



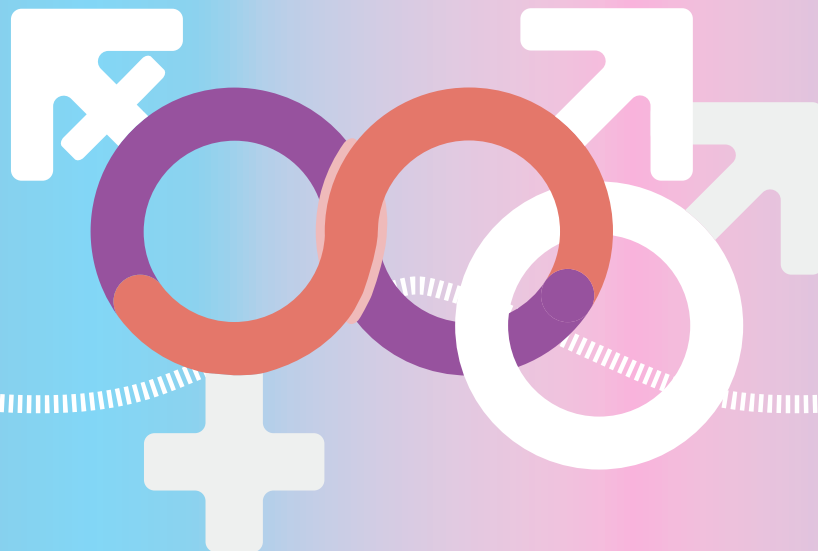
## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

CURSO 2020/2021

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Aspectos clínicos y sociales de la transexualidad:  
una aproximación a la realidad del colectivo trans**

*Clinical and social aspects of transsexuality:  
an approach to the reality of the trans community*



**Autora: LAURA URBISTONDO IZUEL**

**E-mail: [lauraurbistondoizuel@gmail.com](mailto:lauraurbistondoizuel@gmail.com)**

**Director: MANUEL HERRERO MONTES**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**

### **AVISO DE 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

Resumen / abstract .....	3
1. Introducción .....	4
2. Estrategia de búsqueda.....	8
3. Disforia de género .....	9
3.1. Diagnóstico de la disforia de género.....	9
3.2. Abordaje terapéutico .....	11
3.3. Comorbilidad psiquiátrica asociada a la disforia de género .....	13
3.4. Estándares de asistencia de la WPATH .....	15
4. Transexualidad en la sociedad .....	18
4.1. Patologización de la transexualidad.....	18
4.2. Transfobia.....	22
4.3. Situación legal de la transexualidad en España .....	25
5. Conclusiones.....	28
6. Referencias bibliográficas .....	29

## Resumen / abstract

### Resumen

Se entiende por transexualidad la máxima incongruencia entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género percibida por el individuo. Cuando dicha incongruencia provoca un malestar clínico y psicosocial se habla de disforia de género. Actualmente, la disforia de género se encuentra recogida dentro del DSM-V, favoreciendo la patologización de las identidades trans.

El abordaje terapéutico de la disforia de género engloba intervenciones como la psicoterapia, los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos y la transición social. Cada individuo va a decidir qué intervenciones precisa para llevar a cabo su transición, pues cada transición es única. Sin embargo, el no tratamiento de los sentimientos de disforia puede resultar en trastornos de ansiedad o depresión.

La patologización de las identidades trans puede darse en todos los ámbitos: sanitario, educativo, jurídico, etc. Actualmente, la lucha por la despatologización busca además de la retirada de la transexualidad de los manuales de diagnóstico (DSM, CIE), el acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos sin tutela psiquiátrica y la erradicación de la transfobia. La transfobia abarca toda forma de violencia dirigida hacia el colectivo trans. Tanto la patologización como la transfobia van a tener un impacto en la salud del individuo.

Palabras clave: transexualidad, identidad de género, disforia de género, servicios de la salud para las personas transgénero.

### Abstract

Transsexuality is defined as the maximum inconsistency between the sex assigned at birth and the perceived gender identity. When said inconsistency causes a clinical and psychological discomfort, it is referred as gender dysphoria. Currently, gender dysphoria is included in the DSM-V, which promotes the pathologization of trans identities.

The therapeutic approach to gender dysphoria includes psychotherapy, pharmacological and surgical treatments, in addition to social transitioning. Each individual will decide the type of interventions they need in order to carry out their transition, as each transition is unique. However, the lack of treatment to gender dysphoria can lead to anxiety and depression.

The pathologization of trans identities can arise in all areas: health, education, legal, etc. Nowadays, the fight for the depathologization seeks to the removal of transsexuality from diagnostic manuals such as DMS and ICD, the access to hormonal and surgical treatment without psychiatric guardianship and the eradication of transphobia. Transphobia encompasses all forms of violence aimed at the trans community. Pathologization of these identities and transphobia will result in an impact on the individual's health.

Key words: transsexualism, gender identity, gender dysphoria, health services for transgender persons.

## 1. Introducción

Vivimos en una sociedad que de la misma manera que lo hacen las personas, cambia y evoluciona. Desde nuestro nacimiento, nos vemos obligados a cumplir con los estándares y estereotipos del rol propio que se nos sobreentiende por ser hombre o mujer. Esa es la dicotomía en la que nos basamos, el sexo es biológico y el género una construcción social. Generalmente, sexo biológico y género concuerdan, pero esto no siempre ocurre así.

La transexualidad comprende la situación de discordancia más extrema entre el sexo asignado al nacer y el sexo sentido por el mismo individuo, acorde con su identidad de género <sup>(1)</sup>. El sexo biológico engloba características cromosómicas, hormonales y anatómicas, mientras que el término "*identidad de género*" se utiliza para describir el sentir de una persona de ser un hombre, una mujer o bien, de no tener un sexo determinado <sup>(2)</sup>. Esta identidad se entiende como estable e invariable, salvo en el caso de las personas "*género fluido*" o no binarias, que son aquellas que no se identifican como hombre ni como mujer, si no dentro de un espectro de género mucho más amplio <sup>(3)</sup>.

El concepto de transexualidad se define como el trastorno de la identidad sexual que se caracteriza por una identificación acusada y persistente con el sexo opuesto al del nacimiento <sup>(4)</sup>, por lo que el individuo buscaría la adquisición del género sentido a través de intervenciones médicas y/o quirúrgicas. Esta ausencia de concordancia entre sexos se denomina incongruencia de género, reservando el concepto de "*disforia de género*" para el diagnóstico psiquiátrico del malestar clínico y psicosocial que provoca <sup>(2)</sup>.

La determinación del sexo del ser humano puede hacerse atendiendo a cuatro parámetros diferentes: sexo cerebral, gonadal, genético y genital. Los tres últimos se definen por las gónadas, los cromosomas y los genitales externos respectivamente, mientras que el sexo cerebral es el que va a determinar la identidad sexual. Cuando todos estos parámetros coinciden, estaríamos ante una persona "*cissexual*", mientras que, si esto no sucede se define a la persona como "*transexual*" <sup>(5)</sup>.

La ya nombrada identidad sexual se determina en la etapa prenatal. Durante la gestación, la interacción entre los genes y las hormonas en el desarrollo de las células cerebrales es clave para que el sexo cerebral coincida con el gonadal, genético y genital. Cerebro y órganos sexuales pueden seguir rutas diferentes, pues la diferenciación de los genitales ocurre antes que la del cerebro <sup>(4)</sup>. Sin embargo, aunque la acción de las hormonas sexuales es fundamental para el desarrollo de la identidad de género, no es suficiente por sí misma, si no que ésta reside en la interacción de factores genéticos, hormonales y ambientales <sup>(6)</sup>. Actualmente, se cree que en el caso de individuos transexuales existe una influencia temprana de los esteroides en el desarrollo del cerebro, además de una disfunción en la percepción que éste tiene del propio cuerpo <sup>(7)</sup>. Asimismo, existen estudios que afirman que existen diferencias en la morfología cerebral de las personas transexuales. De esta manera, hombres transexuales (asignados al nacimiento el sexo mujer) presentan tendencia a la masculinización de algunos fascículos cerebrales y mujeres transexuales (asignadas al nacimiento el sexo hombre) presentan estructuras que se alejan de dicha masculinización <sup>(8,9)</sup>.

Históricamente, existen tres teorías psicológicas que han tratado de explicar cómo se crea la identidad de género <sup>(10)</sup>. El psicoanálisis destaca la identificación con los progenitores como un elemento fundamental en la construcción de la identidad de género. La teoría del aprendizaje social hace énfasis en la importancia de los modelos a la hora de adquirir y consolidar conductas <sup>(11)</sup>. Finalmente, la teoría cognitivo-evolutiva postula que existen estructuras determinantes de la evolución de la identidad sexual, a medida que estas estructuras vayan evolucionando, lo

harán también las actitudes sexuales <sup>(10)</sup>. A partir de éstas, han ido surgiendo nuevas corrientes y teorías psicológicas acerca de la adquisición de la identidad de género para tratar de explicar este proceso en la sociedad de nuestros días

La transexualidad no es un hallazgo de la actualidad, aunque es mucho más visible en la sociedad de hoy en día. A nivel internacional las primeras referencias a esta expresión las hace en 1923 Magnus Hirschfeld, un médico y sexólogo alemán, aunque en términos muy generales y sin diferenciarlos de otros vocablos como el travestismo y la homosexualidad <sup>(12)</sup>. Sin embargo, el avance tanto en el propio concepto como en el estudio del mismo se debe fundamentalmente al endocrino y psiquiatra Harry Benjamin. Benjamin define la transexualidad en el año 1953 como “la asociación entre la normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y en consecuencia con el deseo de cambio de sexo” <sup>(13)</sup>. Posteriormente, en 1966 publica “*The transexual phenomenon*”, un libro en el que plantea la posibilidad de adaptar el cuerpo a la mente, proponiendo el uso del tratamiento hormonal <sup>(12)</sup>. Benjamin fue también el fundador de la “*Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*” que en la actualidad se conoce como la “*World Professional Association for Transgender Health*” (WPATH) <sup>(14)</sup>. La WPATH es una organización sin ánimo de lucro que se dedica al estudio del cuidado de las personas trans, defendiendo una asistencia de calidad.

En Europa, la atención a personas transexuales en el sistema público de salud se inicia en Holanda en el año 1975 <sup>(15)</sup>. De manera progresiva se fue instaurando en distintos países vecinos, aunque con diferentes modelos de financiación. En España la evolución ha sido paralela a la de otros países europeos. Las primeras referencias a la transexualidad en nuestro país aparecen durante la Edad Media, aunque no es hasta los años 80 cuando se comienzan a realizar las primeras intervenciones de reasignación de sexo en el ámbito de la sanidad privada. En el sistema público de salud, los primeros informes de este tipo de asistencia surgen en Barcelona en 1986, aunque eran pocos los profesionales sensibilizados con el tema. Con el paso de los años, la asistencia a personas trans va instaurándose en el resto de las comunidades autónomas, aunque no es hasta el año 1999 cuando se aprueba la primera unidad multidisciplinar de atención a la transexualidad en Andalucía. A partir de entonces y en un proceso muy lento y disarmónico van surgiendo nuevas unidades en distintas regiones del país <sup>(4, 15)</sup> (ver tabla 1).

**TABLA 1. UNIDADES DE IDENTIDAD DE GÉNERO: AÑO DE RECONOCIMIENTO, Nº TOTAL DE CASOS ATENDIDOS HASTA JUNIO 2019 Y Nº ATENDIDOS MENORES DE 18 AÑOS.**

Tabla. Unidades de Identidad de Género			
COMUNIDAD	AÑO DE CREACIÓN	Nº DE CASOS ATENDIDOS (ADULTOS E INFANTIL)	Nº DE CASOS ATENDIDOS MENORES DE 18 AÑOS
Andalucía	1999	2298 (600 de otras CCAA)	330 (14%)
Cataluña	2006	1403	262 (18.7%)
Madrid	2006	1870	239 (12.78%)
Aragón	2006	172	59 (34%)
Asturias	2007	257	65 (25%)
C. Valenciana			
Valencia	2008	1020	376 (36.8%)
Alicante		520	160 (30.7%)
País Vasco	2008	395	60 (15%)
Canarias	2008	900	176 (19.5%)
Navarra	2010	129	31 (24%)
Castilla León			
Valladolid	2014	68	21 (30.8%)
Salamanca		40	18 (45%)

Fuente: Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I et al. *Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: historia y evolución.* <sup>(15)</sup>

En Cantabria, actualmente no existe una unidad de atención a la transexualidad reconocida, aunque en 2018 se crea el protocolo de atención del Servicio Cántabro de Salud (SCS) y en 2019 se forma un equipo multidisciplinar para la atención de personas trans en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla constituido por endocrinólogos, pediatras, ginecólogos, urólogos, psiquiatras y psicosexólogos, además de los médicos y enfermeras de Atención Primaria <sup>(15)</sup>.

En la actualidad no existen estudios formales sobre la incidencia y la prevalencia de la transexualidad en general, pues habría que tener en cuenta que las diferencias culturales entre los distintos países y su forma de expresar la identidad de género podrían alterar dichos resultados. Sin embargo, los estudios que se han llevado a cabo se han centrado en la población transexual que padece disforia de género y que acuden a instituciones sanitarias en busca de atención especializada. Estos estudios han sido realizados en países como Suecia, Bélgica, Alemania y Reino Unido <sup>(16)</sup>. Una revisión sistemática publicada en el año 2015 acerca de la incidencia de la transexualidad mundial en los últimos 50 años reveló una proporción de 4'6/100.000 habitantes, siendo 6'8 mujeres trans y 2'6 hombres trans <sup>(17)</sup>.

Por otra parte, en España, las estimaciones en cuanto dicha incidencia se han ido realizando desde cada una de las unidades de atención especializada. Éstas muestran un aumento progresivo de la demanda de atención sanitaria por parte del colectivo trans <sup>(18)</sup>. Existe un estudio publicado en nuestro país, que muestra que la razón de sexos que se atiende en la mayoría de las unidades especializadas es de 2 mujeres trans/1 hombre trans <sup>(4)</sup>. En Cantabria entre el 2015 – 2017 se prestó atención a 50 personas transexuales en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga, de las cuales 20 eran hombres trans, 15 mujeres trans y otras 15 aún estaban en proceso de definición de su identidad de género. De estas 50 personas, más de 20 eran menores de edad <sup>(18)</sup>.

Las personas transexuales han sido objeto de grandes dificultades a lo largo de la historia, no solamente en el ámbito social, sino también en todo lo que engloba a la atención sanitaria. Afortunadamente, en los últimos años, los avances médicos y quirúrgicos han permitido proporcionar una asistencia sanitaria cada vez más completa. Por otra parte, el estigma social que estos individuos llevan años arrastrando está empezando a desvanecerse, aunque queda mucho camino por recorrer.

El estigma es el proceso a través del cual se atribuye a un individuo o a un grupo de personas una característica que lo desprestigia ante la percepción del resto, dando lugar a la discriminación y el rechazo <sup>(19)</sup>. Este estigma puede darse tanto a nivel de sociedad como dentro del propio sistema sanitario, económico y político. Dentro del ámbito sanitario, existe un gran desconocimiento sobre la transexualidad, además de la falta de experiencia y de formación de los profesionales sanitarios <sup>(20)</sup>. En parte, este estigma dentro del ámbito de la salud se debe a la patologización de la propia condición. Se entiende por patologización la *“conceptualización de características corporales, identidades, prácticas, gestos o personas como enfermas”* <sup>(21)</sup>. En 1975 se introdujo la transexualidad en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) como trastorno mental y en 1980 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III) <sup>(21)</sup>. Aunque la inclusión de la transexualidad en manuales diagnósticos es en parte necesaria para que el tratamiento pueda ser financiado por el sistema público de salud, la libre expresión de la identidad no deja de ser uno de los derechos humanos <sup>(22)</sup>.

En lo referente al marco legal de la transexualidad en España cabe destacar la inclusión de la asistencia a personas transexuales dentro de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud en el año 2006 <sup>(18)</sup> y la Ley Reguladora de la Rectificación Registral de la Mención relativa al sexo de las personas del año 2007, por la que se permite la rectificación del

sexo en el Registro Civil <sup>(23)</sup>. Además, cada una de las Comunidades Autónomas ha legislado de manera individual para la protección del colectivo trans. En el caso de Cantabria, en 2020 se crea la Ley de Garantía de Derechos de las Personas Lesbianas, Gais, Trans, Transgénero, Bisexuales e Intersexuales y No Discriminación por Razón de Orientación Sexual e Identidad de Género <sup>(24)</sup>.

Este trabajo tiene como objetivo la descripción de la transexualidad tanto a nivel sanitario como a nivel social y legal, con especial atención a los menores de edad. A lo largo de esta publicación se tratarán de manera detallada aspectos como el proceso diagnóstico de la disforia de género y las opciones terapéuticas existentes en la actualidad. Además, se pretende también describir la situación de las personas transexuales en distintos ámbitos de la sociedad, tanto a nivel nacional como internacional. Con todo esto se busca una comprensión más completa de las identidades trans, no solo dentro de un contexto sanitario sino también dentro del mundo en el que convivimos, tratando de prestar información que nos permita, como colectivo profesional, ofrecer una atención sanitaria de calidad a toda persona trans que acceda a nuestro servicio de salud.



## 2. Estrategia de búsqueda

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se han seleccionado estudios publicados entre los años 2010-2021 tanto en español como en inglés. Se comenzó realizando una búsqueda bibliográfica orientada a la localización de artículos científicos y guías de práctica clínica publicados en revistas nacionales e internacionales, repositorios, sociedades sanitarias y organizaciones relacionadas con el colectivo transgénero, utilizando las bases de datos PUBMED, DIALNET, Scopus, Scielo y Web of Science, además de páginas web de sociedades científicas españolas. Se seleccionan 109 documentos en total.

Se han priorizado aquellos artículos enfocados a la transexualidad y/o la disforia de género en edad pediátrica, aunque también se han utilizado artículos que describen intervenciones puramente médicas y/o quirúrgicas, así como textos jurídicos y administrativos en el ámbito de la transexualidad. Aquellos artículos de acceso restringido, duplicados o de escasa rigurosidad científica han sido descartados.

Palabras clave: *“transexualidad”, “disforia de género”, “identidad de género”, “pediatría”, “enfermería”, “transfobia”* .

Key words: *“transsexuality”, “gender dysphoria”, “gender identity”, “paediatrics”, “nursing”, “transphobia”*.

Bases de datos	Artículos seleccionados	Artículos utilizados	Artículos descartados
Dialnet	49	34	15
Pubmed	50	31	19
Scopus	5	0	5
Scielo	3	3	0
Web of Science	2	1	1

Otros recursos utilizados	
<b>Guías clínicas / protocolos</b>	Estándares de cuidado WPATH, Protocolo Servicio Cántabro de Salud, Protocolo Servicio Canario de Salud
<b>Páginas web</b>	Sociedad Española de Endocrinología pediátrica (SEEP), WPATH, Sociedad Española de Psiquiatría, Escuela cántabra de salud, Boletín Oficial de Cantabria (BOC), Boletín Oficial del Estado (BOE), Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), Stop Trans Pathologization 2012, Transgender Europe (TGEU), Trans Murder Monitoring (TMM), Organización de las Naciones Unidas (ONU), UNICEF

### 3. Disforia de género

El término disforia de género (DG) lo introduce en 1973 el psiquiatra de la Universidad de Stanford Norman Fisk, definiéndolo como *“aquello que produce ansiedad y angustia asociada al conflicto entre la identidad sexual y el sexo biológico”* <sup>(25)</sup>. Actualmente, este término se define en el DSM-V como el malestar que experimenta un individuo provocado por la incongruencia existente entre el sexo que siente o expresa y el que le ha sido asignado al nacimiento <sup>(26)</sup>. Dentro de dicho manual se diferencia la disforia de género en niños de la que se da en población adolescente y adulta, además de otras disforias no específicas, siendo distintos los criterios diagnósticos para cada una de estas definiciones. Cabe destacar que no todas las personas que no se identifican con el sexo asignado al nacer sufren disforia de género.

Es importante por otra parte, tener en cuenta que la disforia de género puede aparecer a cualquier edad, tanto en niños como en adultos, y que no todas las personas trans van a seguir el mismo proceso en cuanto a su identidad de género. En el caso de los niños, el deseo de adquirir el rol del sexo sentido suele ser más agudo durante la pubertad, coincidiendo con la aparición de los caracteres sexuales secundarios <sup>(27)</sup>. Según diversos estudios, la toma de conciencia de la propia identidad de género sucedería entre los 2 y los 4 años de edad. A los 2-3 años son capaces de identificarse tanto a sí mismos como a los demás según su sexo <sup>(7)</sup> y a partir de los 3-4 años entienden que el sexo es algo estable en el tiempo <sup>(5)</sup>. Sin embargo, hay que tener en cuenta que para poder expresar dicha identidad tienen que superar todas aquellas barreras que les insisten en que serán los genitales aquellos que definan su género.

#### 3.1. Diagnóstico de la disforia de género

Como ya se ha mencionado previamente, el DSM-V diferencia la disforia de género en niños de la disforia de género en adolescentes y adultos, teniendo ambos diagnósticos criterios diferentes. En el caso de los niños, se describe la disforia de género como *“una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses”*. Además, el problema irá asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social escolar u otras áreas importantes del funcionamiento. Para que se pueda confirmar el diagnóstico de disforia de género en niños, deben cumplirse un mínimo de las seis características siguientes, siendo indispensable que la primera de ellas se encuentre presente en el niño <sup>(26)</sup>.

1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las

chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.

7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

En el caso de la disforia de género en adolescentes y adultos, se debe cumplir de nuevo una duración de los síntomas de seis meses. Además, el problema irá asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Para el diagnóstico, será necesario que se cumpla un mínimo de dos de las siguientes características <sup>(26)</sup>:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

El diagnóstico de la disforia de género es un paso fundamental en el caso de la transexualidad. Éste va a surgir tras una evaluación exhaustiva de los aspectos biopsicosociales de la persona en cuestión, pues la descripción y cuantificación de la sintomatología del individuo va a permitir un diagnóstico mucho más preciso. Además, será necesario un diagnóstico diferencial, y es que algunos tipos de disfunciones sexuales, como los trastornos del orgasmo, el vaginismo o la dismorfia corporal, pueden dar lugar a un deseo de cambio de sexo por parte de la persona que las sufre <sup>(28)</sup>. Para el diagnóstico de la disforia de género se han desarrollado distintos instrumentos, entre los cuales destacan la EDIG (Entrevista Diagnóstica de Identidad de Género) y la Utrecht Gender Dysphoria Scale – Gender Spectrum (UGDS-GS).

La EDIG fue creada como instrumento de evaluación del Trastorno de Identidad de Género (TIG) en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Ramón y Cajal, centro de referencia para la atención al colectivo transexual en la Comunidad de Madrid. Se trata de un test, aunque se aplica como una entrevista para evitar errores propios de la autoadministración. Está compuesto por 27 ítems con posibilidad de respuesta entre sí o no, de los cuales 6 son de diagnóstico de TIG y 21 de diagnóstico diferencial. La EDIG constituye un instrumento diagnóstico de uso recomendable ya que se basa en los criterios diagnósticos actuales y muestra una buena consistencia interna <sup>(28)</sup>.

Si bien es cierto que la EDIG puede ser una herramienta útil para un diagnóstico rápido, no permite por sí misma el abordaje de cada caso de manera profunda. Esto último implicaría que existe una necesidad de ahondar en otros aspectos de la vida de los miembros del colectivo

trans, ya sea mediante entrevistas clínicas o cuestionarios diseñados específicamente para este grupo de la población <sup>(28)</sup>.

Por otra parte, la UGDS-GS es una escala que mide el grado de satisfacción con la identidad de género y la expresión de la misma. Constituye un instrumento inclusivo para todo tipo de identidades trans (género no binario, mujeres trans, hombres trans, género fluido...) y puede utilizarse tanto en adolescentes como en adultos. Se trata de una escala de tipo Likert compuesta por 18 ítems, cada uno de los cuales puntúa entre 0 y 5 puntos según el grado de acuerdo que tenga el individuo con la afirmación planteada (completamente en desacuerdo – completamente de acuerdo) <sup>(29)</sup>.

### 3.2. *Abordaje terapéutico*

Las opciones de tratamiento de la disforia de género incluyen: cambios en la expresión y en el rol de género y psicoterapia, terapia hormonal y cirugías de reasignación. Éstas dos últimas pueden clasificarse en función de su reversibilidad, de esta manera, existen tratamientos completamente reversibles, parcialmente reversibles e irreversibles. Los primeros son aquellos que provocan la supresión de la pubertad y consisten en análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH). Los parcialmente reversibles engloban a la terapia hormonal cruzada para “masculinizar” o “feminizar” el cuerpo, utilizando principalmente estrógenos y testosterona. Finalmente, los tratamientos irreversibles se refieren a aquellas intervenciones quirúrgicas que buscan la reasignación de género <sup>(30)</sup>.

En cuanto a los cambios en la expresión y en el rol de género, el proceso se conoce como transición social. Ésta se refiere al proceso de adopción de una expresión de género que sea congruente con la identidad de género sentida por cada persona y puede incluir cambios en el comportamiento, el vestido, el cabello y el nombre y los pronombres <sup>(31)</sup>. Respecto a esto último, se ha demostrado que el uso del “nuevo” nombre en distintos contextos se asocia a menores tasas de depresión e ideación suicida <sup>(32)</sup>. Durante la fase de transición social es fundamental el apoyo por parte de profesionales de la salud mental, tanto al menor como a la familia, para ayudar a comprender la situación de disforia y lograr la implicación de la familia en el propio proceso <sup>(33)</sup>. Además, es importante comprender que cada niño va a seguir un proceso de transición distinto, siendo todos ellos igualmente válidos.

El uso de análogos de la GnRH está considerado como efectivo y seguro. Este tipo de tratamiento puede comenzarse una vez el adolescente haya alcanzado el estadio 2-3 en la escala de desarrollo de Tanner <sup>(33-35)</sup>. Esta escala compara el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios del individuo (telarquia, vello púbico y crecimiento de los testículos) con fotografías estandarizadas que van del estadio 1 (prepuberal) al 5 (desarrollo completo) <sup>(36)</sup>. Los análogos de la GnRH producen un descenso en los niveles de la LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona folículo estimulante) <sup>(37)</sup>, lo que se conoce como supresión puberal. Esta opción se considera reversible porque una vez suspendido el tratamiento, el eje hipotalámico-pituitario-gonadal se reactivaría, reanudando así el desarrollo puberal correspondiente al sexo gonadal <sup>(38)</sup>. Se recomienda mantener el tratamiento, tanto en mujeres como en varones, con análogos de la GnRH hasta los 16-18 años, aunque lo ideal es individualizar en cada caso <sup>(39)</sup>. En lo referente a los efectos no deseados, el principal riesgo que existe asociado a la supresión puberal es el de baja mineralización ósea <sup>(14)</sup>, por lo que el seguimiento por parte de los especialistas es fundamental.

La terapia hormonal cruzada (THC) se basa en la administración de testosterona o bien de estrógenos para promover el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios correspondientes a la identidad de género. Se recomienda su comienzo a partir de los 16 años de edad, preferiblemente con el consentimiento de los padres o tutores legales <sup>(40)</sup>. En las mujeres trans (sexo masculino asignado al nacimiento) se utiliza el estradiol, que inducirá un desarrollo del tejido mamario, así como una redistribución de la grasa corporal. Por otra parte, en los hombres trans (sexo femenino asignado al nacimiento) se administra testosterona, que inducirá el cese de la menstruación, el desarrollo del vello facial, el incremento de la masa muscular y el engrosamiento de la voz <sup>(41)</sup>. Tanto el tratamiento con hormonas feminizantes como con masculinizantes deberán seguirse de por vida, manteniendo controles analíticos periódicos de los mismos. En cuanto a los principales efectos secundarios, en el caso de las hormonas feminizantes destaca la enfermedad tromboembólica venosa y entre las masculinizantes destacan el acné y la policitemia <sup>(14)</sup>, entre otros (ver tabla 4).

**TABLA 4. RIESGOS ASOCIADOS A LA TERAPIA HORMONAL.** <sup>(14)</sup>

Nivel de riesgo	Hormonas feminizantes	Hormonas masculinizantes
<b>Probable riesgo aumentado</b>	<b>Enfermedad tromboembólica venosa</b> <sup>A</sup> Cálculos biliares Enzimas hepáticas elevadas Aumento de peso <b>Hipertrigliceridemia</b>	<b>Policitemia</b> Aumento de peso Acné Alopecia androgénica (calvicie) Apnea del sueño
<b>Probable aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales</b> <sup>B</sup>	Enfermedad cardiovascular	
<b>Posible aumento de riesgo</b>	<b>Hipertensión</b> Hiperprolactinemia o prolactinoma	Enzimas hepáticas elevadas <b>Hiperlipidemia</b>
<b>Probable aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales</b>	<b>Diabetes tipo 2</b>	<b>Desestabilización de ciertos trastornos psiquiátricos</b> <sup>C</sup> <b>Enfermedad cardiovascular</b> <b>Hipertensión</b> <b>Diabetes tipo 2</b>
<b>Sin aumento de riesgo o evidencia de riesgo no concluyente o no documentada</b>	<b>Cáncer de mama</b>	Pérdida de densidad ósea <b>Cáncer de mama</b> <b>Cáncer cervical</b> <b>Cáncer de ovario</b> <b>Cáncer uterino</b>

Los ítems en negrita son clínicamente significativos.

<sup>A</sup>: El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que con la administración de estrógenos transdérmicos.

<sup>B</sup>: Otros factores incluyen la edad.

<sup>C</sup>: Incluye trastorno bipolar, esquizoafectivo y otros que pueden presentar síntomas maníacos o psicóticos. Este evento adverso parece estar asociado a dosis más altas o concentraciones suprafisiológicas de testosterona en sangre.

Fuente: Coleman E et al. *Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género* <sup>(16)</sup>

Finalmente, las cirugías de reasignación de sexo más comunes serían el aumento de pecho, la feminización facial o la vaginoplastia en las mujeres trans; y la histerectomía, que puede ir o no acompañada de salpingooforectomía, la mastectomía y la faloplastia en el caso de los hombres trans <sup>(42)</sup>. En España la edad mínima para estas cirugías son los 18 años y es necesario un

diagnóstico de disforia de género, además de 12 meses continuos de terapia hormonal, excepto en el caso de la mastectomía que no sería obligatorio <sup>(14)</sup>. Es fundamental recalcar que no todas las personas transexuales deciden someterse a una intervención quirúrgica de reasignación de sexo, sin embargo, para algunas de ellas es esencial de cara experimentar una mayor congruencia con su identidad de género.

La vaginoplastia consiste en la creación de una vulva y vagina que permitan tanto las relaciones sexuales como el orgasmo. En esta intervención, una vez extirpados los testículos y los cuerpos cavernosos del pene, se utiliza la piel del escroto para la creación de la vulva, la piel del pene se invierte creando el nuevo canal vaginal y el glande conformará el nuevo clítoris. La uretra será aislada a través de una sonda vesical y posteriormente se seccionará para conseguir la longitud acorde a los nuevos genitales. Como principales complicaciones de la vaginoplastia encontramos las fístulas recto-vaginales o la estenosis del meato urinario <sup>(43)</sup>. En cuanto a cuidados posteriores, destacaría la dilatación vaginal diaria, que empezaría a realizarse a los 7-10 días de la intervención quirúrgica. El tamaño de los dilatadores, así como la frecuencia de las dilataciones irán variando a lo largo del seguimiento <sup>(44)</sup>.

La faloplastia se basa en la creación de un pene que permita, además de las relaciones sexuales con penetración y el orgasmo, la micción en bipedestación, siempre y cuando las características de cada individuo lo permitan. Para la creación del pene se van a utilizar injertos de tejido del antebrazo, el muslo o el abdomen del paciente y la uretra se construirá a partir de la mucosa vaginal alrededor de un catéter vesical para posteriormente implantarlo con técnicas de microcirugía que garanticen la sensibilidad táctil. Se trata de una intervención compleja y que suele realizarse en varias fases para evitar al máximo las complicaciones, entre las cuales destacarían las fístulas urinarias, la dehiscencia de las suturas o la necrosis del injerto. Una vez que el tejido ha cicatrizado se puede plantear la colocación de prótesis tanto testiculares como peneanas, que permitirían las relaciones sexuales con penetración <sup>(45)</sup>.

Cabe destacar por otra parte la importancia del abordaje de la preservación de la fertilidad en estos pacientes ya sea antes de iniciar la TCH o bien previamente a las intervenciones quirúrgicas. Por norma general, en el paciente pediátrico se utilizaría el tiempo que dura la supresión puberal para comenzar a plantear esta materia. La decisión de preservar o no la fertilidad varía de un individuo a otro, no se han encontrado estudios que concreten datos estadísticos al respecto. Habría que tener en cuenta que una exposición prolongada a los estrógenos puede suprimir la producción de andrógenos y la espermatogénesis, mientras que la exposición a la testosterona puede afectar tanto al tejido ovárico como al endometrio <sup>(46)</sup>. Si bien es cierto que el embarazo en un hombre trans (asignado el sexo mujer al nacimiento) en tratamiento con testosterona es algo complejo, existen casos documentados de hombres no histerectomizados que han logrado tener un hijo biológico <sup>(47)</sup>.

### 3.3. Comorbilidad psiquiátrica asociada a la disforia de género

La población transgénero es más susceptible de sufrir situaciones de abuso reforzadas por el estigma social hacia este colectivo, incrementando de esta manera el riesgo de manifestar trastornos mentales con respecto a la población general. Los trastornos más prevalentes entre el colectivo trans incluyen la depresión y la ansiedad <sup>(48)</sup>, así como una mayor tasa de intentos de suicidio <sup>(31)</sup>. En el caso de la población más joven perteneciente al colectivo las cifras revelan exactamente lo mismo que en el caso de los adultos: aumento de la sintomatología depresiva e intentos de suicidio, exposición a conductas de riesgo para la salud (abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, etc.) y una mayor susceptibilidad a la violencia, tanto física como

psicológica <sup>(31)</sup>. Al acoso físico y/o verbal se le suma la posible exclusión social en los ámbitos familiar, social y escolar, siendo este último uno de los ambientes en los que más aislamiento, acoso y discriminación sufren estos jóvenes <sup>(49)</sup>. Las consecuencias de este acoso en el entorno educativo se asocian a una disminución del rendimiento académico y al aumento del abandono escolar, además de una disminución de la autoestima y un aumento de los niveles de ansiedad y de la posibilidad de presentar conductas suicidas <sup>(50)</sup>.

Sin embargo, estas cifras suelen ser más comunes en aquellos niños y adolescentes que no han transicionado socialmente y que no cuentan con el apoyo de sus familias. La presencia de una red de apoyo es vital a la hora de realizar una transición de género, sobre todo a la hora de trabajar con niños y adolescentes, por lo que es fundamental identificar dicha red y proporcionar apoyo a las familias que así lo necesiten <sup>(25)</sup>. Existen estudios que sugieren que tanto el apoyo de los familiares y amigos como la transición social se asocian a unas tasas de ansiedad y depresión similares a las de sus iguales cisgénero <sup>(51,52)</sup>. En el caso de las familias, esta nueva identidad puede ser en ocasiones fuente de conflictos. Los padres suelen atravesar distintas fases a lo largo del proceso de transición del menor: una primera fase que puede conllevar incredulidad y agresividad, una segunda fase de negociación en la que se tolera la nueva identidad estableciendo ciertas condiciones y finalmente una tercera fase de aceptación, a la que no siempre se consigue llegar <sup>(53)</sup>.

El hecho de transicionar va a conseguir, por norma general, una disminución significativa de los sentimientos de disforia hacia el propio cuerpo <sup>(54)</sup>. Además, cuando se acompaña de terapia hormonal, independientemente de que haya o no tratamiento quirúrgico, además de reducir la disforia disminuye también los intentos de suicidio y otras comorbilidades psiquiátricas, mejorando también la calidad de vida del individuo <sup>(31)</sup>. Esto va a ocurrir tanto con el inicio de la supresión puberal como con el de la terapia hormonal cruzada. En un estudio llevado a cabo en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid realizado en adolescentes transexuales de entre 14 y 18 años, los resultados muestran que tras un año de THC, se consiguieron mejoras tanto en las puntuaciones de las escalas de ansiedad como en las de depresión, en las cuales el 70% de los pacientes presentaron puntuaciones normales. Estos datos sugieren que el inicio de las terapias hormonales a edades tempranas, acompañado del apoyo familiar y de la posibilidad de llevar a cabo una transición social hacia el género sentido, puede estar asociado con unas mejores condiciones de salud mental en el caso de los niños transgénero <sup>(55)</sup>.

La disminución de las tasas de depresión y ansiedad tras el inicio de la terapia hormonal no es el único beneficio que podría asociarse al diagnóstico y tratamiento precoz de la disforia de género. Por ejemplo, en el caso del bloqueo puberal, se proporciona tiempo para que el adolescente explore su identidad de género, pudiendo así favorecer una minimización o bien una menor complejidad de las intervenciones de feminización o masculinización a los que éste debería someterse en una edad más avanzada <sup>(41)</sup>.

Sin embargo, dentro del campo de la transexualidad existe un número muy limitado de instrumentos que contribuyan a la evaluación psicológica del colectivo y los pocos que existen suelen estar dirigidos exclusivamente al diagnóstico de la disforia. Como ejemplos de instrumentos de evaluación de ansiedad y depresión en personas transexuales encontramos la Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA) y la Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA). Ambas han sido desarrolladas por la UTIG del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Son escalas tipo Likert constituidas por 30 ítems en las que en cada ítem el sujeto responde eligiendo según el rango de acuerdo o desacuerdo que tenga con la afirmación

planteada en una escala numérica del 1 al 5. Ambas escalas muestran una fiabilidad y validez suficiente para su uso <sup>(56)</sup>.

Finalmente, cabe destacar que no existe evidencia de que el riesgo de padecer un trastorno mental esté directamente relacionado con la identidad de género <sup>(57)</sup>. Dicho riesgo se considera multifactorial y se asocia a cuestiones como el rechazo social, el estigma y la discriminación, además de la desinformación acerca de los recursos disponibles y del escaso conocimiento de las necesidades de la comunidad trans <sup>(17)</sup>.

#### 3.4. Estándares de asistencia de la WPATH

La WPATH es una asociación internacional constituida en 1979 <sup>(58)</sup> cuya misión es promover una asistencia basada en la evidencia, la investigación, la defensa y el respeto a la salud de la comunidad trans. Una de sus principales funciones es el fomento de los más altos estándares en salud de la población trans a través de los *Estándares de Asistencia o Normas de Atención para la Salud de Personas Trans y con Variabilidad de Género* (NDA). Estas normas se basan tanto en la información científica disponible como en el consenso profesional de los colectivos que integran la propia asociación <sup>(16)</sup>.

El objetivo de las NDA es la creación de recomendaciones para la práctica clínica para guiar a los distintos profesionales de la salud en el cuidado del colectivo trans, tratando de asegurar no solo su bienestar físico, sino también una adecuada salud mental y la realización personal de estos pacientes. Dichas recomendaciones van a fundamentarse en 8 principios básicos <sup>(16)</sup>:

1. Respetar a las personas trans y con variabilidad de género: no se deben patologizar las diferentes identidades y expresiones de género.
2. Atender a las personas usuarias de servicios afirmando su identidad de género y reducir el malestar de la disforia de género cuando ésta se encuentre presente.
3. Adquirir conocimientos acerca de las necesidades de salud de personas trans y con variabilidad de género, incluyendo los beneficios y riesgos de las opciones de tratamientos para la disforia de género.
4. Hacer coincidir el abordaje del tratamiento a las necesidades específicas de las personas usuarias de servicios, en particular a sus objetivos para la expresión de género y la necesidad de alivio de la disforia de género.
5. Facilitar el acceso a una atención adecuada.
6. Solicitar el consentimiento informado de las personas usuarias de servicios antes de proporcionar tratamiento.
7. Ofrecer continuidad de la atención.
8. Estar preparado/a para apoyar y abogar por las personas usuarias de servicios dentro de sus familias y comunidades (escuelas, lugares de trabajo y otros ámbitos).

Por otra parte, dentro de las propias normas se debe de contemplar la flexibilidad de las mismas teniendo en cuenta que cada caso es único y distinto a los demás y que las necesidades de cada persona en cuanto a su transición de género pueden ser variables <sup>(16)</sup>. En nuestro sistema de salud, la asistencia al colectivo trans engloba distintas áreas de atención, incluyendo la atención primaria, los servicios de salud mental, los tratamientos hormonales y quirúrgicos, las opciones en cuanto a la preservación de la fertilidad y la atención tanto ginecológica como urológica, entre muchas otras.



Los Estándares de Asistencia son revisados periódicamente, de tal forma que la última edición se publicó en el año 2011. Las principales diferencias que se encuentran en esta edición, la séptima, respecto a las dos anteriores, publicadas en 1998 y 2001 respectivamente, son la ampliación del colectivo objeto de la atención, ampliando también así la oferta de tratamientos, y la demanda de la no patologización de la transexualidad y la disconformidad de género <sup>(58)</sup>, entre otras (ver tabla 5).

En esta última versión, la población susceptible de tratamiento es aquella que presenta disforia de género, siempre y cuando ésta no pueda explicarse mejor a través de otros diagnósticos, incluyendo así no solo a las personas transexuales, sino también a aquellas que se identifican dentro de un espectro de género más amplio que el binomio hombre/mujer. De esta manera se amplía también la oferta de tratamientos elegibles para la disforia de género, dejando atrás la denominada “*triada terapéutica*” conformada exclusivamente por la psicoterapia, el tratamiento hormonal y el tratamiento quirúrgico. En la 7ª versión se establecen cuatro pilares para el tratamiento de la disforia: cambios en la expresión y la identidad, terapia hormonal, cirugía y psicoterapia. Además, se especifica que tanto el tipo de intervenciones como el alcance o el orden en el que se realicen podrán variar entre individuos. Finalmente, y en cuanto a la no patologización de la transexualidad, la séptima versión establece que, en el caso de las personas transexuales, transgénero y disconformes con su género lo que se diagnostica es el sufrimiento causado por la propia disforia y no un trastorno mental <sup>(58)</sup>.

**TABLA 5. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN LAS TRES ÚLTIMAS VERSIONES DE LOS ESTÁNDARES DE ASISTENCIA.**

<b>QUINTA Y SEXTA VERSIÓN</b>	<b>SÉPTIMA VERSIÓN</b>
Parten del diagnóstico de “transexualismo” o de “trastorno de identidad de género” (TIG).	En un intento de despatologizar sustituye el diagnóstico “trastorno de identidad de género” (TIG) por “disforia de género”.
Plantean la triada terapéutica (psicoterapia y/o experiencia de la vida real, tratamiento hormonal y quirúrgico) como tratamiento habitual para mujeres y hombres biológicos con TIG.	No hace mención a la triada terapéutica. Amplía el colectivo objeto de atención (personas transexuales, transgénero, con disconformidad de género y con trastornos del desarrollo sexual) y la oferta de tratamientos (el tratamiento hormonal y quirúrgico no es la única opción de las personas con DG).
Establecen criterios específicos de elegibilidad y adicionales de disposición de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica.	No hace distinción entre criterios de elegibilidad y de disposición, sino que establece criterios únicos.
Se exige la experiencia de la vida real y/o psicoterapia para el acceso a la terapia hormonal. La sexta versión permite en situaciones excepcionales que se suministren hormonas a quienes rechazan realizar la experiencia de la vida real y la psicoterapia.	Elimina la obligatoriedad de la psicoterapia y de la experiencia de la vida real como requerimientos indispensables para la terapia hormonal.
La quinta versión requiere para cirugía mamaria 12 meses de tratamiento hormonal previo y 12 meses de experiencia de la vida real. La sexta versión aumenta los meses de tratamiento hormonal previo a la cirugía de pecho en transexuales femeninos (18 meses) y no es necesario el tratamiento hormonal previo en transexuales masculinos. La experiencia de la vida real deja de ser un prerrequisito.	Para la cirugía de pecho no incluye, en ningún caso, la necesidad de terapia hormonal previa. Recomienda la hormonación en las TF durante un periodo de 12 meses. Se mantiene la no obligatoriedad de la experiencia de la vida real.

<p>La quinta versión mantiene para la cirugía genital los mismos criterios que para la cirugía mamaria. La sexta versión también establece como criterios de elegibilidad para la cirugía genital la realización de 12 meses de terapia hormonal y 12 de experiencia de la vida real. Esta versión plantea la excepcionalidad de realizar esta cirugía sin tratamiento hormonal previo.</p>	<p>Establece 12 meses continuados de terapia hormonal previa a la cirugía genital. Posibilita abstenerse del tratamiento hormonal si la persona no lo desea. La experiencia de la vida real no es necesaria para algunas cirugías (histerectomía y ovariectomía en TM y orquiectomía en TF), pero para otras cirugías genitales (metoidioplastia, faloplastia o vaginoplastia) es requisito indispensable.</p>
<p>La 5ª versión establece que nunca deberán emplearse terapias hormonales o quirúrgicas en niños (edad mínima general para intervenciones hormonales son 18 años). La 6ª versión establece que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, recomendado que se haya llegado hasta la etapa dos de Tanner.</p>	<p>Los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma, recomendando que se haya llegado hasta la etapa dos de Tanner y también pueden ser elegibles para iniciar tratamiento hormonal cruzado a los 16 años.</p>

Fuente: Fernández Rodríguez M et al. *La 7a versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH: un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género.* <sup>(58)</sup>

Hay que tener en cuenta que estas recomendaciones clínicas no van a poder aplicarse de manera estricta en todos los contextos socioculturales del mundo, por lo que de igual forma que cada país y cada cultura entiende la identidad de género y las actitudes hacia la misma de maneras diferentes, estas normas deberán adaptarse a dichas diferencias.

Es fundamental comprender por otra parte, que la salud de este colectivo no va a estar exclusivamente sujeta a una buena práctica clínica, sino que también se verá influida por el ambiente social y político del momento. La salud de cualquier población va a partir de las políticas públicas y las reformas legales, siendo clave en el caso del colectivo trans la igualdad de derechos hacia la diversidad sexual y de género, tratando de eliminar el estigma, la discriminación y los prejuicios.

## 4. Transexualidad en la sociedad

### 4.1. Patologización de la transexualidad

Como ya se ha mencionado previamente, se entiende por patologización la “*conceptualización de características corporales, identidades, prácticas, gestos o personas como enfermas*” <sup>(21)</sup>. En el caso de la transexualidad existen dos vertientes de patologización: el hecho de considerar la transexualidad como un trastorno mental, denominado psicopatologización; y la consideración de la transexualidad como una enfermedad orgánica, o patologización orgánica. Ambas dos se basan en la falta de concordancia entre el sexo asignado al nacer y el género con el que se identifica el individuo <sup>(59)</sup>.

Por otra parte, la forma de patologización de las identidades trans puede diferenciarse en patologización institucional (ámbitos sanitario, educativo y jurídico-administrativo) y en dinámicas de patologización (contextos social, familiar, educativo y laboral). Ambas formas van a resultar en un impacto para la salud física y mental del individuo, además de generar barreras para el acceso a los servicios de salud y propiciar procesos de exclusión social <sup>(21)</sup>.

Es oportuno clarificar que bajo el término trans se agrupan todas aquellas personas que se identifican con un género distinto al que fue asignado a su nacimiento independientemente de si existen bien modificaciones corporales o bien un diagnóstico de trastorno de la identidad de género (transexuales, personas transgénero, identidades no binarias...) <sup>(59)</sup>.

La dicotomía de género hombre/mujer se convierte en una pieza clave en el debate de la transexualidad <sup>(60)</sup>, pues tradicionalmente el género se ha considerado como binario y no como un espectro o como un continuo. Al traspasar las barreras de este sistema dual, la transexualidad ha sido clasificada como algo “no normal”, patológico <sup>(60)</sup>. Este hecho comienza a ocurrir a mediados del siglo XIX tras la constitución de la sexualidad como campo de estudio y es que las preferencias sexuales se tradujeron entonces en una forma de clasificar aquello que era salud o enfermedad <sup>(61)</sup>, así tanto la homosexualidad como la transexualidad fueron tildadas de trastornos mentales que debían tratarse, además de considerarse como delito en varias sociedades.

Al repasar los criterios diagnósticos para la disforia de género descritos en el episodio anterior, se puede apreciar una concepción dualista del género, de lo que tradicionalmente ha sido considerado “masculino” o “femenino”, cayendo en los estereotipos más clásicos de masculinidad y feminidad. “*En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos...*” <sup>(26)</sup>. En afirmaciones como esta es posible objetivar la perpetuación de los roles de género tradicionales, pues en teoría los niños siempre van a preferir participar en juegos con una violencia marcada, en concordancia con el papel dominante que llevarán a cabo en su vida adulta. Esto se corresponde con el rol social que va asignado al género, es decir, con las expectativas que se generan en torno al papel que un individuo desarrollará dentro de la sociedad <sup>(62)</sup>. Sin embargo, es importante evidenciar que el género y las conductas que se asocian al mismo no son ni universales ni estables, sino que varían en función de la cultura y el contexto social <sup>(22)</sup>.

Estos criterios únicamente adquieren un sentido si se presupone que lo único que es normal y no patológico es la correspondencia completa entre identidad de género y sexo asignado al

nacimiento. De tal manera que si una persona rechaza en el grado que sea su sexo biológico y decide adoptar ciertos aspectos socialmente atribuidos al sexo opuesto ya es susceptible de ser clasificada como patológica. Además, si afirmamos que las personas trans se identifican por completo con el sexo opuesto estamos cayendo en una simplificación de una realidad que va mucho más allá de eso, que traspasa las barreras de la dicotomía hombre/mujer <sup>(63)</sup>. No todas las personas trans van a identificarse totalmente con el sexo opuesto al que les asignaron, no todas van a realizar una transición completa. Cada persona y cada transición es única.

La transexualidad entró a formar parte de las listas de psicopatologías en el año 1980 con la publicación de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) <sup>(61,63)</sup>. Desde entonces, los cambios respecto al diagnóstico del transexualismo/disforia de género han sido constantes, no solo en cuanto a categorías y criterios si no también en cuanto a ubicación dentro del propio manual (ver tabla 6).

En la primera aparición del transexualismo, el diagnóstico se dividía en tres categorías: trastorno de la identidad sexual (en niños), transexualismo (en adultos) y desorden psicosexual no especificado. Dentro de la categoría de transexualismo se incluía a individuos con disforia de género que hubieran demostrado un interés de al menos dos años de duración en modificar su sexo y la expresión de su género. En la siguiente edición DSM-IV (1994), el diagnóstico se vuelve a dividir en tres categorías: trastorno de identidad de género, fetichismo travestista y trastorno de identidad sexual no especificado. Finalmente, la versión actual del manual (DSM-V), publicada en 2013 elimina el diagnóstico de “trastorno de la identidad de género”, sustituyéndolo por “disforia de género” <sup>(61)</sup>.

Tras este último cambio, se traslada la esencia del diagnóstico hacia el malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el sexo asignado y la identidad de género <sup>(64)</sup>. De nuevo, esto no es aplicable a la totalidad del colectivo trans, pues existen personas dentro del mismo que no presentan disforia y se consideran transexuales de igual manera. Sin embargo, como ya se ha mencionado en la introducción de este trabajo, el diagnóstico médico de la disforia de género es imprescindible para la financiación del tratamiento.

**TABLA 6. RESUMEN DE LOS CAMBIOS EN EL DIAGNÓSTICO DE TRANSEXUALIDAD.**

Edición	Nombre del diagnóstico	Ubicación dentro del manual	Subcategorías dentro del diagnóstico
DSM-III (1980)	“Transexualismo”	“Desórdenes Psicosexuales”	-Trastorno de la identidad sexual (niños) -Transexualismo (adultos) -Desorden psicosexual no especificado
DSM-IV (1994)	“Trastorno de la identidad de género (TIG)”	“Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual”	-Trastorno de identidad de género -Fetichismo travestista -Trastorno de identidad sexual no especificado
DSM-V (2013)	“Disforia de género”	“Disforia de género”	-Disforia de género en niños -Disforia de género en adolescentes y adultos -Otra disforia de género especificada -Disforia de género no especificada

Fuente: elaboración propia.

La despatologización trans pretende no solo la desestigmatización de estas identidades, sino su reconocimiento como parte de la diversidad de la raza humana. La lucha por la

despatologización no radica única y exclusivamente en la desclasificación de los manuales de psiquiatría, si no que busca también reivindicar el reconocimiento de los individuos sometidos a tratamientos de reasignación de género como sujetos activos dentro de los mismos. En nuestro país, este discurso comienza a surgir en el año 2007, con las manifestaciones simultáneas de Madrid, Barcelona y París. Desde ese momento, se entablan uniones entre distintos grupos activistas de todo el mundo que actualmente trabajan como la Red Internacional por la Despatologización Trans. Desde ésta se empieza a poner en marcha una movilización de nivel internacional que se hará realidad en el año 2009 con la campaña bautizada como “*Stop Trans Pathologization – 2012 (STP – 2012)*”, en la cual se movilizaron más de cuarenta ciudades alrededor del planeta <sup>(59)</sup> y que consta de 5 puntos <sup>(64)</sup>:

1. La retirada del Trastorno de Identidad de Género de los manuales internacionales de diagnóstico (próximas versiones DSM-V y CIE-11).
2. La retirada de la mención de sexo en los documentos oficiales (por ser un mero control de género de un dato que no tiene ninguna validez identificatoria).
3. La abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersexo.
4. El libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías (sin la tutela psiquiátrica).
5. La lucha contra la transfobia: el trabajo para la formación educativa y la inserción social y laboral de las personas trans.

Por otra parte, existe una relación objetivable entre el marco de los derechos humanos y la lucha por la despatologización de las identidades trans <sup>(65)</sup>. En el año 2006 se crearon los “*Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*”. Éstos, aunque no son legalmente vinculantes han sido reconocidos a nivel internacional como una herramienta para la identificación, respeto y protección de los derechos humanos de todos los individuos sin tener en cuenta su orientación sexual o su identidad de género <sup>(66)</sup>, de esta manera, países como Finlandia o Canadá los han utilizado como base para el desarrollo de alguna de sus políticas <sup>(67)</sup>. Se trata de una sucesión de 29 derechos entre los que encontramos, por ejemplo: el derecho a la igualdad y la no discriminación (principio 2), el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica (principio 3) o el derecho a la protección contra los abusos médicos (principio 18).

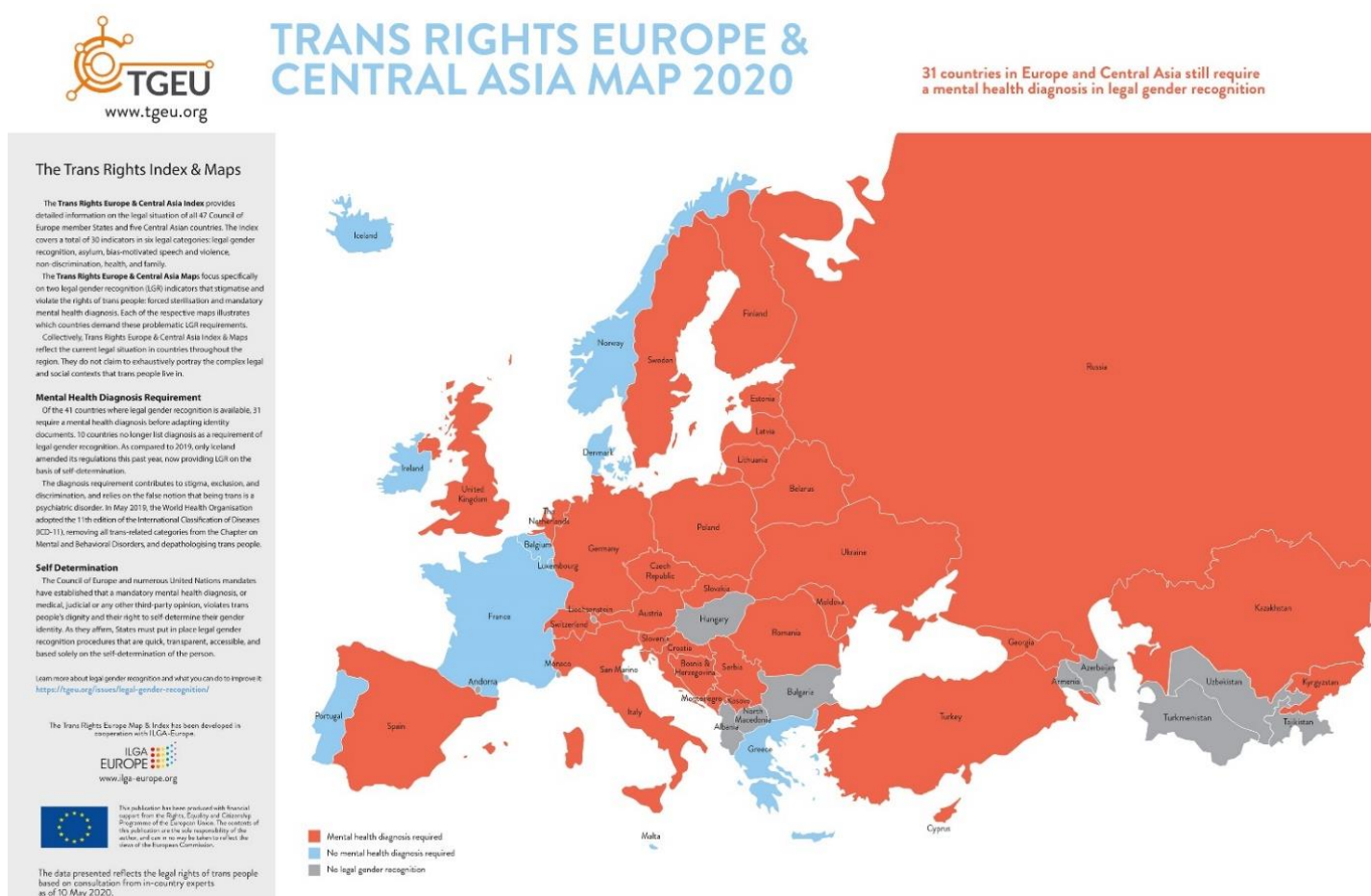
El derecho a la igualdad y la no discriminación aboga por el disfrute de todos los derechos humanos sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, así como por la igualdad ante la ley y a la protección por parte de la misma. El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica defiende la capacidad jurídica de todos los individuos sin la necesidad de someterse a procedimientos médicos como la terapia hormonal o la cirugía de reasignación de sexo como requisito indispensable para que se reconozca su identidad de género de manera legal. Finalmente, el derecho a la protección contra los abusos médicos determina que ni la orientación sexual ni la identidad de género de un individuo constituyen trastornos de la salud y, por lo tanto, no deben ser sometidas a examen o tratamiento médico <sup>(68)</sup>.

Todos ellos pueden relacionarse con la demandas de la campaña STP-2012 mencionadas previamente. Los principios número 2 y 18 se corresponden con la retirada del TIG de los manuales de diagnóstico DSM y CIE, mientras que el principio número 3 se puede relacionar tanto con la retirada de la mención del sexo en los documentos oficiales como con la eliminación de los tratamientos de normalización binaria en personas intersexo y el libre acceso a los tratamientos hormonales y las cirugías sin la necesidad de un diagnóstico psiquiátrico. Esta

última demanda ha sido secundada por organizaciones como el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

En lo que respecta al reconocimiento legal de la identidad de género, en los últimos años cada vez más países han modificado su legislación para adaptarse a la diversidad de género. En Argentina se creó una ley en el año 2012 que permite el reconocimiento legal de la identidad de género sin requisitos médicos, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Siguiendo este ejemplo, leyes similares fueron publicadas en Dinamarca (2014), México e Irlanda (2015), Bolivia, Francia y Noruega (2016) y Portugal, Chile, Uruguay y Costa Rica (2018) <sup>(65)</sup>. Sin embargo, de acuerdo con la información publicada por Transgender Europe (TGEU) en 2020, 31 países europeos exigen un diagnóstico psiquiátrico para el reconocimiento legal de la identidad de género, entre los que se encuentra España <sup>(69)</sup> (ver figura 1).

**FIGURA 1. TRANS RIGHTS EUROPE & CENTRAL ASIA MAP**



Fuente: *Trans rights Europe & Central Asia Index 2020*. Transgender Europe; 2020. Available from: <https://tgeu.org/trans-rights-europe-central-asia-index-maps-2020/>

Aunque la lista de retos pendientes en cuanto a despatologización trans es aún extensa, hay aspectos que se han conseguido a lo largo de estos últimos años. En 2018 se publicó la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en ésta se eliminó la transexualidad del apartado de enfermedades mentales. De la misma manera, también se han conseguido ciertos avances en el área no solo médico, sino también legal en lo referido a la diversidad de género, pues en lugar de considerarla como enfermedad mental, ha pasado a ser vista como un derecho humano. Además, en los últimos años países como Australia, Canadá,

Nueva Zelanda, Nepal o Pakistán han ampliado la clasificación tradicional de género hombre/mujer con un “tercer género” para permitir la inclusión tanto de personas intersexuales como de identidades no binarias <sup>(65)</sup>.

#### 4.2. *Transfobia*

La transfobia se define como toda forma de violencia que va dirigida hacia aquellas personas que no se ajustan a las normas de género convencionales. Ésta puede expresarse de diferentes maneras, desde la no aceptación de la identidad trans o el evitar utilizar los pronombres deseados hasta las agresiones físicas <sup>(70)</sup>. Dentro de este concepto, se encuentra la “*transfobia internalizada*” que se define como la disconformidad con la propia identidad trans como resultado de las normas de género arraigadas en nuestra sociedad <sup>(71)</sup> (el concepto de masculinidad y feminidad, los roles de género, etc.).

Uno de los marcos teóricos que estudia el impacto del estigma y la discriminación en la salud mental de grupos como la población LGTBI es el *Modelo de Estrés de las Minorías* (MEM). Éste establece que para poder comprender los efectos del estrés en minorías sexuales se deben evaluar las distintas fuentes de estrés a las que se ven sometidas, como puede ser la discriminación o la ocultación de la propia identidad <sup>(72)</sup>. En un principio, este modelo fue desarrollado para las minorías sexuales cis (gais, lesbianas, bisexuales), sin embargo, recientemente se ha visto que también puede aplicarse a la población trans <sup>(73)</sup>. Dentro del MEM existen dos tipos de estresores, distales y proximales. Los estresores distales se definen como acontecimientos basados en procesos culturales, como por ejemplo el rechazo hacia las minorías, mientras que los estresores proximales son las percepciones individuales de la propia identidad, entre los que se encuentran la transfobia internalizada. Este estrés al que se encuentran sometidas las minorías sexuales y de género es crónico, pues puede considerarse como estable en el tiempo y, además, está arraigado dentro de las sociedades ya que deriva de procesos tanto sociales como institucionales <sup>(72)</sup>.

Tanto la transfobia internalizada como los eventos de violencia y discriminación sufridos por el colectivo trans pueden resultar en aspectos negativos para la salud física y mental de estos individuos. La discriminación puede asociarse con unas mayores tasas de depresión, ansiedad y somatización, mientras que la transfobia internalizada puede aumentar la probabilidad de los intentos de suicidio <sup>(73)</sup>.

Cabe mencionar que la patologización de las identidades trans no hace sino fomentar la transfobia <sup>(74)</sup>, pues estas identidades no son ni un problema ni una patología, simplemente son trayectorias vitales distintas que representan la diversidad humana. A pesar de todos los movimientos contra la despatologización y el estigma de las identidades trans, ni la discriminación ni la transfobia han desaparecido. La asociación Transgender Europe (TGEU), a través del proyecto *Trans Murder Monitoring* (TMM) ha ido recopilando datos acerca de experiencias violentas y crímenes contra personas trans desde el año 2009. Cada año se publican las estadísticas acerca de estos sucesos.

El proyecto TMM se encarga de recopilar y analizar los informes sobre homicidios de personas trans alrededor del mundo. A la hora de interpretar los datos proporcionados por este proyecto, hay que tener en cuenta distintos aspectos: primero, estas estadísticas se refieren exclusivamente a casos de los que existe algún informe o declaración; y segundo, no todas las personas trans que han sido asesinadas poseen un documento de identificación que las

reconozca como tal. Es decir, estos números son con toda probabilidad mucho mayores. Además, es fundamental comprender que la violencia contra el colectivo trans va mucho más de la transfobia y se mezcla con otros tipos de opresión como pueden ser el racismo, el sexismo, la misoginia o la xenofobia <sup>(75)</sup>.

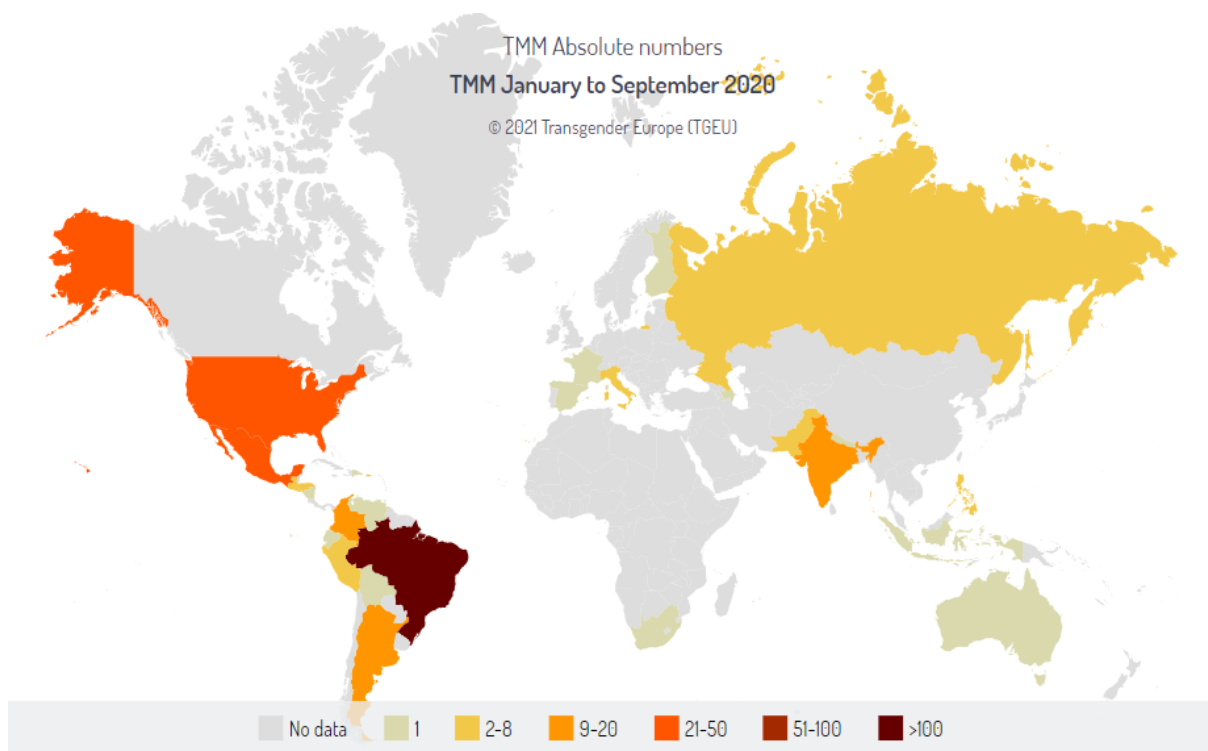
En 2018 se cuantificaron 369 casos de asesinato, 44 más que el año anterior <sup>(67)</sup>. Desde enero de 2008 hasta septiembre de 2020 se han notificado 3664 muertes de este tipo alrededor de 75 países (ver tabla 7). De esas 3664 muertes, el 98% de las víctimas fueron mujeres trans y el 82% de estos asesinatos sucedieron en países de Sudamérica (ver figura 2), siendo la media de edad de 31 años y la víctima más joven de 15. Además, el 62% de las víctimas de las cuales se conocía su ocupación laboral eran trabajadoras sexuales. En España, desde el año 2008 han sido asesinadas 13 personas trans <sup>(75)</sup>.

**TABLA 7. NÚMERO DE HOMICIDIOS REPORTADOS DE PERSONAS TRANS ENTRE EL 1 DE ENERO DE 2008 Y EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020.**

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
148	224	233	271	312	271	294	276	325	358	348	321	383	3364

Fuente: *Transrespect versus Transphobia Worldwide. Trans Murder Monitoring. Available from: <https://transrespect.org/en/research/tmm/>*

**FIGURA 2. TRANS MURDER MONITORING ENERO (TMM) – SEPTIEMBRE 2020**



Fuente: *Transrespect versus Transphobia Worldwide. Trans Murder Monitoring. Available from: <https://transrespect.org/en/research/tmm/>*

Aunque los casos de asesinato sean los más tratado en redes sociales y medios de comunicación, el colectivo trans está sometido a otros muchos tipos de violencia, tanto física como psicológica en distintos ámbitos de la vida cotidiana. En el caso de los niños y adolescentes trans esta



violencia ocurre con más frecuencia en ambientes como el colegio o el propio domicilio en el caso de que los padres rechacen la identidad trans del menor. El estigma al que está sometido el colectivo trans puede derivar en una falta de integración y apoyo social y teniendo en cuenta que la adolescencia es una etapa en la que se necesita ese sentimiento de pertenencia a un grupo, estos jóvenes tienen un elevado riesgo de sufrir acoso físico y/o verbal, victimización y bullying <sup>(49)</sup>. Un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos reveló que un 35% de los menores que habían dado a conocer su identidad trans entre los 5-12 años de edad fueron víctimas de violencia física en el centro <sup>(76)</sup>.

En cuanto al ámbito laboral, las personas trans sufren tanto discriminación dentro de su puesto de trabajo, como dificultades para acceder al mundo laboral, siendo esto último más complicado en el caso de las mujeres trans. En su caso, muchas recurren al ejercicio de la prostitución, con el consecuente aumento del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual como el VIH. Y es que la prevalencia del VIH en la población transgénero a nivel internacional es unas 49 veces mayor que la de la población cis. De esta manera, ya no estarían sometidos únicamente al estigma por ser trans, sino que se le suma la estigmatización del trabajo sexual y del VIH <sup>(76)</sup>.

Por otra parte, el colectivo trans es también susceptible de sufrir violencia sexual. Éste suele ser perpetrado por hombres cis como muestra de masculinidad y de poder y suele ocurrir en las poblaciones más marginadas del colectivo, como pueden ser las mujeres trans de raza negra o los jóvenes trans sin hogar <sup>(77)</sup>. Asimismo, entre las personas trans existe también una elevada prevalencia de violencia dentro de la propia pareja. La evidencia muestra que entre el 31-50% de individuos trans han denunciado algún episodio de violencia dentro de la pareja <sup>(78, 79)</sup>.

Además, como consecuencia de la pandemia causada por la COVID-19 y sumado al crecimiento exponencial del racismo en nuestras sociedades, el riesgo para las personas transexuales alrededor de todo el mundo no ha hecho más que aumentar. Esto se ve reflejado en los subcolectivos más marginados como por ejemplo los individuos trans de raza negra. En países como EE.UU, éstos son los que sufren una discriminación más severa, además de una notoria falta de acceso a servicios sociales y de salud <sup>(76)</sup>.

El estigma y la discriminación hacia el colectivo trans surgen de la falta de información y educación en diversidad. El abordaje tanto de la transfobia como de la homofobia es vital para crear conciencia en temas de igualdad, diversidad y respeto, independientemente de la orientación o identidad sexual de cada individuo. Esto no debe ocurrir únicamente en el contexto educativo, sino también dentro de las profesiones sanitarias y los ámbitos político y social. La creación de políticas antidiscriminación, la sensibilización de la población, el profesorado y el personal sanitario y la disponibilidad de referencias, fuentes de información y grupos de apoyo <sup>(49)</sup> al colectivo son puntos fundamentales a la hora de luchar contra la transfobia. Con respecto a estos últimos, los grupos de apoyo a personas transexuales se han convertido en una herramienta esencial en las vidas de estas personas, especialmente en el caso de los más jóvenes, pues en ellos han podido encontrar refugio al estar acompañados de personas que han vivido situaciones similares en determinados aspectos de sus vidas, fomentando así la construcción de una identidad de género dentro de un ambiente libre de juicios <sup>(62)</sup>.

#### 4.3. Situación legal de la transexualidad en España

Muchos de los desafíos a los que se enfrenta el colectivo trans diariamente están propiciados por leyes y políticas que les niegan el reconocimiento de su identidad de género <sup>(76)</sup> y es que la invisibilización existente dentro del ámbito jurídico a nivel mundial afecta de manera negativa a los derechos fundamentales de los miembros del colectivo. En 72 países del mundo, pertenecer al colectivo LGTBI puede ser castigado con pena de cárcel, y en 8 de ellos (Sudán, Sudán del Sur, Somalia, Irán, Mauritania, Arabia Saudí, Yemen y algunos territorios de Nigeria) puede ser motivo de condena a pena de muerte <sup>(80)</sup>.

En el artículo 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se expone que: *“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.”* <sup>(81)</sup>. En éste se incluyen una serie de circunstancias que de manera histórica han sido motivos de discriminación, sin embargo, ninguna de estas hace mención a la identidad de género como motivo discriminatorio. De la misma manera, en la Convención de los Derechos del Niño tampoco se hace referencia en ningún momento a la identidad de género en los menores de 18 años <sup>(82)</sup>. Es en los ya mencionados principios de Yogyakarta donde se alude por primera vez en documentos jurídicos internacionales a los intereses de los niños y niñas: *“un niño o una niña que esté en condiciones de formarse un juicio propio tiene el derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan”* <sup>(83)</sup>, pudiendo interpretar que la identidad de género manifestada por el menor debe ser respetada y defendida. Aunque no sean legalmente vinculantes, los principios de Yogyakarta contribuyen a la comprensión de la diversidad sexual humana.

En cuanto a legislación nacional actualmente no existe ninguna ley que ampare los derechos de las personas trans a lo largo de su transición de género, aunque existen varias leyes que tratan, directa o indirectamente, distintos aspectos referentes a esta población.

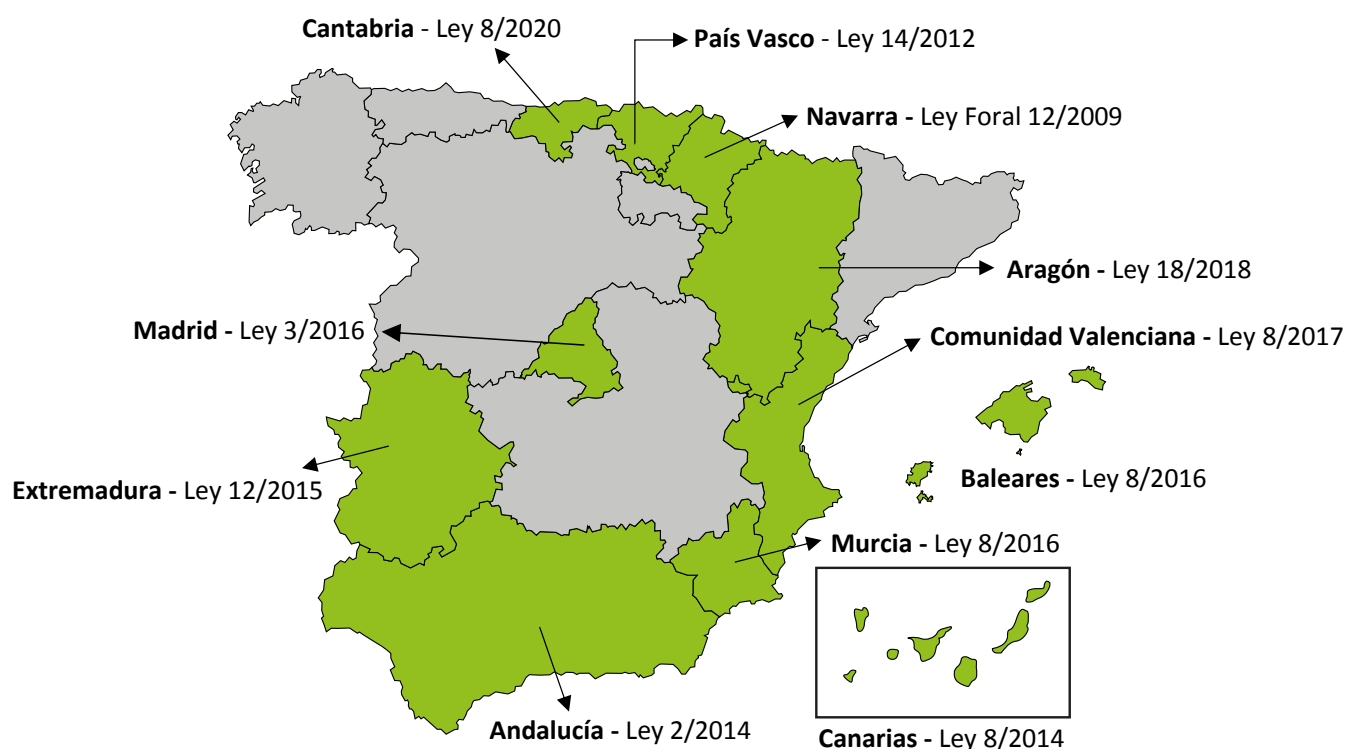
Primeramente, dentro de la Constitución Española cabe destacar dos artículos. El artículo 10 alude a la dignidad de la persona, sus derechos y el libre desarrollo de la personalidad, mientras que el artículo 14 enumera razones de discriminación *“nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”* <sup>(83)</sup>. Ambos pueden relacionarse con la situación de las personas transexuales en nuestro país, pues debería asegurarse el libre desarrollo de la personalidad de las mismas sin discriminación de ningún tipo.

Por otra parte, encontramos la Ley 3/2007 del 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas en mayores de edad. Mediante esta ley *“España se suma a aquellos países de nuestro entorno que cuentan con una legislación especial que da cobertura y seguridad jurídica a la necesidad de la persona transexual, adecuadamente diagnosticada, de ver corregida la inicial asignación registral de su sexo, asignación contradictoria con su identidad de género, así como a ostentar un nombre que no resulte discordante con su identidad”* <sup>(84)</sup>. Ésta podría considerarse como el primer paso a nivel nacional para la lucha contra la despatologización de las identidades trans, aunque solo constituía una de las doce demandas realizadas por las asociaciones trans españolas <sup>(64)</sup>. Se trata de un avance considerable en cuanto a que previamente era necesaria una sentencia judicial para poder realizar la modificación registral.

Sin embargo, esta ley exige dos requisitos para el cambio en la mención del sexo: la acreditación de un diagnóstico médico de disforia de género y que la persona se haya sometido a un tratamiento hormonal durante al menos dos años. De estos requisitos surgen varias reflexiones: la previamente tratada patologización de las identidades trans, la ausencia de autodeterminación de la identidad de género y las dificultades para los más jóvenes del colectivo. En el caso de la autodeterminación, ésta se ve anulada cuando es necesario que sea una tercera persona la que valide y corrobore tu identidad; y en el caso de los jóvenes, debido a las variaciones dentro de la legislación de cada comunidad autónoma, el comienzo del tratamiento hormonal podría verse retrasado, retrasando al mismo tiempo la posibilidad de realizar la modificación en el registro. En el año 2019 se publica una sentencia del Tribunal Constitucional, en la cual se declara inconstitucional el requisito de la mayoría de edad del individuo transexual contemplado en el artículo 1 de la Ley 3/2007, siempre y cuando la situación de transexualidad se considere “estable” y el menor de edad posea un nivel de madurez suficiente <sup>(85, 86)</sup>.

A partir del año 2007, distintas comunidades autónomas fueron aprobando leyes dirigidas al colectivo trans en las que se ampliaban los derechos de la original. De esta manera se publican nuevas leyes en Navarra (año 2009), País Vasco (año 2012), Andalucía y Canarias (año 2014) <sup>(87)</sup> y Extremadura (año 2015) <sup>(88)</sup>. En la actualidad son 11 las comunidades autónomas que presentan una legislación en materia de transexualidad (ver figura 3).

**FIGURA 3: COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS CON LEGISLACIÓN EN MATERIA DE TRANSEXUALIDAD EN 2021.**



Fuente: elaboración propia.

En Cantabria, la Ley 8/2020 de Garantía de Derechos de las Personas Lesbianas, Gais, Trans, Transgénero, Bisexuales e Intersexuales y No Discriminación por Razón de Orientación Sexual e Identidad de Género propone medidas dentro de los ámbitos familiar, educativo, sanitario,

sociocultural y laboral en busca de garantizar la igualdad de derechos y oportunidades de los miembros del colectivo LGTBI, así como el diseño de políticas públicas contra la discriminación de esta población y la libre autodeterminación sexual y de género basándose en el principio del libre desarrollo de la personalidad <sup>(24)</sup>.

A día de hoy, la popularmente denominada como “*Ley Trans*” es lo más actual en materia de legislación acerca de la transexualidad. Sin embargo, son dos las propuestas de leyes publicadas enfocadas a este colectivo. El pasado diciembre de 2020 se publica la proposición de “*Ley Orgánica de igualdad social de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, de protección de la realidad trans y de no discriminación por razón de orientación sexual, identidad o expresión de género o característica sexuales*”. Meses más tarde, en febrero de 2021 se hace pública la proposición de “*Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans*”. Ambas tratan prácticamente las mismas cuestiones, siendo la principal la autodeterminación sexual y de género.

Los borradores publicados plantean que cualquier persona mayor de 16 años de edad pueda modificar su mención de sexo en el registro sin necesidad de acreditar un diagnóstico de disforia de género y sin la autorización de los progenitores, que sería necesaria en casos de menores de entre 12 y 16 años. Además, con la aprobación de estas leyes se reconocería también el género no binario en documentos oficiales y el acceso a métodos de reproducción asistida financiada <sup>(89,90)</sup>.

Aunque no cabe duda de que la creación de una ley que proteja al colectivo y garantice la autodeterminación de la identidad es más que necesaria, ésta se ha visto sometida a polémica desde el momento de la publicación de su borrador. Y es que el origen de las polémicas reside en que la consecuencia de la autodeterminación de identidad conlleva la adquisición de los derechos que implica el hecho de ser hombre o ser mujer, lo que algunos consideran que afectaría a otros documentos legislativos como pueden ser la Ley de Igualdad o la de la Violencia de Género. Gran parte del movimiento feminista defiende que éste lucha para tratar de eliminar todo estereotipo que condena a las mujeres y las coloca en una situación de inferioridad con respecto a los hombres, eliminando así el concepto de género. Sin embargo, las asociaciones trans reiteran que la nueva ley no busca ni enfrentamiento con el feminismo ni la discriminación contra las mujeres por el mero hecho de serlo, sino el reconocimiento de la identidad y de la igualdad que les han sido negadas de manera sistemática.

## 5. Conclusiones

- La transexualidad es la situación más intensa de discordancia entre el sexo asignado y la identidad de género percibida por el propio individuo.
- La disforia de género es el malestar físico y psicosocial producido por la discordancia entre el sexo y la identidad de género.
- Existen distintas opciones terapéuticas para el abordaje de la disforia de género: cambios en la expresión del rol de género, psicoterapia, hormonación e intervenciones quirúrgicas.
- Históricamente, las identidades trans han sido consideradas como un trastorno mental. Esta patologización tiene un impacto en la salud física y mental del individuo.
- Todo proceso discriminatorio y de violencia contra las identidades trans se agrupan dentro del término transfobia.

*“Ser trans no es una decisión, ni una fase, ni un disfraz. Ser trans significa, simplemente, ser.”*

## 6. Referencias bibliográficas

- (1) Rica Echevarría I, Grau Bolado G, Rodríguez Estévez A, Vela Desojo A. Asistencia endocrinológica a menores en situación de transexualidad. Curso X, Seep DEP. Actualizaciones en Endocrinología Pediátrica Actualizaciones en Endocrinología Pediátrica [Internet]. 2020. p. 31-37 Disponible en: [https://www.endocrinologiapediatrica.org/modules/editorial/files/courseseep\\_2020\\_b.pdf](https://www.endocrinologiapediatrica.org/modules/editorial/files/courseseep_2020_b.pdf)
- (2) Mora Palma C, Guerrero-Fernández J, Martín NI, Ortiz Villalobos A, González-Casado I. Cambios físicos y analíticos en menores transexuales bajo tratamiento médico. Rev Española Endocrinol Pediátrica [Internet]. 2017 [citado 19 enero 2021]; 8(3):29–39. Disponible en: <http://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E24/P1-E24-S1220-A437.pdf>
- (3) Ventriglio A, Bhugra D. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. East Asian Arch Psychiatry [Internet]. 2019 [citado 19 enero 2021]; 29(1):30–4. Disponible en: <https://easap.asia/index.php/find-issues/current-issue/item/834-1903-v29n1-p30>
- (4) Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Almaraz M a. C, Martínez-Tudela J, Bergero T, Oliveira G, et al. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. Gac Sanit. [Internet]. 2012 [citado 19 enero 2021]; 26(3):203–9. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911112000581>
- (5) Maldonado J. El reconocimiento del derecho a la identidad Sexual De Los Menores Transexuales En Los Ámbitos. Rev juridica Univ Autónoma Madrid [Internet]. 2017 [citado 19 enero 2021]; 36:135–69. Available from: <https://revistas.uam.es/revistajuridica/article/view/9354>
- (6) Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2015 [citado 19 enero 2021]; 29(3):485–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beem.2015.01.004>
- (7) Cloacal E. La Identidad Sexual: Personas Transexuales Y Con Trastornos Del Desarrollo Gonadal «No Existen Sexos, Sólo Roles»: Un Experimento Antropológico Necesitado De La Biotecnología. Cuad Bioética [Internet]. 2012 [citado 19 enero 2021]; 23(2):341–71. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2012/23/78/341.pdf>
- (8) Cortés-Cortés J. Vulnerabilidad genética de la transexualidad. Análisis de una población española [tesis doctoral en internet]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2019 [citado 19 enero 2021]. Disponible en: <https://www.udc.es/es/teses/tese/?codigo=n327>
- (9) Claahsen-van der Grinten H, Verhaak C, Steensma T, Middelberg T, Roeffen J, Klink D. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence—current insights in diagnostics, management, and follow-up. Eur J Pediatr [Internet]. 2020 [citado 19 enero 2021]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-020-03906-y>
- (10) Freixas Farré A. La adquisición del género: el lugar de la educación en el desarrollo de la identidad sexual. Apunt Psicol [Internet]. 2012 [citado 20 enero 2021]; 30(1–3):155–64. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/402>
- (11) Jusué Ripodas C. Identidad de sexo y género en niñas y niños de 3 a 11 años [tesis doctoral en internet]. San Sebastián: Universidad del País Vasco; 2015 [citado 20 enero 2021]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/21725>
- (12) Domínguez Fuentes J, García Leiva P, Hombrados Mendieta M. Transexualidad en España: análisis de la realidad social y factores psicosociales asociados [Internet]. 2012 [citado 20 enero 2021]. Disponible en: <http://www.lrmcidii.org/wp-content/uploads/2012/04/transexualidad-en-espana.pdf>

- (13)Rodríguez MF, García-Vega E. Variables clínicas en el trastorno de identidad de género. *Psicothema*. 2012 [citado 20 enero 2021]; 24(4):555–60. Disponible en: <http://www.psicothema.es/pdf/4053.pdf>
- (14)World Professional Association for Transgender Health [Internet]. History of the association [citado 21 enero 2021]. Disponible en: <https://www.wpath.org/about/history>
- (15)Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I et al. Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: historia y evolución. *Psicosomática y Psiquiatr* [Internet]. 2019 [citado 21 enero 2021]; 11:63–75. Disponible en: [https://psicosomaticaypsiquiatria.com/download/psicosom\\_psiquiatr\\_2019\\_11\\_63\\_75/](https://psicosomaticaypsiquiatria.com/download/psicosom_psiquiatr_2019_11_63_75/)
- (16)World Professional Association for Transgender Health. Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género 7ª versión. 2012. Disponible en: [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_Spanish.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf)
- (17)Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 21 enero 2021]; 30(6):807–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- (18)Servicio Cántabro de Salud [Internet] 2018. Protocolo de atención a las personas transexuales en el servicio cántabro de salud; [citado 21 enero 2021] Disponible en: <http://www.escuelacantabradesalud.es/documents/2162705/2529917/Atención+a+Personas+Transexuales/e5128888-3d8f-8c12-0eed-6ab95f24a3cd>
- (19)Hernández-Valles J, Arredondo-López A. Barriers to access to health services in the transgender and transsexual community. *Horiz Sanit* [Internet]. 2020 [citado 22 enero 2021]; 19(1):19–25. Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/3279>
- (20)Castillo Muñoz L, Cuadrado F. Percepción de las personas transexuales sobre la atención sanitaria. *Index de Enfermería* [Internet]. 2020 [citado 22 enero 2021]; 29(1–2):13–7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7483638>
- (21)Suess Schwend A. La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 [citado 21 enero 2021]; 34:54–60. Disponible en: <https://www.easp.es/project/la-perspectiva-de-despatologizacion-trans-una-aportacion-para-enfoques-de-salud-publica-y-practiclas-clinicas-en-salud-mental-informe-sespas-2020/>
- (22)Grau JM. La patologización de la transexualidad: Un mecanismo legitimador de nuestro sistema dual de género. *Quad l'Institut Catala d'Antropologia* [Internet]. 2013 [citado 21 enero 2021]; 18(1):65–79. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/268917>
- (23)Perán Quesada S. Transexualidad y asistencia pública sanitaria [Internet]. 2016 [citado 21 enero 2021]. Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/12260>
- (24)Ley de Garantía de Derechos de las Personas Lesbianas, Gais, Trans, Transgénero, Bisexuales e Intersexuales y No Discriminación por Razón de Orientación Sexual e Identidad de Género. Gobierno de Cantabria. Boletín Oficial de Cantabria, núm. 322, de 10 de diciembre de 2020 [Internet]. Disponible en: <https://parlamento-cantabria.es/sites/default/files/leyes/Ley%20de%20Cantabria%208%20de%202020.pdf>
- (25)Crespo Ibor B, Almudéver Campo L. Personas con reasignación de sexo: un reto para la enfermería. *Index enferm* [Internet]. 2020 [citado 28 enero 2021]; 29(1–2):33–6. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e12492>
- (26)Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Arlington, Virginia. 2013 [citado 28 enero 2021]. Disponible en:

- <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- (27) Atkinson SR, Russell D. Gender dysphoria. Aust Fam Physician [Internet]. 2015 [citado 28 enero 2021]; 44(11):792–6. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/afp/2015/november/gender-dysphoria/>
- (28) Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. Semergen [Internet]. 2011 [citado 14 abril 2021]; 37(2):61–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-elaboracion-un-instrumento-diagnostico-diagnostico-S1138359310004041>
- (29) McGuire JK, Berg D, Catalpa JM, Morrow QJ, Fish JN, Nic Rider G, et al. Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBTQ samples. Int J Transgender Heal [Internet]. 2020 [citado 14 abril 2021]; 21(2):194–208. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460>
- (30) Valdés González, JA. Disforia de género en niños: una perspectiva global. XIII Congreso de Investigación para Estudiantes Pregraduados de Ciencias de la Salud XVII Congreso de Ciencias Veterinarias y Biomédicas; 2019; Madrid. p. 272–277. Disponible en: [https://eprints.ucm.es/id/eprint/55198/1/actas\\_xiii\\_congreso\\_pregraduados\\_ucm.pdf](https://eprints.ucm.es/id/eprint/55198/1/actas_xiii_congreso_pregraduados_ucm.pdf)
- (31) Castilla-Peón MF. Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2019 [citado 30 enero 2021]; 75(1):7–14. Disponible en: [https://www.bmhim.com/frame\\_esp.php?id=4](https://www.bmhim.com/frame_esp.php?id=4)
- (32) Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. J Adolesc Heal. 2018 [citado 30 enero 2021]; 63(4):503–5. Disponible en: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(18\)30085-5/pdf](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(18)30085-5/pdf)
- (33) Basterra Gortari V. Unidad Navarra de Transexuales e Intersexos: atención a la disforia de género en población infantil y adolescente. Boletín la Soc Vasco-Navarra pediatría = Euskal Herriko Pediatr Elkartearen aldizkaria [Internet]. 2016 [citado 30 enero 2021]; XLVIII(117):20–2. Disponible en: [http://www.svnp.es/web/sites/default/files/bulletin\\_attached/unidad\\_transexuales.pdf](http://www.svnp.es/web/sites/default/files/bulletin_attached/unidad_transexuales.pdf)
- (34) T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of transgender medicine. Endocr Rev [Internet]. 2018 [citado 30 enero 2021]; 40(1):97–117. Disponible en: <https://academic.oup.com/edrv/article/40/1/97/5123979>
- (35) Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society\*clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2017 [citado 30 enero 2021]; 102(11):3869–903. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article/102/11/3869/4157558>
- (36) Rueda-Quijano SM, Amador-Ariza MA, Arboleda AM, Otero J, Cohen D, Camacho PA, et al. Concordancia de la evaluación del desarrollo puberal mediante la escala de Tanner entre adolescentes y un médico entrenado. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2019 [citado 16 febrero 2021]; 36(3):408–13. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n3/408-413/>
- (37) Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. Pediatrics [Internet]. 2020 [citado 16 febrero 2021]; 145(2). Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/2/e20191725>
- (38) Panagiotakopoulos L. Transgender medicine - puberty suppression. Rev Endocr Metab Disord [Internet]. 2018 [citado 16 febrero 2021]; 19(3):221–5. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11154-018-9457-0>
- (39) Servicio canario de la salud. 2019. Protocolo de atención sanitaria a personas trans; [citado 16 febrero 2021]. Disponible en:



<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=b4afca28-5543-11e9-87fb-65362f2c5e8c&idCarpeta=ae273cd1-b385-11e9-82f7-8d5cff9227e6>

- (40) Fernández M, Guerra P, Martín E, Martínez N. Atención sanitaria a adolescentes con disforia de género. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 16 febrero 2021]; 92. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201802003.pdf>
- (41) Salas-Humara C, Sequeira GM, Rossi W, Dhar CP. Gender affirming medical care of transgender youth. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care [Internet]. 2019 [citado 16 febrero 2021]; 49(9):1–21. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1538544219301245>
- (42) Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. Adv Pediatr [Internet]. 2016 [citado 16 febrero 2021]; 63(1):79–102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>
- (43) Amend B, Seibold J, Toomey P, Stenzl A, Sievert KD. Surgical reconstruction for male-to-female sex reassignment. Eur Urol [Internet]. 2013 [citado 20 febrero 2021]; 64(1):141–9. Disponible en: [https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(12\)01560-6/pdf/surgical-reconstruction-for-male-to-female-sex-reassignment](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(12)01560-6/pdf/surgical-reconstruction-for-male-to-female-sex-reassignment)
- (44) Pariser JJ, Kim N. Transgender vaginoplasty: Techniques and outcomes. Transl Androl Urol [Internet]. 2019 [citado 20 febrero 2021]; 8(3):241–7. Disponible en: [https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(12\)01560-6/pdf/surgical-reconstruction-for-male-to-female-sex-reassignment](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(12)01560-6/pdf/surgical-reconstruction-for-male-to-female-sex-reassignment)
- (45) Heston AL, Esmonde NO, Dugi DD, Berli JU. Phalloplasty: Techniques and outcomes. Transl Androl Urol [Internet]. 2019 [citado 20 febrero 2021]; 8(3):254–65. Disponible en: <https://tau.amegroups.com/article/view/26419>
- (46) Li MFN, Hipp HS. Fertility Considerations in Transgender Persons. Endocrinol Metab Clin NA [Internet]. 2021 [citado 23 febrero 2021]; 48(2):391–402. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.003>
- (47) Obedin-Maliver J, Makadon HJ. Transgender men and pregnancy. Obstet Med [Internet]. 2016 [citado 23 febrero 2021]; 9(1):4–8. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1753495X15612658>
- (48) Modrego Pardo I, Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Sánchez Pérez M, Salazar León JD, Morillas Ariño C. Demanda, psicopatología, calidad de vida, autoestima y personalidad en personas transexuales adolescentes y adultas jóvenes atendidas en una unidad de referencia en identidad de género en España. Psicosomática y Psiquiatr [Internet]. 2020 [citado 2 marzo 2021]; 13:20–32. Disponible en: <https://psicosomaticaypsiquiatria.com/sumario-no13/>
- (49) Martxueta Pérez A, Etxebarria Murgionio J. Claves para atender la diversidad afectivo-sexual en el contexto educativo desde un enfoque global escolar. Rev Española Orientación y Psicopedag [Internet]. 2014 [citado 2 marzo 2021]; 25(3):121–8. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/13862/12511>
- (50) Penna Tosso M, Mateos Casado C. Los niveles de homofobia de los futuros docentes: una cuestión de derechos, salud mental y educación. Rev Iberoam Educ [Internet]. 2014 [citado 2 marzo 2021]; 66:123–42. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/documentos/rie66a08.pdf>
- (51) Durwood Lily, McLaughlin KA OK. Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2017 [citado 4 marzo 2021]; 56(2):116–23. Disponible en: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(16\)31941-4/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(16)31941-4/fulltext)
- (52) Olson KR, Durwood L, Demeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. Pediatrics [Internet]. 2016 [citado 4 marzo 2021]; 137(3). Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/137/3/e20153223>

- (53)Rodríguez Molina JM. Guía de entrevista para el análisis funcional de conductas en personas transexuales. Papeles del Psicol [Internet]. 2013 [citado 4 marzo 2021]; 34(2):150–4. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/668265>
- (54)Guss C, Shumer D K-WS. Transgender and Gender Nonconforming Adolescent Care: Psychosocial and Medical Considerations. Curr Opin Pediatr [Internet]. 2015 [citado 11 marzo 2021]; 26(4):421–5. Disponible en: [https://journals.lww.com/co-pediatrics/Abstract/2015/08000/Transgender\\_and\\_gender\\_nonconforming\\_adolescent\\_3.aspx](https://journals.lww.com/co-pediatrics/Abstract/2015/08000/Transgender_and_gender_nonconforming_adolescent_3.aspx)
- (55)López de Lara D, Pérez Rodríguez O, Cuellar Flores I, Pedreira Masa JL, Campos-Muñoz L, Cuesta Hernández M, et al. Psychosocial assessment in transgender adolescents. An Pediatr [Internet]. 2020 [citado 11 marzo 2021]; 93(1):41–8. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/en-psychosocial-assessment-in-transgender-adolescents-articulo-S2341287920300880>
- (56)Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. Psicol desde el Caribe [Internet]. 2015 [citado 3 mayo 2021]; 32(1):53–80. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5433/6832>
- (57)Rafferty J, Yogman M, Baum R, Gambon TB, Lavin A, Mattson G, et al. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. Pediatrics [Internet]. 2018 [citado 3 mayo 2021]; 142(4). Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/early/2018/09/13/peds.2018-2162/tab-figures-data?versioned=true>
- (58)Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, García-Vega E. La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH: un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2014 [citado 24 marzo 2021]; 34(122):317–35. Disponible en: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16805>
- (59)Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español. Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud. STP2012 [Internet]. 2010 [citado 29 marzo 2021]; 34. Disponible en: <http://www.stp2012.info>
- (60)Arenas Y, Freitas M. El contexto social y la comprensión psicoterapéutica en la transexualidad. Trilogía Cienc Tecnol Soc [Internet]. 2016 [citado 7 abril 2021]; 8(14):11–25. Disponible en: <https://revistas.itm.edu.co/index.php/trilogia/article/view/413>
- (61)Soto Rodríguez MA. La patologización de la transexualidad: contemplando posibilidades de resistir desde algunas construcciones identitarias de género no hegemónicas. Cuad Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]. 2014 [citado 7 abril 2021]; 11(2):145. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/16721>
- (62)Ramos Pérez C, Fernández Batalla M, Monsalvo E, Macario S. Modelización De La Diversidad Sexual: Una Visión Desde Los Modelos De Cuidado. Ene Rev Enferm [Internet]. 2018 [citado 12 abril 2021]; 12(2). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/825>
- (63)Grau JM. Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. Rev Int Sociol [Internet]. 2017 [citado 15 abril 2021]; 75(2). Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/673>
- (64)Acera del Frente. La campaña “Stop Trans Pathologization”, orígenes, evolución y estrategias de futuro por la despatologización de las identidades no normativas

- [Internet]. 2012 [citado 17 abril 2021]. Disponible en: [https://www.feministas.org/IMG/pdf/Presentacionstp2012\\_1\\_.pdf](https://www.feministas.org/IMG/pdf/Presentacionstp2012_1_.pdf)
- (65) Suess Schwend A. Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev* [Internet]. 2020 [citado 21 abril 2021]; 41(1):1–17. Disponible en: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-020-0118-y>
- (66) Castro-Peraza ME, García-Acosta JM, Delgado N, Perdomo-Hernández AM, Sosa-Alvarez MI, Lladrés-Solé R, et al. Gender identity: The human right of depathologization. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [citado 21 abril 2021]; 16(6). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/6/978>
- (67) Transgender Europe. Human rights and gender identity [Internet]. 2016 [citado 21 abril 2021]. Disponible en: [https://tgeu.org/wp-content/uploads/2017/02/2.11-TGEU\\_BestPracticeCatalogue.pdf](https://tgeu.org/wp-content/uploads/2017/02/2.11-TGEU_BestPracticeCatalogue.pdf)
- (68) Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género [Internet]. 2006 [citado 21 abril 2021]. Disponible en: [http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles\\_sp.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf)
- (69) Trans rights Europe & Central Asia Index 2020. Transgender Europe; 2020 May 13 [citado 4 mayo 2021]. Disponible en: <https://tgeu.org/trans-rights-europe-central-asia-index-maps-2020/>
- (70) Magalhães M, Aparicio-García ME, García-Nieto I. Transition trajectories: Contexts, difficulties and consequences reported by young transgender and non-binary spaniards. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 7 mayo 2021]; 17(18):1–15. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/18/6859>
- (71) Bocking WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Dolezal C, Robinson BBE, Rosser BRS, et al. The Transgender Identity Survey: A Measure of Internalized Transphobia. *LGBT Heal* [Internet]. 2020 [citado 7 mayo 2021]; 7(1):15–27. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/lgbt.2018.0265>
- (72) Barrientos Delgado J, Espinoza-Tapia R, Meza Opazo P, Saiz JL, Cárdenas Castro M, Guzmán-González M, et al. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Ter psicológica* [Internet]. 2019 [citado 7 mayo 2021]; 37(3):181–97. Disponible en: <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/257>
- (73) Scandurra C, Bochicchio V, Amodeo AL, Esposito C, Valerio P, Maldonato NM, et al. Internalized transphobia, resilience, and mental health: Applying the psychological mediation framework to Italian transgender individuals. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [citado 8 mayo 2021]; 15(3). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/3/508>
- (74) Roselló Peñaloza M. Entre Cuerpos Inacabados e Identidades Imposibles: La (Psico)Patologización de la Transexualidad en el Discurso Psiquiátrico. *Quad Psicol* [Internet]. 2013 [citado 7 mayo 2021]; 15(1):57–67. Disponible en: <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1162%5Cnhttp://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1162/880>
- (75) Transrespect versus Transphobia Worldwide [Internet]. 2015. Trans Murder Monitoring [citado 7 mayo 2021]. Disponible en: <https://transrespect.org/en/research/tmm/>
- (76) Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* [Internet]. 2016 [citado 8 mayo 2021];

- 388(10042):390–400. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00683-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00683-8/fulltext)
- (77)White JM, Relsner S PJ. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015 [citado 8 mayo 2021]; 147:222–31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689648/>
- (78)Goldenberg T, Jadwin-Cakmak L, Harper GW. Intimate Partner Violence among Transgender Youth: Associations with Intrapersonal and Structural Factors. *Violence Gend* [Internet]. 2018 [citado 8 mayo 2021]; 5(1):19–25. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/vio.2017.0041>
- (79)Brown, T, Herman J. Intimate Partner Violence and Sexual Abuse Among LGBT People – Williams Institute. UCLA Sch Law Williams Inst [Internet]. 2015 [citado 8 mayo 2021]; Disponible en: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/ipv-sex-abuse-lgbt-people/>
- (80)Roldán-Mesa S. Asistencia sanitaria a personas transexuales: igualdad y libre autodeterminación de la identidad de género. *Trab Soc Glob - Glob Soc Work* [Internet]. 2020 [citado 9 mayo 2021]; 10:343–64. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/15672>
- (81)Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 2015 [citado 9 mayo 2021] Disponible en: [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)
- (82)UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. 2015 [citado 9 mayo 2021]. Disponible en: [www.unicef.es](http://www.unicef.es)
- (83)Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978 [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- (84)Ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Boletín Oficial del Estado, núm. 65, de 16 de marzo de 2007 [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-5585>
- (85)Ramos Hernández P. Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2019, de 18 de julio (BOE n.º 192, 12-VIII-2019): Inconstitucionalidad del precepto que prohíbe el cambio registral de sexo y nombre a menores de edad transexuales. *Ars Iuris Salmant* [Internet]. 2020 [citado 10 mayo 2021]; 8:305–8. Disponible en: <https://revistas.usal.es/index.php/ais/article/view/23874>
- (86)Carrión Vidal A. Transexualidad y menores. *Rev sobre la Infanc y la Adolesc* [Internet]. 2020 [citado 10 mayo 2021]; (19):47. Disponible en: <https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/13546>
- (87)Del Río JA. Menores transexuales. Su protección jurídica en la constitución y legislación española. *Rev Esp Derecho Const* [Internet]. 2016 [citado 11 mayo 2021]; 107:153–86. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/REDCons/article/view/51630>
- (88)Velasco Malagón TE. Representaciones sociales de la transexualidad y de las personas transexuales en España [tesis doctoral en internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017 [citado 11 mayo 2021]. p. 448. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/42016/1/T38610.pdf>
- (89)Proposición de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, 26 de marzo de 2021 [Internet]. Disponible en: [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-156-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-156-1.PDF)

(90)Proposición de Ley Orgánica de igualdad social de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, de protección de la realidad trans y de no discriminación por razón de orientación sexual, identidad o expresión de género. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, 4 de diciembre de 2020 [Internet]. Disponible en: [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-132-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-132-1.PDF)