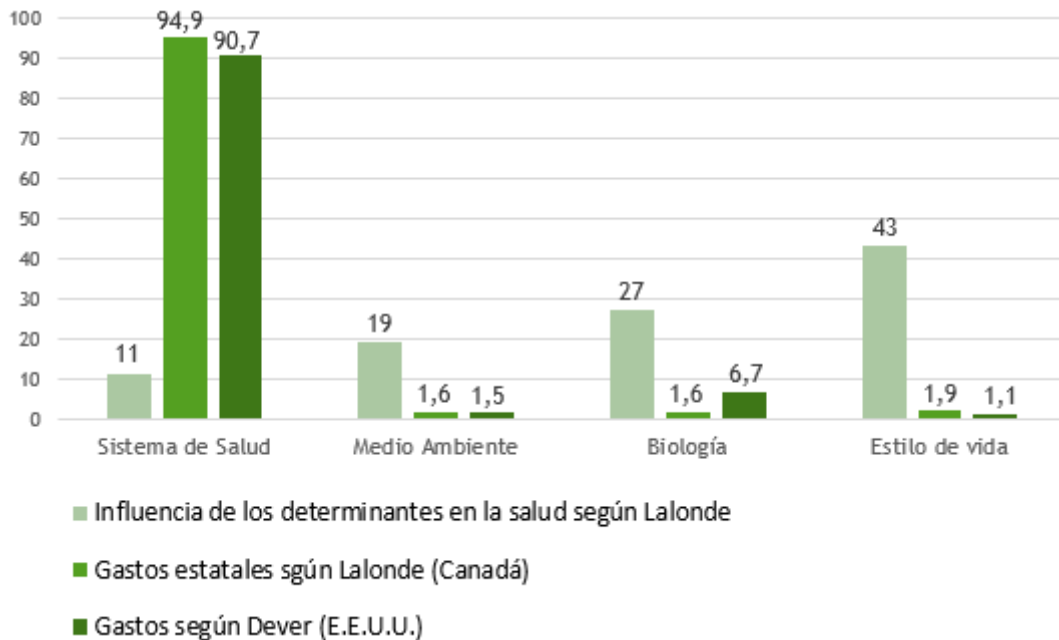
**Figura 4. Influencia de cada determinante en la salud (%)<sup>47</sup>.**



Lalonde también aportó en su informe una descripción de los recursos económicos destinados a cada factor por el gobierno de Canadá, lo cual en contraste con la *figura 4*, denotaba una

distribución inadecuada de dichos recursos, más tarde ratificada por Dever (1977) en el caso de EE. UU.<sup>49</sup>. Como se puede observar, la mayor parte del gasto sanitario se encuentra invertida en el determinante con menos influencia en la morbimortalidad: el Sistema Sanitario.

**Figura 5. Comparación entre gasto sanitario e influencia entre los determinantes de salud (%)**<sup>47,49</sup>.



#### 4.2. LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES

Definidos por la OMS, los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”<sup>20</sup>.

La evidencia científica aportada en las últimas décadas deja más que patente el gradiente del nivel de salud producido por determinantes sociales como la clase social perteneciente, la pobreza y nivel de renta, las condiciones de vivienda y laborales, el desempleo o el género entre otros<sup>50</sup>. Como ejemplo, el alto nivel socioeconómico predispone a una mayor esperanza de vida, así como a una tendencia a vivir más años libres de discapacidad, con menos enfermedades crónicas y mejor autopercepción de la salud<sup>51</sup>.

Es por esto, y acorde a las ideas de Graham (2004) y la OMS, que podemos afirmar que las inequidades en salud (“diferencias injustas y evitables en lo respectivo a la situación sanitaria”), se producen gracias a un desequilibrio en la distribución de los determinantes sociales<sup>52</sup>. Estas desigualdades constituyen uno de los mayores desafíos a nivel de salud pública en la actualidad<sup>53</sup>.

#### 4.3. EL AVANCE HACIA MODELOS INTEGRALES

Con el objetivo de reducir las desigualdades en salud y conformar un marco teórico de actuación, se han planteado numerosos modelos conceptuales “integrales” sobre los determinantes

sociales de la salud y su implicación; esto permitirá su análisis, y la creación de políticas que consigan los objetivos de salud planteados.

Los modelos integrales son aquellos que incorporan un abanico amplio de factores, desglosando los mencionados anteriormente para crear una representación más completa de las interacciones que repercuten en la salud. Uno de estos modelos es el conocido como “De Capas” de Dahlgren y Whitehead (1991).

**Figura 6. Modelo de Dahlgren y Whitehead<sup>54</sup>.**



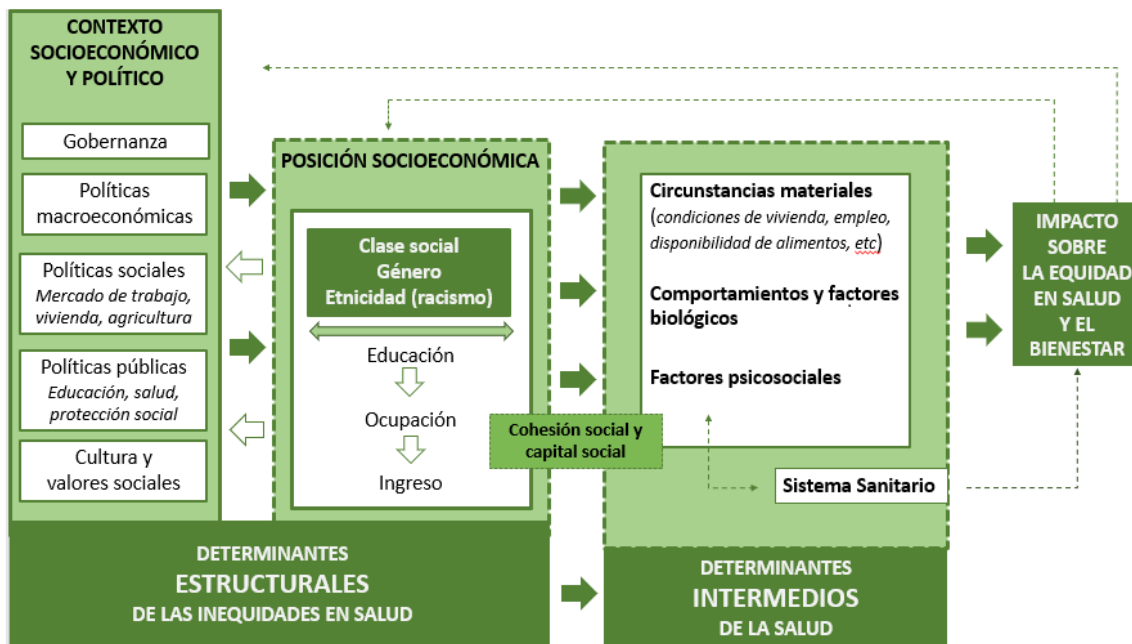
Como se describe en la *figura 6*, se desarrollan cuatro capas concéntricas en torno a los **individuos**, quienes constituyen la base del modelo y están conformados por factores intrínsecos como la edad, sexo o herencia genética, que en este modelo, son considerados como “no modificables”, por lo que se debe trabajar en el resto para conseguir un nivel óptimo de salud en toda la población.

A continuación, se encuentran los **estilos de vida**, los comportamientos y actitudes que se adquieren libremente. En el tercer nivel, como mediadores de la salud poblacional tenemos las **redes sociales y comunitarias**. Estas determinan el nivel de apoyo social y contribuyen a la adopción de numerosas conductas que afectan a la salud. Seguidamente, **las condiciones de vida y de trabajo**, que influyen en la capacidad de mantenimiento de la salud. Por último, encontramos el **ámbito socioeconómico, cultural y medioambiental**, que intervienen en el nivel de bienestar social.

Este modelo se concibe desde la interacción entre los diferentes niveles, todos los elementos se interrelacionan en sociedad, generando las desigualdades en salud<sup>54</sup>.

El segundo modelo integral del que hablaremos será el de la OMS, descrito por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) representado en la *figura 6*. En él, la estratificación social en salud es generada por los determinantes estructurales, que definen la estructura social y sus diferentes peldaños.

**Figura 7. Principales categorías y vías de acción de los determinantes según la OMS<sup>50</sup>.**



Entre los **determinantes estructurales** encontramos en primer lugar el contexto político y su forma de gobierno, y las diferentes políticas macroeconómicas, sociales y sanitarias. En segundo lugar, está la posición socioeconómica, en la que los ejes de desigualdad los constituyen factores como la clase, género, etnia o nivel de educación e ingresos; todos ellos de relevancia relativa según el contexto socio económico en el operen.

Dicha posición y contexto social median en el desequilibrio de los llamados **determinantes intermedios**, factores que relacionan los determinantes estructurales con las **condiciones del estado de salud** y bienestar. Es decir, las desigualdades que genera el contexto socioeconómico y la política repercutirán más tarde en la posición social de los individuos, que verán afectados sus condiciones materiales, así como sus factores biopsicosociales, lo cual redundará en un impacto en la salud.

Como se indica en la *figura*, el **sistema sanitario** también tiene un rol esencial en la creación de desigualdades de salud, ya que como la evidencia ha demostrado, incluso en los lugares con cobertura gratuita y universal, se encuentra una barrera en el acceso para las personas de niveles socioeconómicos más bajos.

Por último, el nivel de **cohesión social** es remarcado por la OMS, que destaca la influencia del mismo tanto en los determinantes estructurales como en los intermedios.

Como síntesis de este modelo, en el informe "Subsanar las desigualdades en salud en una generación. Alcanzar la equidad actuando sobre los determinantes sociales en salud", la CDSS emite la siguiente afirmación: "Las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios y por consiguientes injusticias que afectan a la población de forma inmediata y visible. [...] Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país."<sup>50</sup>.

#### 4.4. FACTORES POSITIVOS, PROTECTORES Y DE RIESGO

Por último, es necesario comentar que los determinantes que conforman los modelos se pueden dividir en tres grupos: factores positivos, factores protectores y factores de riesgo para la salud, aunque son comunes a toda la población, se explicará en el siguiente punto los que más afectan a las personas trans.

En primer lugar, los **factores beneficiosos para la salud** son aquellos que favorecen la consecución y el mantenimiento de un buen estado de salud. La posesión de una vivienda digna y la seguridad económica y alimentaria son algunos de los factores fundamentales, así como las relaciones sociales de calidad o tener una sensación de seguridad y control sobre acontecimientos vitales.

**Los factores de protección** son los que bien disminuyen el riesgo de enfermedad, o incrementan la resistencia a la misma. Una dieta sana y adecuada como la mediterránea, el ejercicio físico, así como factores psicosociales como el apoyo social percibido son algunos de los principales factores protectores de la salud.

Finalmente encontramos los **factores de riesgo**, los cuales son predisponentes para causar problemas de salud en teoría prevenibles. De éstos se hablará en el capítulo cinco, destacando los que afectan al colectivo estudiado. Pueden ser influidos por factores económicos y sociopolíticos, o relacionados con un estilo de vida, un ambiente físico perjudicial o la existencia de alteraciones psicosociales en la persona<sup>54</sup>.

Sentadas las bases teóricas y expuestos los diversos modelos que intentan explicar la influencia de los determinantes en la salud de los grupos humanos, se procederá a analizar el estado de varios de estos determinantes en el colectivo trans; todo ello con el fin de observar si existen diferencias o aspectos a tener en cuenta, en especial desde el ámbito sociosanitario.

### 5. IMPACTO EN LOS DETERMINANTES DE SALUD

#### 5.1. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO

En cuanto a legislación y política, existe una regulación a nivel estatal apoyada en los artículos 10, 14, 15 y 18 de la Constitución Española, los cuales protegen la dignidad y derechos fundamentales de la persona como la vida, la integridad moral y física, su igualdad ante la ley y el derecho a la intimidad<sup>55</sup>.

La *Ley 3/2007 del 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas* constituye el marco legal principal para este colectivo, aunque no es una ley integral que regule temas relacionados con la identidad de género de forma específica. Existe una Proposición de Ley para su reforma, que plantea permitir la modificación del sexo en el registro a menores trans y personas intersexuales cuyo sexo registral no coincida con su autoidentificación, con el objetivo de permitir el libre desarrollo de estos individuos, y acabar con su inseguridad jurídica. Asimismo, se pretende modificar el paradigma de pensamiento que categoriza estas identidades y expresiones de género como patológicas, eliminando los requisitos del diagnóstico de disforia de género, así como de cualquier tratamiento médico hasta ahora necesario durante al menos dos años<sup>17</sup>.



Ante la falta de un marco nacional integral que no solo aborde la modificación de los datos registrales, existen leyes a nivel autonómico, desarrolladas por las comunidades para atajar de forma concreta la discriminación y desigualdad que sufre el colectivo. El reconocimiento legal del género sin diagnósticos o intervenciones por parte de profesionales de la salud es una realidad en 12 comunidades, como Cataluña, País Vasco o Andalucía, y entre las que no se encuentra Cantabria. Solamente en dos comunidades (Andalucía y Madrid) no encontramos restricción de edad para dicho reconocimiento<sup>56</sup>.

En el ámbito educacional, de la salud, laboral y de ocio y obtención de bienes y servicios, existe una *Proposición de Ley contra la discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género y características sexuales, y de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales*<sup>57</sup>, que no es actualmente una realidad.

España es uno de los seis países en el mundo que -dependiendo de la comunidad- restringe o prohíbe las terapias de conversión<sup>56</sup>; en Cantabria, el *Proyecto de Ley de garantía de derechos de las personas lesbianas, gais, transexuales, transgénero, bisexuales e intersexuales y no discriminación por razón de orientación sexual e identidad de género*<sup>58</sup>, de 2017 legisla prohibiendo esta “terapia”, aunque no es un marco vigente aún, ya que se encuentra paralizado.

En nuestro país, además contamos con una ley de asilo -mencionada en la *figura 2-* que recoge la persecución por motivos de género, tanto a nivel estatal como perpetrada por regiones y/o agentes no estatales, como familiares. También somos una de las pocas regiones europeas que legisla contra los crímenes y discursos de odio a nivel nacional, y cuenta con políticas para el abordaje de estos<sup>56</sup>.

En el *anexo 1*, se muestra una tabla que recoge a nivel europeo y de Asia Central el marco legal y los derechos de las personas trans en los ámbitos de reconocimiento de género, asilo, la existencia de regulación contra la discriminación en diferentes ámbitos, las leyes y políticas respecto a los crímenes/discursos de odio, la cobertura sanitaria y los derechos a nivel familiar. En él se encuentran recogidos los datos referentes a nuestro país, y los matices de las diferentes comunidades autónomas hasta 2019<sup>56</sup>.

## 5.2. POSICIÓN SOCIOECONÓMICA

### 5.2.1. GÉNERO

Aunque más adelante se hablará de las diferencias en cada determinante según el género, matizaremos los principales resultados encontrados en la literatura.

La posición socioeconómica de las mujeres trans suele ser menor, y esto se explicaría en base a una serie de factores: en primer lugar, estas mujeres sufren más estigma y discriminación que otros grupos, así como mayor índice de violencia tanto física como verbal o sexual tanto en el ámbito laboral como en el educativo<sup>59</sup>.

Esto repercute en un pilar fundamental como es la educación, viéndose algunas obligadas a abandonar sus estudios más frecuentemente, lo cual deriva en una menor cualificación a nivel laboral que los hombres, además de sufrir mayores niveles de desempleo y exclusión sociolaboral<sup>60</sup>. Algunos estudios muestran que estas mujeres se ven abocadas en mayor medida hacia trabajos en el espectáculo o en la prostitución<sup>61</sup>.

Además, el apoyo social, que actúa como *buffer* en situaciones de riesgo, es percibido en menor medida por ellas, lo cual redundará en un aumento de marginalidad y exposición a conductas de riesgo para su salud (actividad sexual de riesgo, consumo de sustancias, etc.)<sup>59</sup>.

Se puede apreciar como esta es una situación que se retroalimenta, y que comienza con la exclusión social para finalizar en un detrimento de las condiciones de salud y del nivel tanto socioeconómico como de vida de estas personas. La repercusión en el malestar psicológico de las mismas es inherente a esta exclusión, mostrando el colectivo femenino mayores niveles de estrés emocional<sup>62</sup>.

### 5.2.2. ETNIA

Los prejuicios existentes en el colectivo trans sumados al racismo estructural muestran en las personas no blancas -especialmente las negras- los niveles de discriminación más elevados, según el informe *Injustice at Every Turn: A Look at Black Respondents in the National Transgender Discrimination Survey*.

Los hallazgos destacados de este informe son los siguientes; En primer lugar, la violencia física y verbal, por motivo de expresión o identidad de género se reporta mucho mayor en individuos no blancos. La tasa de desempleo de las personas trans negras se sitúa en un 26%, dos veces superior al resto del colectivo. Estos individuos también reportan un 34% de extrema pobreza, dos veces más frecuentemente que el conjunto de todas las etnias y ocho más que la población general (4%). Así, las mujeres trans racializadas tienen una mayor probabilidad de realizar trabajo sexual o en la economía sumergida para obtener sustento<sup>63</sup>.

El sinhogarismo es otro fenómeno que un 41% de las personas negras trans afirman haber sufrido a lo largo de su vida, y en general, el rechazo familiar incide más en los colectivos no-blancos, así como la denegación de la vivienda, todo ello agravado por los prejuicios de identidad de género<sup>59,63</sup>.

Muchos de los factores mencionados condicionan el uso y abuso de sustancias, y aunque las personas blancas tienen mayor índice de tabaquismo, el consumo de alcohol en grandes cantidades incide con mayor fuerza en el resto de etnias<sup>59</sup>.

### 5.2.3. EMPLEO E INGRESOS

La situación laboral no solo contribuye a mejorar la situación material de las personas, sino al sentido de autorrealización y a menor incidencia de discriminación. La ausencia de empleo se relaciona con una mayor prevalencia de alteraciones de salud mental como ansiedad o depresión, así como de conductas de riesgo<sup>64</sup>. Pese a que el artículo 23 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos defiende el derecho al trabajo, las condiciones equitativas del mismo y a un sueldo digno<sup>9</sup>, las altas tasas de desempleo, vulnerabilidad económica y pobreza en este colectivo han sido documentadas en numerosos estudios, lo cual influye en su posición socioeconómica<sup>59</sup>.

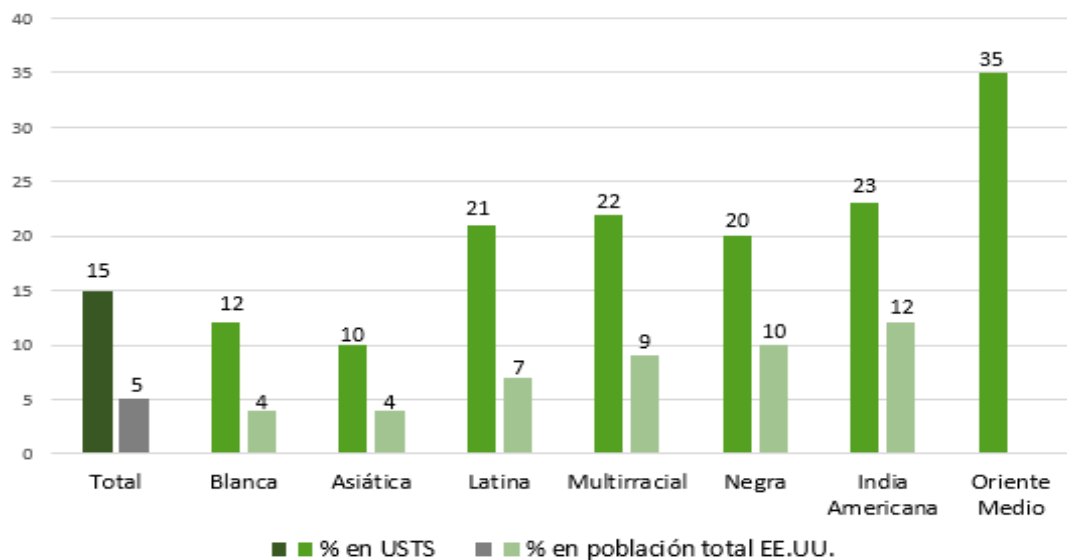
Es conocido que existe una brecha salarial de género en los ingresos de los individuos, que resulta desfavorable para la mujer. Según el *Informe de Igualdad de Género de 2019*, la magnitud de esta brecha es de un 23,3% (por cada euro que gana un hombre, una mujer gana 76,7 céntimos)<sup>65</sup>. Esto repercute de igual manera a las personas trans post-transición; se estima que los varones trans experimentarán un ligero aumento en sus salarios, mientras que las mujeres sufrirán un descenso del 32%<sup>66</sup>.

El informe “Ser ‘trans’ en la UE” nos ofrece cifras del 13% de desempleo en este colectivo frente al 10,6% del conjunto de la población en 2014<sup>2,67</sup>. También apunta que el nivel de renta familiar de los mismos se encuentra más frecuentemente en el cuartil inferior que en los grupos LGB<sup>2</sup>.

Sin embargo, es importante matizar que resulta difícil encontrar datos ciertos actuales sobre el desempleo en nuestro país. A pesar de esto, en el último año numerosos medios de comunicación digitales, así como la Federación Estatal de Lesbianas Gais Trans y Bisexuales (FELGTB), se han hecho eco de cifras que alcanzan el 85% de paro en este colectivo<sup>68,69,70</sup>. Desde la federación Plataforma Trans, se matiza que esta es una situación de exclusión laboral más que de desempleo, ya que “una situación de paro significa tener empleo y haberlo perdido, mientras una exclusión laboral implica tener cerrado el acceso al mercado laboral”<sup>71</sup>.

En estudios como el *United States Transgender Survey (USTS)* realizado a una muestra de 27.715 personas -la mayor muestra en EE. UU.-, se aprecia una diferencia notable en la situación laboral según raza/etnia, representado en la *figura 8*. Los colectivos menos acusados por el desempleo dentro de la comunidad trans son el blanco junto con el asiático, con aproximadamente la mitad de personas desempleadas que el resto de comunidades, todos ellos superando ampliamente la tasa de paro de los individuos cis<sup>59</sup>.

**Figura 8. Tasa de empleo según raza/etnia (%)<sup>59</sup>.**



Los resultados de la USTS constatan que aproximadamente un tercio de la población encuestada (29%) vive bajo el umbral de la pobreza, más del doble de la cifra poblacional de la nación (14%). Aquellas personas que además de identificarse como trans se encuentran indocumentadas (62%) o con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (51%) presentan posibilidades mayores de vivir en la pobreza dentro del colectivo.

Los individuos más afectados según su etnia serían en primer lugar los Latinos (43%), Indios Americanos (41%), Multirraciales (40%) y personas negras (38%), en último lugar las blancas con un 24%<sup>59</sup>.

- *AMBIENTE LABORAL*

Relacionado con el empleo, no solo es importante el acceso y tenencia del mismo, sino el ambiente en el que se desarrollan dichos trabajos, ya que puede afectar de igual manera a la salud. La investigación muestra que la expresión de género no normativa, además de dificultar

el acceso al empleo, hace a estas personas víctimas de discriminación y acoso en el mismo. Este hecho se relaciona con los datos que indican que aproximadamente la mitad de los encuestados afirman que sus superiores y compañeros de trabajo no son conocedores de su identidad de género.

Además, una de cada seis personas que tienen o han tenido empleo afirma haberlo perdido por razones relacionadas con su identidad o expresión de género -especialmente las mujeres trans (18%)-, y una de cada cinco fue acosada verbal y/o físicamente en el ámbito laboral. Algunos de estos individuos han sufrido otras formas de malos tratos, como la obligación de presentarse con un género con el que no se reconocen, o incluso retrasar su proceso de transición para mantener sus trabajos<sup>59</sup>.

#### 5.2.4. EDUCACIÓN

El ambiente escolar es uno de los más importantes en la interacción social según Marrow (2004), especialmente entre niños y adolescentes, llegando a afectar a los resultados académicos de estos individuos<sup>72</sup>. En las siguientes tablas se desglosan los diferentes tipos de acoso, tanto por parte de alumnos como del personal de los centros.

**Figura 9. Acoso físico, verbal y sexual por parte de compañeros en estudiantes trans<sup>59</sup>.**

EXPERIENCIAS	% DE PERSONAS QUE SON O SE PERCIBEN COMO TRANS
Acosados verbalmente por ser/parecer trans	54%
Atacados físicamente por ser/parecer trans	24%
Agredidos sexualmente por ser/parecer trans	13%
No permitido vestirse de manera que se ajuste a su identidad de género	52%
Acoso verbal, físico o sexual en estudios superiores	24%

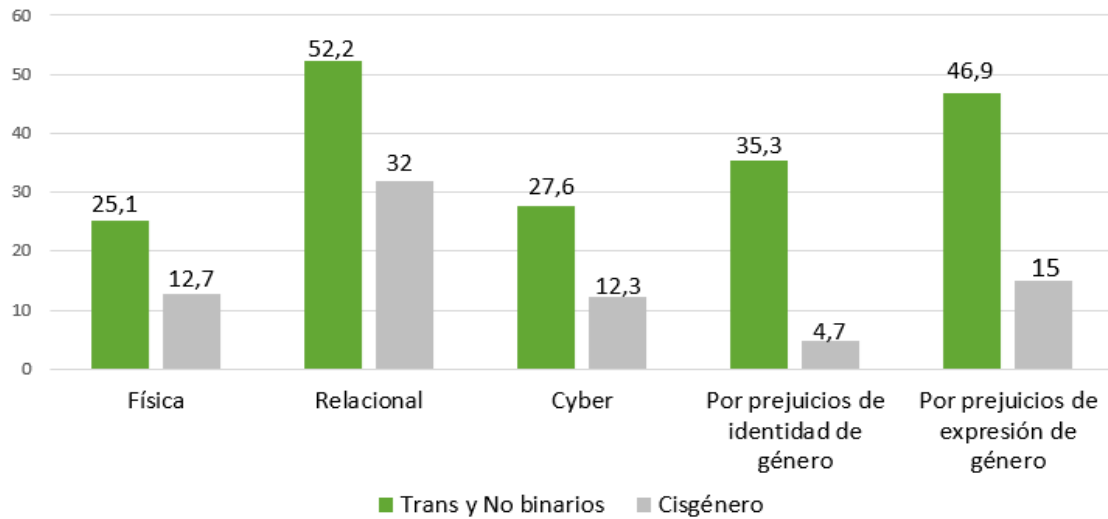
**Figura 10. Trato por parte del personal docente y escolar en estudiantes trans<sup>59</sup>.**

EXPERIENCIAS	% DE PERSONAS QUE SON O SE PERCIBEN COMO TRANS
Disciplinados por defenderse de sus agresores	36%
Disciplinados de manera más intransigente por profesores o personal por ser/parecer trans	20%

Como podemos observar, más de la mitad de los alumnos trans son acosados verbalmente a lo largo de sus estudios básicos por parte de sus compañeros, y casi un cuarto llegan a ser agredidos físicamente, junto a un alarmante 13% de prevalencia de abusos sexuales. Algunos de ellos habían admitido de forma pública su condición, mientras que otros simplemente desafiaban las normas de género establecidas.

En el estudio comparativo “*Risk and Protective Factors in the Life of Transgender/Gender Nonconforming (TGNC) Adolescents*” se representa como los jóvenes TGNC se muestran en todos los casos más vulnerables ante las situaciones de maltrato que sus compañeros cis, especialmente en las relacionadas con ideas o prejuicios sobre los géneros establecidos y cómo estos deben presentarse<sup>73</sup>.

**Figura 11. Comparación de victimización por bullying en los últimos 30 días (%)<sup>73</sup>.**



Es destacable de igual manera, la incidencia de abandono de los centros, en la cual las mujeres trans lideran la prevalencia (22%) frente a los varones y personas no binarias (15%). Este es un hecho que se repite para la expulsión de las escuelas, el acoso verbal, físico y sexual, que encabezan estas mujeres en todos los casos.

**Figura 12. Cifras de abandono y expulsión del centro de estudios en alumnos trans<sup>59</sup>.**

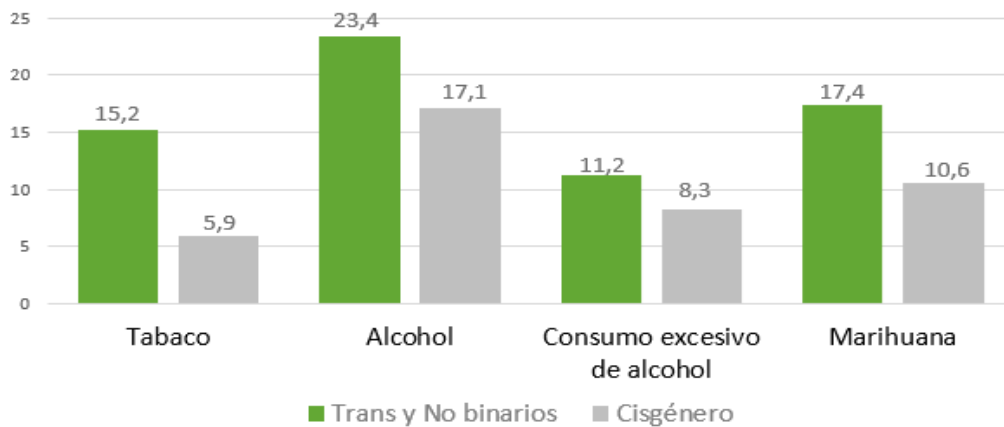
EXPERIENCIAS	% DE PERSONAS QUE SON O SE PERCIBEN COMO TRANS
Abandono del centro educativo por acoso/malos tratos	17%
Expulsados del centro	6%
Abandono de estudios superiores por acoso/malos tratos	16%

Por otro lado, el estudio consultado reporta menor número de experiencias negativas en personas jóvenes que expresan libremente su condición hoy en día, lo cual es signo de que, aunque es necesaria una mejora ante la alta tasa de maltrato, la situación ha cambiado de forma positiva en relación con los últimos 10 años<sup>59</sup>.

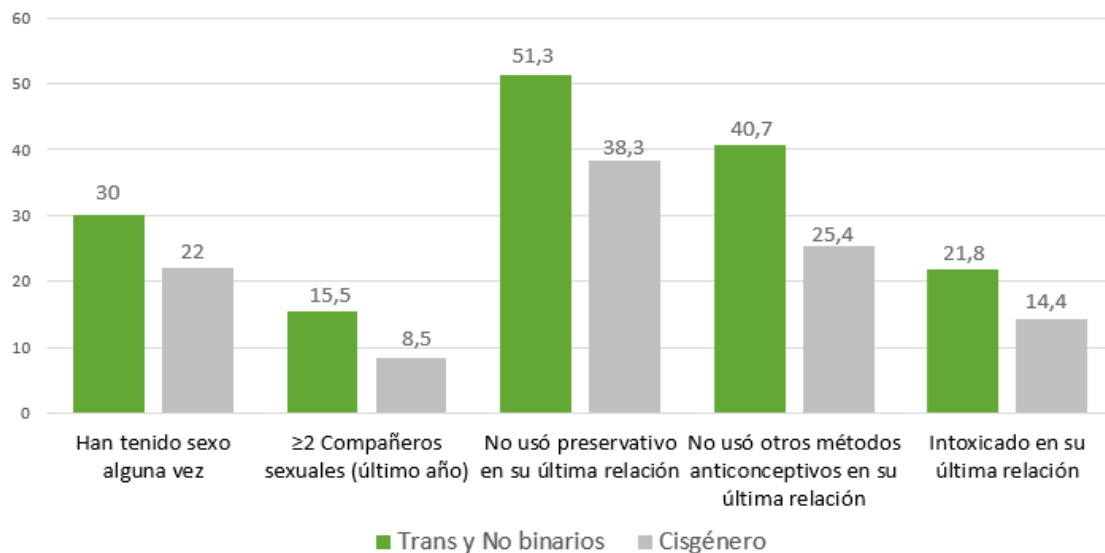
### 5.3. FACTORES PSICOSOCIALES

Según la literatura disponible, los jóvenes trans y no binarios se encuentran ante más riesgo de adoptar comportamientos perjudiciales para la salud que sus compañeros cisgénero<sup>73</sup>. Entre los factores de riesgo destacados en el estudio de esta población, encontramos el uso de sustancias y las diferentes conductas relacionadas con la salud sexual, así como un mayor estrés emocional.

**Figura 13. Diferencia en consumo de sustancias los últimos 30 días en personas trans y cis (%)<sup>73</sup>.**



**Figura 14. Diferencia en las conductas sexuales de riesgo en personas trans y cis (%)<sup>73</sup>.**



Como se observa en la *figura 12*, los jóvenes cisgénero consumen tabaco, alcohol y marihuana en menor medida. El estudio nacional USTS confirma estas estadísticas en los adultos, donde la prevalencia de consumo de sustancias de los individuos trans supera en todos los casos al de la población general<sup>59</sup>. Con respecto a la actividad sexual, los jóvenes trans -en especial los asignados hombres al nacimiento- se exponen a mayor riesgo que sus compañeros, teniendo relaciones con múltiples parejas y desprotegidas más frecuentemente.

Estos hábitos son de especial importancia, dado que constituyen factores esenciales para el mantenimiento de la salud tanto física como mental<sup>73</sup>.

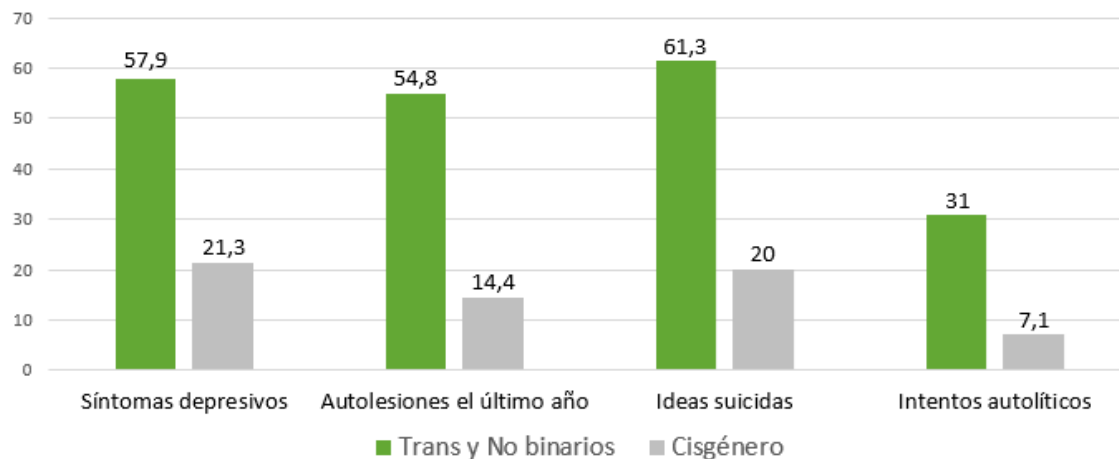
### 5.3.1. ESTRÉS EMOCIONAL

Se introducirá en este trabajo el concepto de “estrés de las minorías” definido por Meyer (2003), que afecta a la salud mental de los individuos estudiados. Este término se encuentra relacionado con los mecanismos de “minorización” a nivel social de identidades que no se perciben como adscritos a la cultura y normas sociales dominantes, generando múltiples formas de discriminación, violencia, estigma e invisibilidad. Resaltamos la palabra minorización y la distinguimos del término “minoría” para destacar el aspecto cultural y cualitativo del término,

que no se basa en la discriminación de un colectivo necesariamente pequeño en número, sino con menor valor social y por ello excluido<sup>25</sup>. Es decir, reprime a un colectivo gracias a las estructuras sociales y culturales, las cuales causan mayor impacto psicológico si se pertenece a más de una “minoría” (trans, etnia no blanca, mujeres, etc.).

Este fenómeno, junto a otros factores estudiados para estos individuos, como las barreras en la asistencia sanitaria, la victimización y los problemas interpersonales<sup>74</sup>, contribuyen al desarrollo de trastornos mentales, especialmente de depresión, la cual tiene aproximadamente tres veces mayor prevalencia en el colectivo trans.

**Figura 15. Comparación de incidencia de estrés emocional en personas trans y cis (%)<sup>73</sup>.**



Como hemos visto en esta monografía, varios de estos determinantes de salud suelen estar interrelacionados, y algunos ejemplos como el uso de sustancias o los intentos autolíticos, son reflejo tanto de factores protectores (cohesión social, resiliencia) como de riesgo (sinhogarismo, nivel socioeconómico, violencia, discriminación, etc.); por ejemplo, existen estudios afirmando que los jóvenes LGTB sin hogar tienen un 62% más de probabilidades de cometer suicidio que los cis-heterosexuales en su misma situación<sup>75</sup>.

Es por esto, que es necesario estudiar los determinantes de la salud desde una perspectiva global, explorando sus interacciones, las causas por las que pueden adoptarse, y las formas de cambiarlos mediante la creación de políticas, la promoción de la salud o prevención de la enfermedad.

#### 5.4. COHESIÓN Y CAPITAL SOCIAL

La cantidad y calidad de las relaciones sociales y afectivas es un importante activo en salud, que fomenta el bienestar de la persona, o bien contribuye a su detrimento. El apoyo social se ha relacionado no solo con el empeoramiento de la salud mental, sino que se ha situado junto a otros factores ampliamente reconocidos que aumentan la morbilidad a nivel físico (obesidad, consumo de tabaco, etc.), ya que su asociación con mejores conductas de salud es clara<sup>59</sup>. Es de tal importancia, que se ha llegado a constatar un 50% más de probabilidades de supervivencia en personas con vínculos fuertes y significativos sobre aquellas que no los tienen<sup>76</sup>, y dentro del colectivo, muchas personas pierden gran parte del apoyo social al comunicar su identidad.

De las personas que tienen o han tenido pareja en la muestra de la USTS (86%), más de un cuarto (27%) han admitido que su relación de pareja o matrimonio terminó únicamente por el hecho de ser trans. Los individuos más susceptibles de que su pareja abandone son los mayores de 45

años, y según su identidad, las mujeres trans, a las que les sucede en aproximadamente uno de cada cinco casos. Las personas mayores de 45 años presentan el doble de riesgo de finalizar su relación que aquellas entre 25 a 44 años, así como las mujeres trans, el colectivo al que es más probable que su pareja abandone tras saberlo, con un 18% de probabilidades.

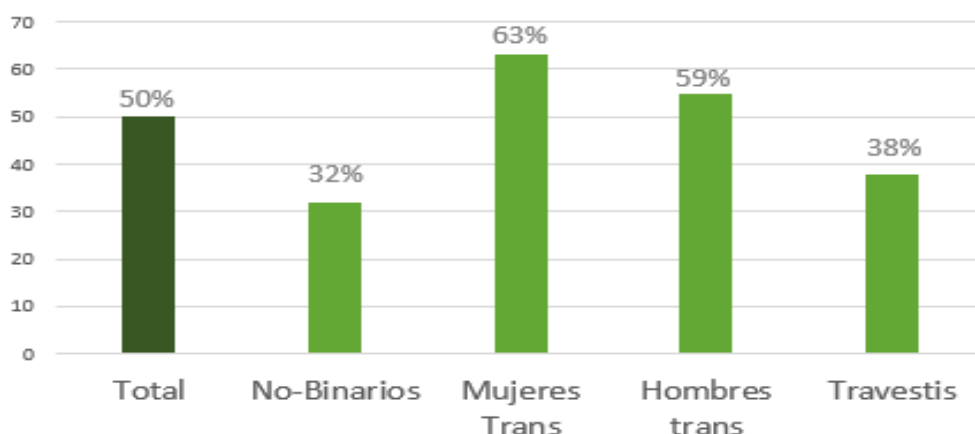
En relación con la maternidad/paternidad, el 18% de la muestra tiene hijos y un 69% ha compartido al menos con uno de ellos su situación. En comparación con la población general, el colectivo tiene menos de la mitad de probabilidades de vivir con al menos un hijo menor de 18 años en su hogar (14% vs. 34%). Esta diferencia se mantiene en todos los grupos de edad con diferencias muy significativas al resto de la población. Así, al conocer la identidad de sus padres, uno de cada cinco niños dejó de hablarles o de pasar tiempo con ellos, bien de forma temporal o permanente. Esto sucede con mayor frecuencia en mujeres trans, que lideran la prevalencia con un 28%, más de 10 puntos de diferencia del segundo grupo.

La aceptación y apoyo familiar por parte de la familia más cercana ronda el 60%, y está relacionada con mayores posibilidades de ser contratado, menor riesgo de realización de trabajo sexual, menor estrés psicológico grave, menos intentos autolíticos y menor riesgo de acabar sin hogar. A pesar del apoyo, un 10% afirma haber sufrido violencia familiar de al menos un miembro, especialmente las personas no blancas. Y de la muestra total, un 11% ha sido obligado a ir a algún tipo de terapia (psicoterapia, consejo religioso, etc.) con el fin de ayudarlos a detransicionar.

Muchas otras personas abiertamente trans han huido de sus hogares (10%) o han sido directamente expulsadas por sus familias (8%) ante una situación insostenible para ellos. La tónica general es la misma en ambas situaciones, las personas no blancas superan en todos los casos las posibilidades de bien huir o ser expulsados de sus hogares<sup>59</sup>.

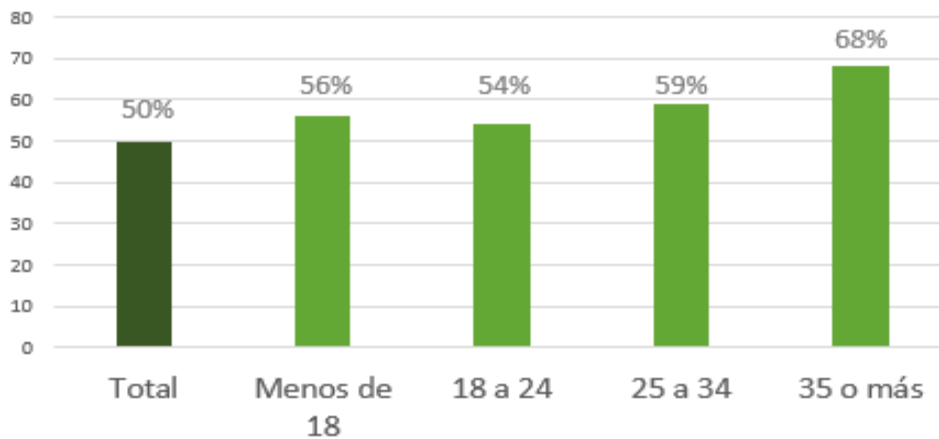
Para hacer estos datos más visuales, se ha representado a continuación el rechazo familiar en su cómputo. Esta variable recoge la incidencia de los factores mencionados como el fin de cualquier relación, la falta de apoyo y violencia familiar, el sinhogarismo (ya sea por huir o ser expulsado de casa), las terapias de conversión o la represión forzada de su expresión de género. De forma general, la mitad de los encuestados que informaron a sus familias sufrieron algún tipo de rechazo, y representa la variable “Total” en las siguientes figuras.

**Figura 16. Cualquier tipo de rechazo familiar según identidad de género<sup>59</sup>.**

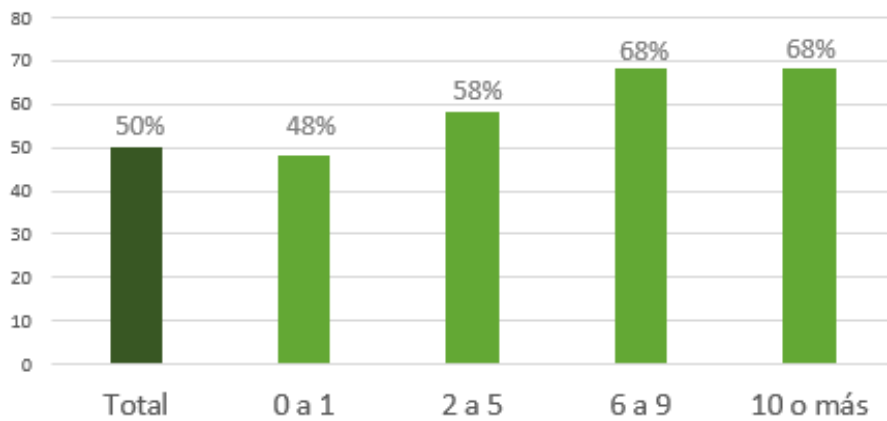




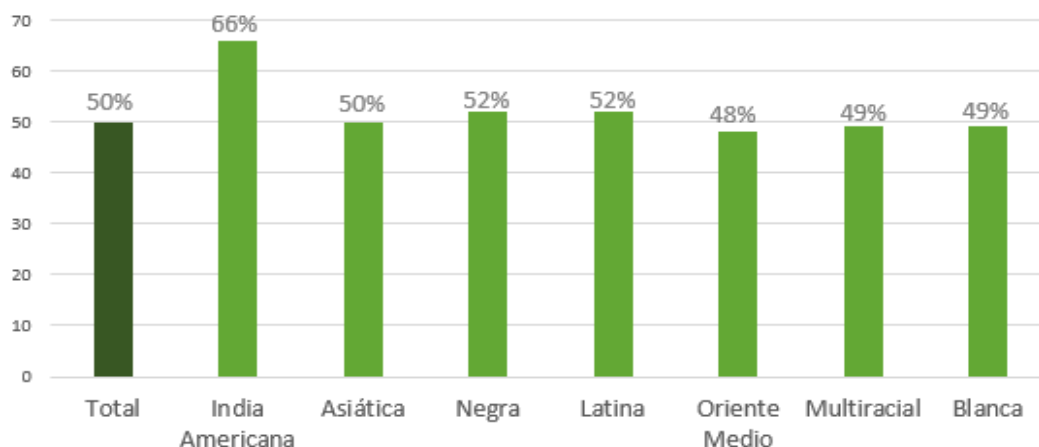
**Figura 17. Cualquier tipo de rechazo familiar según la edad de transición<sup>59</sup>.**



**Figura 18. Cualquier tipo de rechazo familiar según años desde la transición<sup>59</sup>.**



**Figura 19. Cualquier tipo de rechazo familiar según raza/etnia<sup>59</sup>.**



Como se puede constatar, las personas más afectadas por la falta de apoyo y rechazo social por los más cercanos son las mujeres trans, las personas que transicionan con más de 35 años, las que lo hicieron hace más de 6 y por último las indias americanas, aunque es digno de mención el hecho de que los porcentajes de falta de apoyo rondan el 50% de los individuos.

## 5.5. INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO HORMONAL

La decisión de someterse o no a tratamiento hormonal/quirúrgico de cualquier índole es personal, existiendo multitud de individuos que acuden a profesionales en salud para realizar una transición de una o ambas formas.

Los efectos hormonales han sido documentados en numerosos estudios, por ejemplo, en lo relativo a su relación con la depresión, autoestima y estados de ánimo, varios autores han encontrado un efecto positivo en los síntomas y una mejora de la autopercepción en los grupos que recibían tratamiento hormonal, así como quirúrgico. En lo relacionado con la ansiedad, -un tema de estudio mucho más reciente- los escasos informes existentes han correlacionado de forma positiva el tratamiento hormonal con la disminución de la misma, aunque encontramos literatura que no halla diferencias significativas.

Asimismo, existen estudios que relacionan la terapia hormonal con una mejor calidad de vida a nivel social, mental y emocional tanto en varones como mujeres trans en tratamiento, disminuyendo la sintomatología disociativa, en ocasiones reportada por la falta de reconocimiento con su propio físico.

Los hallazgos relativos al estrés diferencian tres áreas para comprender y medir este factor: estrés social (producido en las interacciones sociales), percibido (percepción de las experiencias sociales como estresantes, impredecibles/incontrolables) y *discomfort* corporal. En las conclusiones de estos estudios se evidencian menores niveles de estrés social y estrés percibido. También un menor *discomfort* corporal especialmente en mujeres trans, todo ello como consecuencia del tratamiento hormonal<sup>77</sup>.

## 5.6. ASISTENCIA SOCIOSANITARIA

Las barreras detectadas en el acceso y atención sanitaria a las personas trans se dividen en cuatro diferentes tipos; según si son de naturaleza individual, comunitaria, organizacional o política. Estas tienen en cuenta la perspectiva del propio colectivo, así como la de los profesionales, que en ocasiones reportan desinformación y falta de medios para el tratamiento a estas personas.

A nivel individual, encontramos en primer lugar la percepción de rechazo manifestada por las personas trans. Esta percepción tiene como raíz la transfobia, la falta de conocimiento y sensibilidad cultural de los profesionales como grupo, y el fraccionamiento de la atención sanitaria, lo cual desemboca en un ocultamiento de su identidad por temor al rechazo recibido por ser “diferentes” al resto de la sociedad. Este ocultamiento repercutirá en su atención, y se ve reforzado por la percepción de falta de derechos que el colectivo presenta, lo cual aumenta el temor a comunicarlo abiertamente. Del mismo modo, estas personas reportan temor, en el caso de ser VIH positivas de que su condición se conozca (mayormente por el estigma alrededor de esta condición), por lo que se produce aún mayor ocultación de su estado de salud y peor nivel de asistencia. Como barrera en la asistencia individual también encontramos la edad, ya que los jóvenes trans manifestaron necesitar autorización de sus tutores para cualquier proceso sociosanitario, lo cual les impide vivir su identidad y expresión de forma libre. Además, suelen recurrir en muchos casos a adultos trans antes que a personas profesionales como apoyo en el proceso de atención, ya que necesitan un entorno seguro que muchas veces no se les proporciona. Por otra parte, los profesionales estudiados reportan falta de competencias adquiridas en su formación para el trato específico de este colectivo, lo que desemboca en incertidumbre e incluso reticencia a la hora de tratarlos; si esto es percibido por el paciente, puede provocar desconfianza y un empeoramiento en la relación terapéutica.

A nivel organizacional encontramos un sentimiento de vulnerabilidad y desamparo en el colectivo, ya que estos manifiestan una falta de conocimientos sobre los recursos a su alcance y los profesionales a los que deben recurrir para la satisfacción de sus necesidades terapéuticas. Del mismo modo, los profesionales reportan una mala adaptación de los recursos informáticos para la correcta atención de estos individuos, ya que se basan en el binarismo, y en ocasiones llevan a errores en la asistencia individualizada al pretender encasillar a estas personas en dicho binomio.

En el nivel comunitario, existe un tabú percibido por las personas trans en lo referente a su identidad, lo cual les hace sentirse limitados en la entrevista clínica, no sintiéndose capaces de realizar abiertamente preguntas de su interés, por miedo al rechazo y los prejuicios existentes.

Por último, a nivel político, la existencia de un modelo legal incapaz de recoger las particularidades de estas personas hace que los profesionales sientan inseguridad a la hora de intervenir, ya que no son respaldados por el marco legal en algunas de sus decisiones<sup>78</sup>.

## 6. ACTUACIÓN DESDE ENFERMERÍA

En el año 1999 se habilita por primera vez en España una Unidad de Transexualidad e Identidad de género (UITG), formada por un equipo multidisciplinar que proporcionará atención integral a las personas trans a nivel hospitalario<sup>79</sup>.

En Cantabria existe el Centro de Salud Sexual y Reproductiva, *La Cagiga*, ubicado en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Con 36 años de historia, este servicio nació como un Centro de Orientación Familiar que ha diversificado sus ámbitos de atención en función de la demanda percibida. En él se han atendido 89 casos de personas trans desde 1991. Las cifras han ido en aumento desde el año 2000, con cuatro casos hasta 2004; de 2010 a 2013 doce casos más, y el grueso de personas atendidas se encuentra de 2015 a 2018 con 72 casos. De éstos, 33 hombres trans (de los cuales 1 completó su proceso de reasignación), 23 mujeres (de las que lo hicieron 4), y 16 personas que aún se encuentran en proceso de definir su género. De los 72, solamente 24 eran mayores de 21 años, y 8 de los menores no llegaban a los 10 años<sup>80</sup>.

Dado que la demanda de recursos sanitarios por parte de este colectivo es compleja y se produce a múltiples niveles<sup>81</sup>, el papel de la enfermería resulta de gran importancia, ya que ésta resulta un nexo entre los niveles asistenciales por los que se mueven los individuos trans. También resulta una figura de unión entre los miembros que conforman el equipo multidisciplinar, planificando y proveyendo cuidados orientados al bienestar de cada paciente, asegurando una comunicación efectiva con el mismo y entre los miembros del equipo. La enfermera se sitúa en un eje clave en el proceso de atención sociosanitaria, garantizando la continuidad asistencial.

Además, resulta una figura de referencia a la que acudir en busca de apoyo, tanto personal como profesional, especialmente en el proceso de reasignación quirúrgica de género; ya que ésta acompaña a la persona desde el inicio, teniendo en cuenta lo más importante de todo el proceso: las características individuales de cada persona. En general, el tratamiento de los individuos trans es un proceso largo y complicado, con una considerable cantidad de riesgos respecto a los tratamientos; todo ello sumado al estigma que sufren por parte de la sociedad. Es por ello que, la figura de apoyo que representa la enfermera, toma especial relevancia en este contexto en el que es vital la humanización del trato, la atención empática y sin prejuicios y la inclusión del paciente dentro de la toma de decisiones del equipo.

Bien desde al ámbito más hospitalario, pasando por cirugías o tratamientos hormonales, o desde la atención primaria, la educación para la salud es una de las claves en las vidas trans. Por su delicada situación social, personal y física -comentada con anterioridad- la enfermera ha de valorar individualmente a cada paciente, centrándose en sus necesidades de salud específicas, pero teniendo en cuenta su vulnerabilidad social.

Se identificarán estas necesidades en salud individuales mediante la entrevista clínica, ya que la multiculturalidad, variación interpersonal y los objetivos terapéuticos de cada persona serán diferentes, y las decisiones clínicas dependerán de estos factores. Para ello, los profesionales enfermeros deben proveer un entorno seguro donde los pacientes puedan expresar sus dudas y necesidades. Además, la formación específica en este tipo de atención debe estar actualizada, poniendo a disposición de la persona los recursos existentes, sin cabida de los prejuicios personales ni del trato patologizante. Se fomentará la escucha activa, la comprensión y el acompañamiento durante el periodo asistencial, especialmente de los menores de edad, quienes son más vulnerables ante las decisiones clínicas.

A partir de la valoración, se implementarán las actuaciones de educación, bien a nivel individual o grupal, pudiendo incluir a la familia para fomentar su cohesión. La prevención primaria resulta un tema de interés en este colectivo, ya que como hemos comentado, se encuentran expuestos en gran medida a presentar conductas de riesgo para la salud, lo cual tiene un efecto sinérgico junto con la exclusión y falta de apoyo comunitario.

Ante la problemática que entraña el proceso de autoidentificación o de transición, se adoptan diferentes formas de afrontamiento, algunas de las cuales pueden repercutir de forma negativa en la salud. Lejos de juzgarlas, la enfermería comunitaria debe aportar los recursos necesarios para reconocer las conductas negativas y motivar el cambio hacia formas de afrontamiento que no lo sean. El consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias es algo que se debe valorar desde atención primaria, incidiendo en la importancia del abandono cuando la persona se sienta preparada, recalando que se proporcionará apoyo para el abandono. Así, se valorarán los niveles de estrés y ansiedad, aconsejando técnicas de relajación, o derivando a profesionales de salud mental con el fin de disminuirlos<sup>82</sup>.

La educación en los colegios también supone un factor de apoyo para el colectivo, ya que mediante actividades como charlas o talleres de educación sexual, se contribuirá a la normalización de los individuos trans así como al fomento de un ambiente seguro para los jóvenes, que ayude a su atención temprana.

A la hora de la administración de terapia hormonal cruzada (THC), la información sobre la administración, los efectos esperados o los adversos, la guía por parte del personal enfermero será esencial en el mantenimiento del autocuidado. Es importante explicar y comprobar el manejo de cada individuo en relación con la administración de tratamientos, recalcar la importancia de la adherencia terapéutica y constituir una figura de referencia, a la cual poder recurrir en caso de dudas<sup>83</sup>.

La labor de la enfermería comunitaria en educación para la salud tiene como fin último hacer a los individuos más autoconscientes sobre su situación, y conseguir el empoderamiento del paciente. Así, éste se verá capacitado para tomar decisiones con relación a su estado de salud de manera reflexiva, basándose en la información actual, y minimizando el impacto negativo de las intervenciones.

## 7. CONCLUSIONES

En lo relativo a visibilidad y reconocimiento de derechos del colectivo trans, ha habido un gran avance posible sin duda gracias al activismo, el cual reivindica su espacio en un mundo que hace de las clasificaciones sociales algo inhabitable.

Estas personas ponen en evidencia que, el binomio hombre-mujer y la existente relación directa entre sexo y género, se muestran más un deseo cultural que una realidad concreta. Los individuos no binarios, las identidades cuya expresión de género no es la normativa y los intersexuales, nos hacen percatarnos de que no todas las personas entran dentro de los dos compartimentos socialmente aceptados. Se considera necesario ampliar la visión y categorías existentes en todos los niveles, especialmente en el ámbito de atención sanitaria.

Así, he considerado importante incluir un marco conceptual, que introduce numerosos términos invisibles tanto para los profesionales sanitarios como para la sociedad en general. Estos se deben integrar y normalizar para romper las barreras conceptuales, que repercuten en la realidad material y ocasionan la exclusión de este colectivo.

En este trabajo además he podido documentar que, las personas trans conviven con la marginalidad y la violencia gracias al proceso de “minoración” social, el cual conforma minorías como una manera de crear barreras con el “Otro”. Un ejemplo claro y característico es el de las mujeres cis, el cual llama la atención ya que son un grupo cuantitativamente mayoritario a nivel mundial y, sin embargo, son tratadas como una minoría dado el sistema patriarcal en el que habitan.

También considero relevantes los hallazgos sobre las mujeres trans que relaciono con esta minorización. Según la literatura consultada, son el grupo más vulnerable a adentrarse en una espiral de rechazo y victimización, y constantemente encontramos datos que nos advierten de su delicada y especial situación. No importa la genitalidad que presenten, ya que en el momento en que su condición se haga pública o se perciba, sus condiciones de vida comenzarán, por norma general, el declive.

Es importante tener esto en cuenta, para mejorar el trato y atención sociosanitaria, desde la que en los últimos años se pretende luchar por romper con la discriminación, sin reparar en que, patologizar la transexualidad, también es una forma de discriminar.

La asistencia sanitaria se realiza en base a unas etiquetas que categorizan a los individuos como necesarios de atención. Teniendo esto en cuenta, se presenta como esencial catalogar cada suceso para tratarlo consecuentemente, en ocasiones poniendo la etiqueta por delante de la propia persona.

El modelo biomédico del que aún quedan resquicios es el que nos fuerza a realzar esta clasificación. Esto se pone aún más en evidencia en casos que se encuentran fuera de lo normativo, como es el grupo estudiado; que aún hoy en día, carga con la etiqueta de trastorno mental en la última edición del DSM y sigue presente en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Esto me lleva a plantearme; ¿que sea necesaria una atención sociosanitaria implica inevitablemente que se trate de una enfermedad? Si asumimos esto como normal, que la persona trans se plantee que lo que siente es una enfermedad solo redundará en mayor ocultamiento de su condición a los profesionales, y reforzará el estereotipo y estigma existentes que se traduce en transfobia, violencia y marginalidad. Además de la carga negativa que implica una patología mental en todos los niveles de la sociedad.

Por todo ello, considero esencial la educación en diversidad sexo-genérica, comenzando desde los colegios, hasta la educación especializada. Con ello, se conformará un futuro en el que la diversidad no se perciba como algo a lo que temer, sino de lo que enriquecerse; sin posibilidad de fomentar la creación de barreras por miedo a lo diferente.

Soy consciente de que estas reflexiones tienen luces y sombras, y durante la búsqueda bibliográfica y realización de este trabajo, he comprendido, que en el momento en el que se conformó el marco de atención de estas personas, resultase difícil establecer un límite entre lo anormal y lo patológico. Sin lugar a dudas, la inclusión de la transexualidad en manuales de referencia ha logrado en el ámbito clínico, la creación de un marco de atención a estos pacientes, que se ha pulido a lo largo de los años; y una mayor visibilización a nivel social y de la comunidad científica.

Además, ha sentado las bases para que las pautas de atención sean comunes y de mayor calidad, impidiendo la influencia de los valores personales de los propios profesionales y asegurando un respaldo legal vinculante, aunque según se reporta a lo largo del trabajo, aún insuficiente.

Expuestos estos datos, considero que éste es un momento para, desde el conocimiento adquirido, y aprovechando el avance de las sociedades, plantear si las condiciones en las que se clasifican estos términos deberían modificarse, o abandonarse por otras que atiendan las demandas de este colectivo.

Se evidencia aún más la necesidad de un cambio, con el realizado análisis del estado de los determinantes de la salud en estos individuos. Las figuras aportadas, nos ofrecen cifras de desempleo, exclusión escolar, falta de apoyo social, violencia, discriminación y patologías mentales asociadas alarmantes. Estos datos se disparan aún más en las mujeres trans e individuos no blancos. Además, al contar con la opinión de los profesionales sanitarios se pone de manifiesto la falta de información con respecto al tema tratado.

Además de la educación, el uso de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad serán clave en este ámbito. Es esencial modificar los múltiples comportamientos de riesgo de estas personas, así como fortalecer las relaciones terapéuticas desde el respeto y la formación, contribuyendo al apoyo social comunitario. También es importante conseguir el seguimiento de estos individuos a largo plazo, que ayudará a la continuidad asistencial.

La atención comunitaria, una vez más, debe constituir la base del cambio y del progreso del trato a este colectivo. Sin embargo, esta se ve condicionada e incluso fragmentada ante la descentralización sanitaria de nuestro país; la cual desemboca en modelos de atención muy dispares en las diferentes comunidades autónomas, algunas de las cuales presentan protocolos muy punteros y a su vez, limitados a un territorio concreto.

Además, como se ha explicado, la mayor parte de la inversión en salud se produce en el nivel de atención especializada, lo que ya retrató Lalonde en 1974. Casi 45 años más tarde, este suceso limita aún las posibilidades de la atención primaria.

Se concluye así, que dejar atrás el modelo biomédico imperante y constituir un cambio real y práctico del modelo de atención, permitirá una correcta distribución de los recursos que constituirá un gran beneficio en la salud de estas personas.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sevilla AJ, Aparicio ME, Limiñana RM. La Salud de Adolescentes y Adultos Transgénero: Revisión Sistemática desde la Perspectiva de Género. RIDEP. 2019;1(50):5-20.
2. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Ser “trans” en la UE. Análisis comparativo de los datos de la encuesta a personas LGBT en la UE. Viena: FRA; 2014. ISBN 978-92-9239-730-2.
3. Stonewall [Internet]. Londres: 2017 [acceso 10 de febrero de 2019]. Glossary of terms [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.stonewall.org.uk/help-advice/glossary-terms#t>
4. Commissioner for human rights. Human Rights and Gender Identity [Internet]. Estrasburgo: Commission for human rights; 2009 [acceso 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://rm.coe.int/16806da753>
5. Butler J. Deshacer el género. 8ª ed. Routledge, Nueva York: Paidós Studio 167; 2006.
6. ONU Libres e Iguales. GLOSARIO [Internet]. ONU; [acceso 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.unfe.org/es/definitions/>
7. Edición diagnóstica de la CIE-10-ES [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; enero de 2020 [acceso 19 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_mc.html](https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html)
8. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 18 de junio de 2018 [acceso 20 de febrero de 2020]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) [2 pantallas]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
9. Naciones Unidas [Internet]. París: ONU; 10 de diciembre de 1948 [acceso 10 de febrero de 2019] La Declaración Universal de Derechos Humanos [4 pantallas]. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
10. Álvarez-Gayou JL. Travestismo, transexualidad y transgénero. Revista de estudios de antropología sexual. 2011;1(3):55-67.
11. Meyerowitz J. How Sex Changed: a history of transexuality in the United States. Massachusetts: 2002.
12. Stryker S. Transgender Activism [Internet]. 2004 [acceso 1 de marzo de 2020]. Disponible en: [http://www.glbqtarchive.com/ssh/transgender\\_activism\\_S.pdf](http://www.glbqtarchive.com/ssh/transgender_activism_S.pdf)

13. Sobre peligrosidad y rehabilitación social. Ley 16/1970, de 4 de agosto. Boletín Oficial del Estado, nº 187, (04-08-1970).
14. Cadena Ser [Internet]. España: c2017. La ley que eliminó el delito de homosexualidad. [acceso 15 de febrero de 2020]. [1 pantalla]. Disponible en: [https://cadenaser.com/ser/2017/06/12/tribunales/1497296068\\_056529.html](https://cadenaser.com/ser/2017/06/12/tribunales/1497296068_056529.html)
15. Gender Recognition Act 2004. UK Public General Acts 2004 c.7. (04-04-2005).
16. Reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Ley 3/2007, de 15 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 65, (16-03-2007).
17. Proyecto de Ley. Reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para permitir la rectificación registral de la mención relativa al sexo y nombre de los menores transexuales y/o trans, para modificar exigencias establecidas en el artículo 4 respecto al registro del cambio de sexo, y para posibilitar medidas para mejorar la integración de las personas extranjeras residentes en España. Boletín oficial de las Cortes Generales. Congreso de los diputados, (3 de marzo de 2017).
18. Shangay [Internet]. Madrid: Editorial Imaní; c2018. Victoria LGTB en Portugal para el colectivo trans. [acceso 16 de febrero de 2020]. [2 pantallas]. Disponible en: <https://shangay.com/2018/07/13/portugal-transexualidad-sexo-dni/>
19. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998 [acceso el 22 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=3662741AEB632B0147DBAB89F08C4E0B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=3662741AEB632B0147DBAB89F08C4E0B?sequence=1)
20. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; [acceso 15 de febrero de 2020]. Determinantes Sociales de la Salud [2 pantallas]. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
21. Rood BA, Puckett JA, Pantalone DW, Bradford JB. Predictors of Suicidal Ideation in a Statewide Sample of Transgender Individuals. *LGBT Health*. 2015;2(3):270–5.
22. Bazargan M, Galvan F. Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health*. 2012; 12 (663).
23. Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, Rider GN, Shea G, Coleman E. Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Non-Conforming Adolescents. *J Adolesc Health*. 2017; 61(4): 521–6.
24. Daley A, MacDonell JA. 'That would have been beneficial': LGBTQ education for home-care service providers. *Health Soc Care Community*. 2015; 23(3): 282-91.



25. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Salud y adolescencias LGBTI: Herramientas de abordaje integral para equipos de salud. 1ªed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2017. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001080cnt-salud-adollgbti.pdf>
26. Organización de las Naciones Unidas. Principios de Yogyakarta [Internet]. Geneva: Organización de Las Naciones Unidas; 2007 [acceso 1 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
27. GLBTQ: An Encyclopedia of Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender and Queer Culture [Internet]. Claude J. Summers; 2005 [actualizado el 28 de noviembre de 2008; acceso el 3 de marzo de 2020]. Genderqueer [2 pantallas]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20120425081046/http://www.glbtq.com/social-sciences/genderqueer.html>
28. Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey [Internet]. Washington DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011 [acceso en marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS\\_Report.pdf](https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf)
29. Organización de los Estados Americanos [Internet]. Washington DC: 2015 [acceso 3 de marzo de 2020]. Algunas precisiones y términos relevantes [2 pantallas]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp>
30. Pichardo JI, de Stéfano M, Faure J, Sáenz M, Williams J, et Al. Abrazar la diversidad: propuestas para una educación libre de acoso homofóbico y transfóbico [Internet]. Madrid: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades; 2015 [acceso 9 de marzo de 2020]. Disponible en: [http://www.inmujer.gob.es/actualidad/NovedadesNuevas/docs/2015/Abrazar\\_la\\_diversidad.pdf](http://www.inmujer.gob.es/actualidad/NovedadesNuevas/docs/2015/Abrazar_la_diversidad.pdf)
31. Viveros M. Intersectionality: A situated approach to dominance. Debate Feminista. 2016;52:1-17.
32. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. Univ Chic Leg Forum.1989;1989(1):139-167.
33. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2014 [acceso el 16 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>

34. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2014 [acceso el 16 de marzo de 2020]. Fobia [1 pantalla]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?w=fobia>
35. Transgender Europe. Trans rights Europe and Central Asia map 2019 [Internet]. Berlín: 17 de mayo de 2019 [acceso 13 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://tgeu.org/wp-content/uploads/2019/05/MapA\\_TGEU2019.pdf](https://tgeu.org/wp-content/uploads/2019/05/MapA_TGEU2019.pdf)
36. Transgender Europe [Internet]. Berlín: 17 de mayo de 2019 [acceso 13 de marzo de 2020]. Trans rights Europe and Central Asia Map and Index 2019 [4 pantallas]. Disponible en: <https://tgeu.org/trans-rights-europe-central-asia-map-index-2019/>
37. Suess A, Espineira K, Crego P. Despathologization. TSQ. 2014;1(1-2):73-77.
38. Caballero L. Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2007;9(84):5389-5395.
39. Medrano J. DSM-5, un años después. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2014;34(124) [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352014000400001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000400001)
40. Bravo MF, Saiz J, Bobes J. Manual del Residente en Psiquiatría. Madrid: Ene Life; 2010. ISBN: 978-84-693-2268-0.
41. Fundación Iguales [Internet]. Chile: 24 de septiembre de 2012 [acceso 22 de marzo de 2020]. La homosexualidad nunca debió haber sido incluida en las clasificaciones internacionales de las enfermedades [2 pantallas]. Disponible en: <https://www.iguales.cl/la-homosexualidad-nunca-debio-haber-sido-incluida-en-las-clasificaciones-internacionales-de-las-enfermedades/>
42. Frances A, Pincus HA, First MB, Andreasen NC, Barlow DH, Campbell M, et al. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. 4ª Edición. Barcelona: American Psychiatric Association; 1995 [acceso 20 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
43. El Tábaro [Internet]. Joaquín Días Atienza; 2017 [acceso 20 de marzo de 2020]. DSM 5: Disforia de género. Mitos y realidades. Ideología y ciencia [2 pantallas]. Disponible en: <https://diazatienza.es/2017/02/07/dsm-5-disforia-de-genero-mitos-y-realidades-ideologia-y-ciencia/>
44. Equipo de Coordinación STP. Reflexiones de STP sobre el proceso de revisión de la CIE y la publicación del DSM-5 [Internet]. 2013 [acceso 24 de marzo de 2020]. Disponible en: [http://stp2012.info/Comunicado\\_STP\\_agosto2013.pdf](http://stp2012.info/Comunicado_STP_agosto2013.pdf)

45. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades – 10ª Revisión. Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018. ISBN: 978-84-340-2438-0.
46. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 04-2019 [acceso 24 de marzo de 2020]. HA60 Discordancia de género en la adolescencia o adultez [1 pantalla]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f90875286>
47. Lalonde M. A new Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Ministry of Supply and Services; 1981. ISBN: 0-662-50019-9.
48. Government of Canada [Internet]. Ottawa: Public Health Agency of Canada; [actualizado en 2001; acceso 19 de marzo de 2020]. A New Perspective on the Health of Canadians [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/a-new-perspective-on-health-canadians.html>
49. Dever A. An epidemiological model for health policy analysis. Georgia: D. Reidel Publishing Company; 1976.
50. Comisión Sobre Determinantes de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Argentina. Organización Mundial de la Salud; 2009. ISBN: 978 92 4 356370 1.
51. Ramos Valverde P. Estilos de vida y salud en la adolescencia [tesis doctoral]. Sevilla; Universidad de Sevilla: 2009.
52. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. Milbank Q. 2004; 82(1): 101-24.
53. Crawford MA. Health inequality: the UK's biggest issue. Lancet. 1997;349(9069):1915.
54. Dahlgren G, Whitehead M. Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2006 [acceso 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>
55. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº311, (29-12-978).
56. Transgender Europe [Internet]. Berlín; 30-04-2019 [acceso 23 de marzo de 2020]. Trans Rights Europe and Central Asia [1 pantalla]. Disponible en: [https://tgeu.org/wp-content/uploads/2019/05/index\\_TGEU2019.pdf](https://tgeu.org/wp-content/uploads/2019/05/index_TGEU2019.pdf)

57. Proyecto de ley. Contra la discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género y características sexuales, y de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, (12-05-2017).
58. Proyecto de Ley. De Cantabria de garantía de derechos de las personas lesbianas, gays, trans, transgénero, bisexuales e intersexuales y no discriminación por razón de orientación sexual e identidad de género. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, (05-11-2018).
59. James S E, Herman J L, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey [Internet]. Washington DC: National Center for Transgender Equality; 2016 [acceso 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/USTS-Full-Report-FINAL.PDF>
60. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. Arch Sex Behav. 2009;38(3):378-92.
61. Fernández M, García-Vega E. Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales. Norte de Salud Mental. 2014;12(48):26-35.
62. Rabito-Alcón MF, Rodríguez-Molina JM. Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con Disforia de Género. Actas Esp Psiquiatr. 2016;44(2):47-54.
63. Harrison-Quintana J, Lettman-Hicks S, Grant J. Injustice at Every Turn: A look at Black respondents in the National Transgender Discrimination Survey [Internet]. Washington DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011 [acceso marzo de 2020]. Disponible en: [https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/ntds\\_black\\_respondents\\_2.pdf](https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/ntds_black_respondents_2.pdf)
64. Frasquilho D, Gaspar Matos M, Salonna F, Guerreiro D, Storti CC, Gaspar T, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. BMC Public Health. 2016;16(115):(2-40).
65. European Institute for Gender Equality [Internet]. Vilna: European Institute for Gender Equality; 2019 [acceso 24 de marzo de 2020]. Gender Equality Index [2 pantallas]. Disponible en: <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2019/domain/money/ES>
66. Schilt K, Wiswall M. Before and after: gender transitions, human capital and workplace experiences. B E J Econom Anal Policy. 2008;8(1):1-28.

67. Consejo Europeo de la Unión Europea [Internet]. Bruselas: Unión Europea; [última actualización 10 de septiembre de 2019; acceso 25 de marzo de 2020]. Infografía – Tasa de desempleo 2014-2019 [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.consilium.europa.eu/es/infographics/unemployment-rate-2014-2019/>
68. ElDiario.es [Internet]. Madrid: 2019. Más del 80 % de paro; la pesadilla de encontrar trabajo de las personas trans. [acceso 26 de marzo de 2020] [2 pantallas]. Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/pesadilla-encontrar-trabajo-personas-trans\\_0\\_917608304.html](https://www.eldiario.es/sociedad/pesadilla-encontrar-trabajo-personas-trans_0_917608304.html)
69. La Sexta [Internet]. Madrid: 2018. El infierno laboral de las personas transexuales y transgénero: el 85% está en paro. [acceso 26 de marzo del 2020] [2 pantallas]. Disponible en: [https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/el-infierno-laboral-de-las-personas-transexuales-y-transgenero-el-85-esta-en-paro\\_2017033158de774b0cf2abec9e018112.html](https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/el-infierno-laboral-de-las-personas-transexuales-y-transgenero-el-85-esta-en-paro_2017033158de774b0cf2abec9e018112.html)
70. Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales [Internet]. Madrid: 15/03/2019 [acceso el 25 de marzo de 2020]. Más del 40% de las personas trans encuestadas por FELGTB sufrieron amenazas o maltrato psicológico en 2018 [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.felgtb.org/realidadestrans/noticias/i/15332/239/mas-del-40-de-las-personas-trans-encuestadas-por-felgtb-sufrieron-amenazas-o-maltrato-psicologico-en-2018>
71. El Salto Diario [Internet]. Madrid: Cooperativa Editorial S. Coop.; 2018. Los colectivos trans se plantan: “Llevamos 40 años sin ser iguales, hay que hacer posible lo imposible”. [acceso 26 de marzo de 2020] [11 pantallas]. Disponible en: <https://www.elsaltdiario.com/ley-trans/colectivos-avalan-propuesta-podemos-ley-trans>
72. Kosciw JG, Greytak EA, Giga NM, Villenas C, Danischewski DJ. The National School Climate Survey. Washington DC: Gay, Lesbian and Straight Education Network; 2016. ISBN: 9781-934092-20-051500.
73. Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, Rider GN, Shea G, Coleman E. Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *J Adolesc Health*. 2017;61(4):521-6.
74. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):44-57.
75. American Psychological Association. Lesbian, Gay, Biexual and Transgender Persons and Socioeconomic Status. Washington DC: American Psychological Association; 2017.
76. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med*. 2010;7(7).

77. Costa R, Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:1953-1966.
78. Aylagas-Crespillo M, García-Barbero Ó, Rodríguez-Martín B. Barreras en la asistencia sociosanitaria en personas transexuales: revisión sistemática de estudios cualitativos. 2018;28(4):247-259.
79. Diagonal [Internet]. Madrid: 2012. Mapa estatal de las UTIG (Unidades de "trastorno" de Identidad de Género). [acceso 10 de abril de 2020] [2 pantallas]. Disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/libertades/mapa-estatal-utig-unidades-trastorno-identidad-genero.html>
80. Servicio de atención y Orientación sobre Sexualidad, *La Cagiga*. Prevalencia de transexualidad en Cantabria. 2018.
81. Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Prieto Aguilar R. IDEA: Investigación en enfermería [Internet]. Madrid: 2008. [acceso 10 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Didea+num21.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202802250891&ssbinary=true>
82. González Luis J, Alonso Maza M, Rizo Pardo A. Unidad de trastorno de la identidad de género: una visión desde enfermería [Internet]. Burgos: 2015. [acceso 10 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/cab85d6f-4e67-41d5-bffd-e2d99ba1220c/c4599f6c-c0a2-4092-879e-d5c4ed1dc83a/c4599f6c-c0a2-4092-879e-d5c4ed1dc83a.pdf>
83. Mora Palma C, Guerrero Fernández J, Itza Martín N, Ortiz Villalobos A, González Casado I. Cambios físicos y analíticos en menores transexuales bajo tratamiento médico. *Rev Esp Endocrinol Pediatr.* 2017;8(3):29-39.

## 9. ANEXOS

**Anexo 1.** Índice de Derechos Trans en Europa y Asia Central en 2019<sup>36</sup>.

