



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Intervención psicológica en transgénero y transexualidad
desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner**

Autora: María Prieto Piédrola

Directora: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid

2020

Resumen

En el presente trabajo se exponen los factores de riesgo y protección de las personas transgénero y transexuales en cada uno de los niveles del modelo ecológico de Bronfenbrenner. Atendiendo a la clara discriminación que continúa sufriendo este colectivo, se presentan modos de intervención propuestos por diferentes autores. Una vez revisada la literatura recopilada, se proponen alternativas de actuación desde el nivel individual hasta el macrosistémico. La principal conclusión a la que se llega es que las intervenciones macrosistémicas disminuirían la necesidad de intervención a otros niveles. A su vez, se sugieren futuras líneas de trabajo como resultado de la escasez de investigación actual.

Palabras clave: transgénero, transexual, individual, microsistémico, mesosistémico, exosistémico, macrosistémico, factor de riesgo, factor de protección.

Abstract

In the current work, the risk and protection factors of transgender and transsexual people are exposed for each level of the Bronfenbrenner's ecological model. In response to the clear discrimination that this collective still suffers, forms of intervention proposed by different authors are presented. Once the summary of literature has been made, some mediation alternatives are proposed, from the individual level to macrosystemic points of view. The main conclusion is that macrosystemic interventions would decrease the need of intervention at other levels. Due to current research shortage, suggested future lines of work are proposed.

Keywords: transgender, transsexual, individual, microsystemic, mesosystemic, exosystemic, macrosystemic, risk factor, protection factor.

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 4 |
| 2. Metodología | 7 |
| 3. Desarrollo..... | 8 |
| 3.1. Nivel individual | 8 |
| 3.1.1. Factores de protección. | 8 |
| 3.1.2. Factores de riesgo | 8 |
| 3.1.3. Intervenciones individuales | 10 |
| 3.2. Nivel microsistémico | 12 |
| 3.2.1. Factores de protección. | 12 |
| 3.2.2. Factores de riesgo | 13 |
| 3.2.3. Intervenciones microsistémicas | 16 |
| 3.3. Nivel mesosistémico | 17 |
| 3.3.1. Factores de protección. | 17 |
| 3.3.2. Factores de riesgo | 18 |
| 3.3.3. Intervenciones mesosistémicas | 18 |
| 3.4. Nivel exosistémico..... | 18 |
| 3.4.1. Factores de protección. | 18 |
| 3.4.2. Factores de riesgo | 19 |
| 3.4.3. Intervenciones exosistémicas..... | 19 |
| 3.5. Nivel macrosistémico | 20 |
| 3.5.1. Factores de protección. | 20 |
| 3.5.2. Factores de riesgo | 22 |
| 3.5.3. Intervenciones macrosistémicas..... | 24 |
| 4. Discusión..... | 25 |
| 5. Bibliografía | 30 |
| 6. Anexos | 32 |

1. Introducción

Este estudio busca conocer de manera sistémica a las personas transexuales y transgénero, y las relaciones que se generan en su contexto. El encuadre teórico en el que basaremos el análisis es el modelo ecológico de Bronfenbrenner, a través del cual se pretende identificar los factores de riesgo y protección en cada uno de los niveles sistémicos, así como sugerir una intervención psicológica acorde con los resultados del estudio. La elección de este modelo está relacionada con la intención de obtener un análisis global del problema; no centrarnos únicamente en cuestiones personales, sino disponer de una visión holística que permita un análisis más completo y realista de la situación.

El modelo ecológico de Bronfenbrenner propone un análisis sistémico para cualquier realidad que se quiera estudiar, dividiéndola en niveles de observación. Comienza con el nivel individual, que describe a la persona que es objeto de estudio y sus características personales, tanto biológicas como psicológicas. En el siguiente nivel se presentan los microsistemas, grupos que mantienen una relación directa con la persona, como el núcleo familiar o el grupo de pares, y que influyen en su vida de manera decisiva. A continuación, se analizan los mesosistemas, que describen las vinculaciones existentes entre los microsistemas. El exosistema se describe como el sistema de influencia indirecta, es decir, que no tiene relación inmediata con la propia persona, sino que influye en sus microsistemas. Por último, el macrosistema, formado por las creencias y los valores, las leyes, el sistema jurídico, y todos aquellos sistemas que pertenecen a la cultura de su tiempo. (Bronfenbrenner, 1987).

La necesidad de contextualización del análisis de la transexualidad y transgenerismo o transgénero nos obliga a evidenciar la diferencia entre sexo y género antes de abordar la definición de las identidades objeto de nuestro estudio. El sexo está relacionado con la biología: somos hombres, mujeres y, en casos menos comunes, intersexuales, en función de rasgos orgánicos. Aunque lo más habitual es que el sexo se defina en relación con los genitales, también se puede determinar a través de las hormonas o los cromosomas. En cambio, el género está asociado a la identidad sexual: en muchos casos es conocido como “sexo sentido”. No depende de la biología sino de la vivencia personal. (Cardona-Cuervo, 2016).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) conceptualiza la transexualidad como “disforia de género”. La caracteriza por la incoherencia sentida entre el sexo asignado y el experimentado, siendo necesaria la presencia de algunas características concretas para poder determinar el diagnóstico (Anexos 1 y 2). (Mas Grau, 2017).

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10 (1990), la transexualidad aparece como “trastorno de identidad sexual” dentro del capítulo “trastornos mentales y del comportamiento”. En la CIE-11, que se publicará en 2022, se dejará de clasificar la transexualidad en este capítulo para reubicarla en “condiciones relativas a la salud sexual”. En esta revisión la transexualidad dejará de ser identificada como trastorno y pasará a denominarse “incongruencia de género”. (Mas Grau, 2017).

Su diferencia con el transgenerismo es que este demuestra una falta de deseo de cambiar la apariencia física por la del sexo contrario al asignado, deseo que sí estaría presente en la transexualidad. En otros estudios esta última se entiende de una manera más amplia. Incluyen dentro del concepto de transexualidad el ya mencionado, y otros como el correspondiente al transgenerismo, además de los del travestismo y la intersexualidad. El travestismo consiste en el uso de vestimentas propias del sexo contrario, y la intersexualidad describe a las personas que han nacido con ambos sexos. (Nosedá, 2012).

A pesar de que esta realidad siempre ha existido, sigue siendo socialmente percibida como una condición patológica. En setenta y dos países es delito, y en siete (Mauritania, Sudán, Arabia Saudí, Yemen, Irán y regiones de Nigeria y Somalia) se sigue castigando con pena de muerte. Esta persecución es uno de los motivos principales que incita a este colectivo a migrar a otros lugares más seguros. (Diz y Monteros, 2017).

Como consecuencia de la patologización de las identidades trans, la intervención psicológica que han recibido estas personas durante mucho tiempo ha tenido como objetivo la “curación” de su condición. También se ha buscado la reeducación, en vez de la escucha y el acompañamiento; enfoque que demuestra la no aceptación de diversidad de género dentro del ámbito terapéutico. (De la Hermosa Lorenci, 2018; Asenjo Aranque et al., 2015).

Estas dificultades, que siguen vigentes a día de hoy en las vidas de las personas trans, impulsan la realización de este trabajo y la búsqueda de intervenciones nuevas y alternativas a las existentes.

2. Metodología

Para este trabajo se realizó un estudio sistemático de artículos, libros y documentos relacionados con las realidades trans. Dichos artículos fueron recibidos vía correo electrónico como consecuencia de una suscripción a la plataforma academia.edu.

También se mantuvo una entrevista y se realizaron varias consultas posteriores con “une psicólogo”, Mon Sanz (profesional que se identifica como persona no binaria y prefiere esta nomenclatura), que trabaja en COGAM (Colectivo de Lesbianas, Gays, Trans* y Bisexuales de Madrid). Dirige grupos de apoyo de personas trans e imparte formaciones.

En total se recopilaron 162 documentos. De ellos fueron inicialmente seleccionados 90, y finalmente se separaron los 34 que han sido referenciados o citados en este trabajo. En ellos se exponían tanto las circunstancias vitales y relacionales de las personas sujetos de este estudio, como los modos de intervención.

Una vez elegidos, los artículos fueron divididos según los niveles ecológicos de Bronfenbrenner. En cada uno de estos apartados se discriminó por un lado la información referida a las causas y, por otro, las propuestas de intervención.

Fueron descartados artículos de años anteriores a 2000, o aquellos que no añadían nueva información a la ya recopilada. También se evitaron aquellos que estuvieran centrados en cambios de legislación o en actuaciones concretas fuera de España. Se tuvo en cuenta si se mencionaban tanto los factores esperados como las maneras de intervenir, y, de no ser así, también fueron retirados de la selección. Del mismo modo, se prescindió de aquellos artículos que habían sido poco referenciados o cuya estructura no seguía formatos científicos.

3. Desarrollo

En este apartado se describirán los factores de riesgo y de protección de las personas trans en cada nivel del modelo ecosistémico de Bronfenbrenner. A su vez, se expondrán algunas medidas de intervención propuestas por diferentes autores.

3.1. Nivel individual

3.1.1. Factores de protección. La propia condición de saberse trans demuestra capacidad de introspección, autoconocimiento y honestidad. (Generelo, 2017).

Las personas que son diagnosticadas con disforia de género en la infancia siguen manteniéndola en la edad adulta. La persistencia temporal reduce el riesgo de sufrir ante la incertidumbre o ante la posibilidad de haber tomado una decisión errónea permanente. (Como se citó en Aparicio et al., 2017).

Según un estudio de Annelou L.C. de Vries (2014), el comienzo de la terapia hormonal en la prepubertad puede evitar o hacer menos invasiva una cirugía posterior. Además, le da a la persona un margen de tiempo mayor para tomar decisiones sobre su cuerpo. Los resultados de su investigación longitudinal muestran que todas las personas que pasaron por el proceso de los bloqueadores presentaban en la adultez gran satisfacción (como se citó en García Nieto, 2017).

Aunque sea posible la aparición de depresión o ansiedad, en general no es más frecuente entre la población trans que en la cisgénero (personas que se reconocen con su identidad establecida). El colectivo objeto de estudio tampoco presenta predisposición particular a la psicopatología. (Aparicio, et al., 2017; Asenjo Aranque, Becerra Fernández, Lucio Pérez y Rodríguez Molina, 2015).

3.1.2. Factores de riesgo. La identidad de género se suele definir entre los dos y los cinco años, tanto para las personas cisgénero como para las transgénero. Estas últimas, en muchas ocasiones, se refieren a sí mismas con el género contrario al asignado, lo que se suele relacionar con dificultades en el lenguaje o en el autoconocimiento. En cambio, estas percepciones no emergen con los demás niños y niñas. Así, desde los primeros años de vida de los menores trans, se tiende a atribuirles características negativas sobre las que necesitan apoyo.

(Arjona Ledesma, 2016; Cardona-Cuervo, 2016; García Casuso, 2017; Rodríguez Alemán, 2002). Este trato diferencial puede marcar varianzas individuales que son susceptibles de repercutir en su salud mental, provocando consecuencias como ansiedad, depresión o emociones desadaptativas, que a su vez pueden conllevar actos autolesivos y pensamientos suicidas. (Aparicio, Limiñana y Sevilla, 2017; Peinado, 2015). También influye en las habilidades sociales. (Liu y Mustanski, 2012; Smith, 2018; Rocha-Buelvas, 2015).

Las mujeres trans son discriminadas doblemente: por ser trans, y por “abandonar” su identidad masculina. Hay una parte del movimiento feminista que tampoco las acepta como mujeres, por haber nacido con un cuerpo culturalmente asociado a lo masculino y haber sido socializadas como hombres. Todo esto puede aumentar los sentimientos de autorrechazo y generar problemas de salud mental. (Altamirano, Araya, Arias, Ruiz y Orellana, 2013; Arjona Ledesma, 2016; Coll-Planas y Missé, 2018; Gutiérrez Usillos, 2017; Martín Romero, 2006; Montenegro y Romero, 2018).

En cuanto al aspecto físico, el proceso de feminización de los rasgos es más lento y complicado. Además, está menos normalizado el uso de vestimenta femenina en cuerpos masculinos que al contrario. Es probable que esto incremente la transfobia contra ellas, al ser más fácil de reconocer físicamente su condición. Quienes han tenido un proceso de cambio más fácil y con un resultado más acorde a las características normativas de su género tienen más posibilidades de decidir si quieren compartir o no el hecho de ser personas trans. (Altamirano, Araya, Arias, Ruiz y Orellana, 2013; Arjona Ledesma, 2016; Coll-Planas y Missé, 2018; Gutiérrez Usillos, 2017; Martín Romero, 2006; Montenegro y Romero, 2018).

Cuanto más tarde se haya iniciado la transición, más evidente será el cambio. Esto influye en las personas mayores, quienes han crecido en una época en la que la transexualidad y el transgenerismo estaban más castigados que ahora. Suma la dificultad de encontrar trabajo por razón de su edad. (Coll-Planas y Missé, 2018; Montenegro y Romero, 2018; Ródenas, 2015).

Otra dificultad añadida puede ser pertenecer a una clase social baja y con escasos ingresos. Es posible que dicha condición afecte a la formación que hayan podido recibir tanto las personas trans como la gente de su entorno. Esto podrá tener como consecuencias una menor aceptación tanto personal como de su círculo, así como la dificultad en la búsqueda de trabajo. También puede ser un problema la falta de recursos económicos si existe el deseo de pasar por

tratamiento quirúrgico, y la dificultad de acceso al mismo puede influir en el aumento del sufrimiento y la disforia. (Coll-Planas y Missé, 2018; Montenegro y Romero, 2018).

Por otro lado, el hecho de ser extranjero y trans en España es una situación frecuente, debido a la posibilidad de solicitud de asilo. Poder instalarse en España pone a salvo de los peligros que podrían vivir en los países de origen, como rechazos explícitos, persecuciones e incluso pena de muerte. Pero también se dejan de tener algunos derechos, al no gozar de la ciudadanía española, como la imposibilidad de cambiar oficialmente de sexo, que puede dificultar el reconocimiento social. También se puede sufrir más rechazo por rasgos que identifiquen la condición de extranjero. (Diz Casal y Monteros Obelar, 2017).

En general, el hecho de pertenecer a algún otro colectivo oprimido, además de ser transexual, es un factor de riesgo. (Montenegro y Romero, 2018; Rodríguez Alemán, 2002).

3.1.3. Intervenciones individuales. Una de las intervenciones más importantes que reciben las personas trans es el diagnóstico psicológico, que exige un diagnóstico diferencial y comprobar si existe comorbilidad. La evaluación final debe incluir la identidad de género, la evolución de los sentimientos con respecto a ella, la presencia de disforia, un análisis de si esta condición ha generado un impacto en la salud mental y el apoyo con el que se cuenta. Así mismo se deben descartar otros trastornos que pudieran explicar mejor la disforia. También se evaluará la capacidad de toma de decisiones del o la paciente. Desde la prescripción del tratamiento hormonal se hace un seguimiento, y a partir de los dos años se puede solicitar legalmente la cirugía, si así se desea. Durante ese tiempo se puede hacer un acompañamiento psicológico de los cambios que se van viviendo más acordes a la identidad. En todo este proceso es común que aparezcan síntomas de ansiedad, y es importante enseñar a la persona a entenderlos y manejarlos. Las personas que deciden pasar por el proceso quirúrgico viven después un momento de mucha novedad, que es conveniente que también sea acompañado. En los Anexos 3, 4 y 5 se muestran los criterios diagnósticos para la terapia hormonal, la cirugía de mama o pecho y la cirugía de genitales. (Asenjo, Becerra, Frenci, Lucio, Pérez-López y Rodríguez, 2015; Asenjo, Becerra, Lucio, Portabales y Rodríguez, 2013).

Existe poca bibliografía que indique cómo intervenir en los procesos más allá del diagnóstico. Después de que se aceptaran legalmente las transiciones, uno de los instrumentos más utilizados hasta hace pocos años era el Minnesota Multiphasic Personality Inventory

(MMPI, 1942) o su versión actualizada (MMPI-2, 2008), que se puede consultar en la Tabla 1. Este test de personalidad se usaba para descartar la posibilidad de alguna patología y para medir la masculinidad-feminidad. Esta medición pretendía confirmar que el género sentido correspondía con las actitudes tradicionalmente asociadas a él. Ha sido muy criticado, porque admitía que la persona era trans únicamente cuando encajaba dentro de los roles de género de la identidad anunciada. (Coll-Planas y Missé, 2014).

De la Hermosa Lorenci (2018) y la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2015) ponen de relevancia las diferencias de cada individuo más allá de su pertenencia al colectivo trans. Como consecuencia, cada persona necesita una atención individualizada según sus vivencias y necesidades.

Cuando la demanda es un acompañamiento en la “salida del armario”, es útil explicar el proceso por el que pueden pasar las personas con las que compartan su identidad de género. En el círculo cercano afectivo es normal que se experimente un proceso de duelo por la deconstrucción de las proyecciones que se tenían elaboradas, especialmente en el caso de los padres. Esto es así porque la sociedad asume la cisnormatividad. Dar la información a los pacientes de que sus familiares pueden reaccionar de esta manera, ayuda a disminuir el sentimiento de culpa. También es importante explicar que es muy común recibir preguntas íntimas, y que no hay por qué responderlas si generan incomodidad. (De la Hermosa Lorenci, 2018).

Asenjo Aranque et al., (2015) proponen una intervención psicológica temprana, para trabajar la aceptación y la autorrealización, orientando y acompañando el proceso.

Es posible que se necesite un acompañamiento en el proceso de cambio si hay una decisión de pasar por un tratamiento de hormonación o cirugía. Es esencial que quienes sigan este procedimiento puedan estar informados tanto de las consecuencias como de las alternativas. Puede haber cambios en la vida sexual, en el deseo o en las interacciones, además de que estas transiciones pueden afectar a la fertilidad. A día de hoy, no se comunica, por ejemplo, que existe la posibilidad de congelar los óvulos para que, tras la hormonación, un hombre trans pueda gestar con sus propios gametos. Sería bueno que todos estos cambios fueran acompañados. De igual modo es importante que los terapeutas cuenten con información para poder acompañar a las personas que deciden no pasar por un tratamiento quirúrgico. (De la Hermosa Lorenci, 2018).

Aparicio et al., (2017) proponen trabajar con estrategias de afrontamiento diferentes a la evitación. Según la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2015), la intervención individual con personas trans mayores de edad debe ir dirigida a trabajar herramientas para afrontar las consecuencias de la transfobia. La Consejería destaca la necesidad de reforzar el autoconcepto y aliviar la ansiedad.

Asenjo, Becerra, Lucio y Rodríguez (2015) proponen la Escala de Ansiedad Para Personas Transexuales (ESANTRA, Tabla 2) y la Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDENTRA, Tabla 3). Evaluaron su fiabilidad y su validez, obteniendo alta significación estadística en ambas. Estos cuestionarios pueden ser de utilidad en algunos casos individuales.

En cuanto a la preparación profesional, es importante disponer de información conceptual para asegurar un mayor entendimiento. Tanto dentro del colectivo LGTBI como en las propias realidades trans hay muchas calificaciones diferentes, y es relevante conocerlas para comprender mejor a la persona. Dado que vivimos en una sociedad transfoba es importante que los profesionales se informen sobre esta realidad y deconstruyan sus propios pensamientos para evitar cualquier tipo de rechazo, tanto explícito como implícito. Lo principal es que la persona que acuda a terapia se sienta cómoda en el contexto terapéutico. Para conseguir esto es esencial que se perciba respetada, y para eso es conveniente referirse a ella de acuerdo a su identidad de género, y no según el nombre asignado al nacer. Esta será una de las primeras revisiones que habrá que hacer como terapeutas debido a la falta de costumbre: identificar lo que pueda generar incomodidad y trabajarlo. Es recomendable también que el profesional revise su propio proceso en relación con el género, para tener la experiencia de evaluar cómo se siente en ese aspecto. De cuanto más información disponga referida a este tema, incluyendo la legislación o la cultura popular, mejor podrá intervenir. (De la Hermosa Lorenci, 2018; Soler Polo, 2018).

3.2. Nivel microsistémico

3.2.1. Factores de protección. El contexto próximo, como la familia o el entorno educativo, son esenciales. El hecho de que se permita a la persona expresarse desde la infancia sin obstaculizar su crecimiento y su toma de decisiones facilitará un crecimiento positivo. Referirse a la persona por su nombre elegido genera una mayor normalización y aceptación.

También es favorecedor que se le proporcione información imparcial sobre las posibilidades de expresión de género. De esta forma se genera un ambiente seguro en el que madurar sin tantos riesgos. (Arjona Ledesma, 2016; Chrysallis, 2015; Coll-Planas y Missé, 2018; García Casuso, 2017; García Nieto, 2017; Pérez Fernández-Fígares, 2015).

Una buena relación terapéutica es un potente factor de protección. (De la Hermosa Lorenci, 2018; Asenjo Aranque et al., 2015). Y en este campo, acudir a grupos de apoyo genera también una mejora significativa. Conocer a otras personas con una experiencia similar ayuda a compartir las vivencias y a percibir comprensión. Facilita obtener información de calidad, relaciones sociales y afecto. En cambio, puede suceder también que el único círculo de amistades esté compuesto por otras personas trans. En ese caso sería positivo favorecer la aparición de otros espacios. (De la Hermosa Lorenci, 2018; García Nieto, 2017; Godás Sosa, 2006; Soto, 2014).

De Cuypere, Heylens, Hoebeke, Kins y Rubens (2008) realizaron una investigación en el ámbito de la pareja. Encuentran que en las parejas heterosexuales, tanto en las que ambas personas son cisgénero como en las que el hombre es trans, se percibe la misma satisfacción en la propia relación en sí misma y en los encuentros sexuales. No influyen variables como la duración de la relación, la presencia de descendencia, la convivencia o el matrimonio.

En el ámbito laboral, expresar la identidad de género puede resultar positivo si la persona es apoyada cuando lo hace. Es posible que se promueva la normalización entre los compañeros, y que estos empiecen a conocer las realidades trans. Esto ayuda a dejar de estigmatizar al colectivo y a desarrollar una visión más realista. La propia persona tendrá un compromiso mayor con el trabajo en el que se siente cómoda. (Carvajal Villaplana, 2018; Coll-Planas y Missé, 2018; Diz Casal y Monteros Obelar, 2017; Godás Sieso, 2006; Martín Romero, 2006; Pérez Fernández-Fígares, 2015; Ródenas, 2015).

3.2.2. Factores de riesgo. Ryan (2010) demuestra que los adolescentes trans sin apoyo de sus familias presentan una menor autoestima, más aislamiento y mayor riesgo de sufrir enfermedades físicas y mentales. También muestran un riesgo más alto de suicidio, depresión y consumos o de contraer ETS (como se citó en García Nieto, 2017).

El colegio es uno de los espacios donde más discriminación sufren las personas trans. Se dan tasas elevadas de abandono de los estudios por el acoso escolar que reciben. (Salguero y Penna, 2017).

La situación de incertidumbre al no saber qué respuestas van a encontrar al expresar su género puede provocar miedos. (García Casuso, 2017; Godás Sieso, 2006; Pérez Fernández-Fígares, 2015). Si las personas trans no han tenido la oportunidad de expresar su género con libertad en los entornos cercanos y familiares desde la infancia, es posible que repriman esta expresión o traten de ocultarla. Al decidir manifestar su realidad identitaria, es común que reciban respuestas violentas y sufran pérdidas de relaciones o de sus puestos de trabajo. Suelen enfrentar actitudes de abuso o que les victimizan, lo que puede provocar otras dificultades psicológicas, como trastorno de estrés postraumático. (Aparicio, et al., 2017; Arjona Ledesma, 2016; Chrysallis, 2015; García Casuso, 2017; García Nieto, 2017; Peinado, 2015; Pérez Fernández-Fígares, 2015; Smith, 2018).

La transexualidad y el transgenerismo también pueden suponer dificultad en el contexto de la pareja. Hay cuerpos e identidades que no concuerdan con lo socialmente aceptado, lo que puede originar que las personas trans tengan miedo a ser rechazadas por una potencial pareja o antes de un encuentro sexual. Este miedo puede suponer un obstáculo añadido para la persona que sufre disforia y que, por tanto, no se siente cómoda con su cuerpo. Las dificultades son mayores para mujeres trans heterosexuales: el machismo está todavía muy presente y puede generar un mayor rechazo entre hombres heterosexuales la posibilidad de encontrarse con una pareja que tenga genitales del sexo masculino. (Godás Sieso, 2006; Idso, 2009).

Hay casos en los que la pareja ya está formada y uno de los componentes no sabe que la otra persona es trans. El proceso de desvelación puede ser complicado, dado que en ocasiones puede suponer un cuestionamiento de la orientación sexual para quien recibe la noticia. Suele ser necesario redefinir la relación, porque la novedad puede influir en la sexualidad y en la intimidad. Es común que el miembro de la pareja que acaba de ser informada se preocupe, tenga miedo de la reacción de terceros o, incluso, decida no continuar con la relación. (Idso, 2009; Ortega Arjonilla y Platero Méndez, 2017).

La ignorancia de buena parte de la sociedad sobre la transexualidad dificulta sus relaciones microsistémicas. Puede generar una curiosidad intrusiva que haga sentir incómodas a

las personas trans al percibir que no son vistas con normalidad. Resultan habituales, por ejemplo, las preguntas sobre sus genitales, su nombre de nacimiento u otras cuestiones íntimas. (Godás Sieso, 2006; Idso, 2009).

En caso de que una persona decida pasar por un proceso de transformación de su cuerpo, ya sea por medio de hormonas o de operaciones, es una exigencia legal el diagnóstico de “disforia de género”. Para realizarlo es necesario que exista, además de la incongruencia entre género asignado y sentido, sufrimiento por tal situación o ante la observación su cuerpo. Este condicionante legal genera la sensación de que no es cada persona quien se define a sí misma, sino organismos externos, como el sistema sanitario. La transexualidad (y por extensión el transgenerismo) no es considerada como una de las muchas expresiones de la diversidad humana, sino como una condición en cierta medida patológica, al estar recogida en los manuales diagnósticos. (Arjona Ledesma, 2016; Cambrollé, 2017; Carmona y Climent, 2018; De la Hermosa, 2013; De la Hermosa Lorenci, 2018; García Casuso, 2017; García Nieto, 2017; Mas Grau 2013). De hecho, durante muchos años la intervención terapéutica que recibían las personas trans, como se ha referido anteriormente, buscaba su “curación”. (De la Hermosa Lorenci, 2018; Asenjo Aranque et al., 2015).

Es común todavía que estas personas sean rechazadas para puestos laborales, a pesar del amparo que ofrece la ley española. Su índice de paro en España es superior a la media, lo que dificulta que puedan desarrollarse profesionalmente y contar con espacios de socialización. Además, el laboral es el ámbito en el que obtener los recursos para disfrutar de una vida autónoma, imprescindible sobre todo en los casos en los que no se cuenta con apoyo externo. En muchas ocasiones las personas trans acaban dedicándose al mundo del espectáculo o la prostitución, o tiene que optar por el autoempleo, por no ser aceptadas en otros puestos de trabajo. Cuando sí cuentan con un puesto remunerado, es probable que decidan no ser transparentes con respecto a su identidad de género por evitar rechazos, lo que también afecta a su bienestar en el entorno laboral. La tendencia cuando deciden no ocultar su realidad suele ser traumática, especialmente en trabajos de menor cualificación. (Carvajal Villaplana, 2018; Coll-Planas y Missé, 2018; Diz Casal y Monteros Obelar, 2017; Godás Sieso, 2006; Martín Romero, 2006; Pérez Fernández-Fígares, 2015; Ródenas, 2015).

3.2.3. Intervenciones microsistémicas. Teniendo en cuenta el artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente (2002), en caso de que la persona sea menor y no se le conceda la capacidad de comprender emocional e intelectualmente la repercusión de la intervención (ya sea por criterios médicos, judiciales o terapéuticos), es exigencia legal trabajar con sus padres o tutores legales. En paralelo al proceso de transición individual se produce otro familiar, y es importante acompañarlo: acoger los miedos, en particular de los padres, su necesidad de información y ofrecer herramientas para que su hijo o hija sienta el apoyo familiar. Es importante explicar que los intentos de coartar su identidad no generarán el cambio buscado y serán más dañinos. (De la Hermosa Lorenci, 2018; Soler Polo, 2018). En este sentido se posiciona la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid en la Guía de atención a menores con diversidad de género, (2015).

Cuando la persona trans tiene hermanos o hermanas, es conveniente iniciar una terapia familiar en el que se faciliten espacios para hablar de temas diferentes al focalizado. Es común que en estos casos los padres centren demasiado su atención en el hijo o hija trans, y es posible que los otros descendientes se sientan apartados. Este abordaje facilita la comunicación y la normalización familiar. (De la Hermosa Lorenci, 2018).

Más allá de su entorno familiar, es aconsejable desarrollar una intervención en el colegio que facilite que sea un entorno seguro: hablar con los profesores, hacer formaciones e intervenir con el alumnado. El objetivo es generar espacios en los que sentirse libres de rechazo. Cuanto más normalice la situación, se encontrarán mejores resultados en la salud mental de la persona en las siguientes etapas evolutivas (De la Hermosa Lorenci, 2018).

En esta línea, Penna Tosso y Salguero Juan (2017) proponen un protocolo de actuación para intervenir cuando hay alumnado trans. Se inicia recogiendo información y analizando el caso concreto. Cada persona es diferente y estará viviendo un momento de la transición distinto, por lo que cada uno presentará unas necesidades específicas. El siguiente paso es poner esta información en conocimiento de quien sea necesario: informar y también formar al profesorado y al equipo directivo. Si la persona trans decide hacer pública su identidad, también es conveniente intervenir con su grupo de iguales. Hay algunos aspectos que pueden parecer, a primera vista, anecdóticos, pero que son muy importantes para la persona trans: la normalización de elementos como el uso de su nombre elegido o la disponibilidad de los aseos correspondientes a su

identidad. A continuación es necesaria una evaluación del cumplimiento del respeto esperado, de la facilitación y de la adaptación. El siguiente paso es la elaboración de un plan de acción más a largo plazo, que incorpore las modificaciones en el funcionamiento del centro educativo. Por último, se debe hacer un seguimiento de dichas incorporaciones.

Una intervención muy recomendable es la derivación a grupos de apoyo mutuo. (De la Hermosa Lorenci, 2018). La Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid cuenta con dos grupos específicos para menores trans y sus familias dentro del Programa LGTBI, ubicado en un lugar accesible del centro la ciudad. Surgen de la demanda de los padres y madres que se sienten con falta de información ante la crianza de sus hijos e hijas. El programa cuenta con dos líneas de trabajo. Una de ellas es la búsqueda de un desarrollo sano de la identidad de los menores. La otra se centra en la prevención del rechazo y una mejor integración social, empezando por las familias. De esta manera tanto los menores como sus progenitores cuentan con personas que conocen su situación, y pueden encontrar tanto apoyo informacional como afectivo.

Idso (2009) recomienda empezar una terapia conjunta cuando, en una pareja, una de las personas da a conocer su identidad. Puede ayudar a ambos a entender mejor las circunstancias por la que pasa el compañero o compañera.

Finalmente, la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2015) cree conveniente facilitar información jurídica a las personas trans, para que tengan conocimiento de la situación legal en la que se encuentran y a qué tienen derecho.

3.3. Nivel mesosistémico

3.3.1. Factores de protección. Es común que las familias acudan a trabajadores sociales y pediatras cuando saben o sospechan que su hijo o hija es trans. En estos casos, que dichos expertos estén informados y formados, y sepan cómo guiar y apoyar a los padres, será de mucha ayuda para la persona transgénero. (García Nieto, 2017).

Se ha observado que, en el ámbito escolar, cuando los adultos apoyan al alumnado trans, el grupo de pares tiende a normalizar en mayor medida la situación. (García Casuso, 2017).

3.3.2. Factores de riesgo. Pocas personas trans logran acabar sus estudios. Esto sucede en un contexto en el que es habitual la falta de intervención del profesorado y de la administración con el alumnado. Esta actitud invisibiliza los problemas que puedan ocasionarse entre los compañeros de clase, y no se interrumpe el rechazo. (Carvajal Villaplana, 2018).

3.3.3. Intervenciones mesosistémicas. La Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2015) propone coordinación entre terapeutas, profesionales de la salud y educadores. La intención es que todos reciban la misma formación sobre identidad de género, dispongan de las herramientas necesarias para actuar en cualquier ámbito y sepan a quién derivar en caso de necesidad.

3.4. Nivel exosistémico

3.4.1. Factores de protección. La inclusión de la transexualidad como criterio diagnóstico ocurrió en el DSM-II (APA 1952), donde fue clasificada entre los “trastornos de personalidad”. En el DSM-III (APA 1980) aparecía como “transexualismo” en el caso de los adultos y como “trastorno de la identidad sexual” en el de niños y niñas, ubicados entre los “desórdenes psicosexuales”. El DSM-IV-TR (APA 2000) cambia el concepto: habla de “trastorno de identidad de género” (TIG), y elimina el requisito del deseo de un cambio corporal para poder diagnosticarse. Se reubica al apartado de “trastornos sexuales y de la identidad sexual”. Finalmente, el DSM-V (APA 2013) elimina la denominación “trastorno”, sustituyéndola por “disforia de género”.

En la CIE-10 (1990) se incluye la transexualidad entre los “trastornos de identidad sexual” dentro del “capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento”. La CIE-11, que entrará en vigor en 2022, lo reclasificará entre las “condiciones relativas a la salud sexual” y dejará de considerarlo como trastorno para pasar a denominarlo “incongruencia de género”.

El progresivo cambio en el proceso diagnóstico puede considerarse como factor de protección. Aun así, a día de hoy la transexualidad sigue considerándose una enfermedad y una condición diagnosticable. (Asenjo Aranque et al, 2015; Mas Grau, 2017; Olivares Zarco y Polo Usaola, 2010; Ortega Arjonilla y Platero Méndez, 2017; Platero, 2009; Soto, 2014; Spinetta, 2016).

3.4.2. Factores de riesgo. En el sistema educativo se detecta mucho rechazo a las personas trans. Estas, junto con las personas intersexuales, son quienes presentan una evidencia física mayor dentro del colectivo LGTBI. Por este motivo, es más común que sean objeto de un rechazo mayor que gays, lesbianas y bisexuales. (Carvajal Villaplana, 2018). En el ámbito educativo se suelen impartir charlas sobre afectividad y sexualidad, pero es menos común que se hable de diversidad de género. Este tema sigue siendo invisibilizado. (Soler Polo, 2018).

También en el ámbito escolar, la relación de los compañeros de clase con los hijos de personas trans podrá tener una repercusión negativa. Es posible que el alumnado transmita ideas transfobas a los niños y niñas, que a su vez sean repetidas en el entorno familiar. (Ortega y Platero, 2017).

3.4.3. Intervenciones exosistémicas. Una intervención en grupos de padres y madres puede ser beneficiosa para compartir experiencias y sentimientos. Sirve para fomentar las herramientas y habilidades que ayudan a generar un espacio más seguro a sus hijos e hijas trans. (Soler Polo, 2018). Lo mismo propone la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2015), que los lleva a cabo en Madrid, calle Alcalá 22.

Ofrecer charlas en colegios e institutos sobre la diversidad de géneros y de experiencias es también un paso para combatir el desconocimiento y hacia la desestigmatización. (Soler Polo, 2018).

La Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2015) forma a profesionales de la educación siguiendo el denominado “Plan de formación a formadores”. Habiendo detectado que la mayoría de las familias acuden al médico como primer recurso, considera importante formar a estos profesionales. Han de estar informados de la realidad, y saber tratarla con normalidad y respeto. Además, es necesario que dispongan de las habilidades para transmitir tranquilidad a la familia, puedan ofrecerles algunas pautas y sepan a qué profesionales derivar para que las familias reciban la ayuda que demandan.

Existen informes de la Asamblea de los Derechos Humanos de la ONU (2007) que admiten que el reconocimiento de la identidad de género no debería estar condicionado a un diagnóstico médico. El Tribunal Europeo de los Derechos Humanos considera que los diferentes estados deberían permitir el acceso a la cirugía con los gastos necesarios cubiertos. (Cambrollé,

2017; De la Hermosa Lorenci, Olivares Zarco y Polo Usaola, 2010; Polo Usaola y Rodríguez Vega, 2013; Ródenas, 2015). En España esto se gestiona desde las Comunidades Autónomas. En Madrid, Cataluña, País Vasco, Andalucía y Extremadura es el Estado quien cubre la cirugía de cambio de sexo de manera integral. En las demás Comunidades se presenta como opción la derivación a hospitales localizados en los lugares recién mencionados, dependiendo de quien valore el caso. El principal problema que surge con la cobertura del Sistema Sanitario Público es la lista de espera, que llega a ser de años. Para las personas que sienten disforia esta espera puede suponer un alargamiento del sufrimiento. Por lo tanto, muchas personas optan por acceder a la cirugía de reasignación genital desde el ámbito privado, y hay muchas otras que no se lo pueden permitir. (Mas Grau; Armanza y Atienza, 2014).

3.5. Nivel macrosistémico

3.5.1. Factores de protección. El primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) afirma: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Lo expuesto en este artículo es un elemento esencial para el camino hacia la normalización, aunque hoy en día no existe ninguna sociedad libre de discriminaciones hacia las personas trans, de forma más o menos explícita. (Cambrollé, 2017; Spinetta, 2016).

En España, la ley ha avalado durante muchos años la persecución de las personas trans. En 1954 entró en vigor la Ley de Vagos y Maleantes, que establecía pena de cárcel tanto para personas trans como para las homosexuales. Esta condena también podía imponerse a las personas que llevasen a cabo una operación genital hasta el año 1981, así como a las personas trans que, consideradas como peligrosas, se les aplicaba la sanción de “escándalo público”. Esta última ley fue derogada en 1985. Durante la década de los 70 estuvo en vigor la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, también aplicable, entre otras, a personas trans. Incluía como medida su internamiento en centros de reeducación. El primer cambio de sexo y nombre permitido en España ocurrió hace en 1987. En marzo de 2007 se aprobó la Ley de Identidad de Género (Ley 3/2007), que permite el cambio de sexo en el Registro Civil y, como consecuencia, el cambio oficial de nombre. Esta ley sigue exigiendo el diagnóstico de disforia de género, la ausencia de trastornos de personalidad y la concurrencia de al menos uno de los siguientes requisitos: llevar por lo menos dos años en tratamiento hormonal (durante los cuales se debe

haber vivido de acuerdo al género sentido), haberse sometido a una cirugía genital, o la existencia de un informe que acredite que, por temas de salud, no se ha podido llevar a cabo ninguna de las dos anteriores. España fue el primer país en desarrollar estas disposiciones legales, aunque solo son aplicables a personas mayores de edad, con nacionalidad española y consideradas capaces para ello. En octubre de 2018 se dictó una instrucción de la Dirección General de los Registros y del Notariado que permite el cambio de nombre oficial (sin cambio de sexo registral) para menores emancipados o para aquellos cuyos progenitores, de manera conjunta, lo soliciten. En julio de 2019 el Pleno del Tribunal Constitucional dictó una sentencia novedosa. Admitía la posibilidad de cambio de sexo en el Registro Civil para menores de edad con la madurez suficiente (supuesta a partir de los 16 años; en aplicación de “la doctrina del menor maduro” para menores de esa edad) y una situación de transexualidad estable demostrada con el diagnóstico de disforia. (COGAM, 2019; Antonelli, 2017; Arjona Ledesma, 2016; Armanza y Atienza, 2014; Chrysallis, 2015; Jiménez Muñoz, 2012; Diz Casal y Monteros Obelar, 2017; Montes, 2015; Olivares Zarco y Polo Usaola, 2010; Ortega Arjonilla y Platero Méndez, 2017; Osborne, 2017; Platero, 2009; Ródenas, 2015; Rodríguez Alemán, 2002).

La legalización del cambio de género provocó transitoriamente un problema de encaje legal en relación con el matrimonio. A partir de 2001 se autorizó el matrimonio para personas trans, siempre que formalizaran una pareja heterosexual. Solo a partir de 2005 se permitió el matrimonio igualitario. (Antonelli, 2017; Diz Casal y Monteros Obelar, 2017; Osborne, 2017).

El Alto Comisionado para las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) publicó en 2002 unas directrices que reconocen el derecho de las personas perseguidas o amenazadas por motivos de género a solicitar y recibir asilo. Los principales problemas que enfrentan estas personas están relacionados con la dificultad que supone verificar la persecución. En España se aprobó en 2009 una Ley de Asilo que incluye expresamente la identidad de género entre las causas de protección. (Diz Casal y Monteros Obelar, 2017).

Hay algunas culturas donde no existen únicamente los géneros masculino y femenino, sino tres o incluso más, como las personas hijra en la India. En culturas como la cheyenne o la de los navajos en Estados Unidos, o los pokot en Kenia, ser trans no está visto como algo negativo. En algunos casos se les considera personas sagradas. Poseen ciertos privilegios y se les reconocen cualidades como la mediación entre personas de distinto género. En la tribu de los

navajo se evita asignar un nombre en el nacimiento. Cada persona recibe el suyo según sus características personales, no dependiendo de su sexo. De esta manera no hay una socialización inicial masculina o femenina, sino que es la propia persona la que tiene el poder de identificarse de una u otra manera con mayor libertad. (Gómez, 2017; Gómez Suárez, 2013; Gutiérrez Usillos, 2017; Rodríguez Alemán, 2002; Vendrell, 2012).

3.5.2. Factores de riesgo. El principal problema es la existencia de una sociedad que rechaza a las personas LGTBI (lesbianas, gays, transgénero/transsexuales, bisexuales e intersexuales). Hay países en los que este rechazo es claro y está legislado, y otros en los que la discriminación es más implícita. En todo caso, en estos últimos las personas trans, a quienes nos referimos en este trabajo, siguen recibiendo insultos, maltratos, humillaciones, agresiones, persecuciones e incluso son víctimas de asesinatos. Estas realidades colocan a dichas personas bajo un estigma y en riesgo de exclusión social. (García, 2017; Generelo, 2017; Montes, 2015; Rodríguez Alemán, 2002).

La base de esta discriminación es muy profunda: la asunción del binarismo de géneros asociados a los genitales. Las personas trans están y han estado presentes en todas las culturas durante toda la historia. En la mayoría de estas culturas, las personas son identificadas como mujeres u hombres, en cuanto que existe un cuerpo culturalmente asociado a lo femenino o a lo masculino. Incluso antes de nacer, se espera de las personas que sean y se comporten de acuerdo a los roles que se les han asignado en función de sus genitales. De esta manera, una persona cuyo género asignado no corresponde con el que siente o no se identifica con ninguno está rompiendo los esquemas sociales determinados. (Altamirano et al., 2013; Arjona Ledesma, 2016; Cambrollé, 2017; Cardona-Cuervo, 2016; Carvajal Villaplana, 2018; García Casuso, 2017; Gómez, 2017; Gutiérrez Usillos, 2017; Mas Grau, 2014; Pérez Fernández-Fígares, 2015; Rodríguez Alemán, 2002).

La mirada transfoba de la sociedad, en muchas ocasiones, determina la decisión forzada de optar por procedimientos quirúrgicos. Las personas quieren ser tratadas según su género sentido, y esto resulta más fácil cuando adecúan su aspecto físico con su identidad. En contraste, hay personas que no quieren pasar por un proceso quirúrgico para no perder el privilegio que supone la posibilidad de gestar, o para no perder la sensibilidad en las relaciones sexuales. Otras personas trans consideran que el cuerpo con el que nacieron puede corresponder sin conflicto con

su identidad de género. El discurso popular que afirma que las personas trans “nacieron en un cuerpo equivocado” no está teniendo en cuenta esta realidad. La sociedad no está acostumbrada a ver personas con cuerpos comúnmente asociados a un género que se identifican con otro. En estos casos aumenta la transfobia al no estar los cuerpos diversos reconocidos por la comunidad. (Arjona Ledesma, 2016; Carmona y Climent, 2018; De la Hermosa Lorenci, 2018; Rodríguez Alemán, 2002).

Soler Polo (2018) describe cómo la desinformación en torno a las realidades trans en la sociedad aumenta la estigmatización de este colectivo. “Este desconocimiento generalizado dificulta incluir realidades como la transexualidad en las estructuras sociopolíticas, educativas, judiciales y sanitarias que conforman la estructura de la sociedad” (p. 143). Esta falta de conocimiento está también presente en muchos de los profesionales sociales, lo que puede generar malas prácticas, aumentando el problema.

La idea socialmente instalada de que todas las personas trans siguen el mismo proceso puede generar un bloqueo para aquellas que se dan cuenta de que no se identifican con su género asignado. Pueden percibir que la solución única que se les ofrece es comenzar a hormonarse para después pasar por la cirugía, cuando hay experiencias que no se corresponden con esta. Pueden sentirse frustradas y cuestionadas, tanto por ellas mismas como por la sociedad, que no les reconoce como personas trans. (De la Hermosa Lorenci, 2018).

En relación con la visibilización de las realidades de las personas trans, el arte puede ser factor de protección, pero también de riesgo. Desde sus diferentes formas de expresión, el arte es un modelo de referencia para la sociedad. Y apenas existen referentes trans en las representaciones artísticas. Es poco común que a los niños y niñas se les lean cuentos en los que el protagonista sea trans. Prácticamente no existen modelos populares que tengan estas características. Esto provoca que, en la infancia, una persona transgénero pueda sentirse perdida e incomprendida porque no conoce a nadie con su experiencia, ni siquiera en la fantasía. (García Casuso, 2017).

En los medios de comunicación tampoco están apenas presentes, y si lo están, suele ser de manera caricaturizada o estereotipada. Es común que se sigan refiriendo a ellas con el género o el nombre asignado al nacer, no respetando su identidad. Este hecho genera que aumente el

rechazo y la incomprensión macrosistémica, y que los niños y niñas transgénero sigan sin tener referentes. (Martín Romero, 2006; Spinetta, 2016).

También hay falta de representación en la memoria histórica. No se guardan registros sobre personas trans, se trata de un tema que ha sido invisibilizado. Este hecho tiene de nuevo como consecuencia la falta de referentes y de normalización en las sociedades. (Gutiérrez Usillos, 2017).

3.5.3. Intervenciones macrosistémicas. Si en este nivel se generaran los cambios necesarios para eliminar los factores de riesgo, se verían afectados todos los demás. Se trataría principalmente de asumir esta realidad como normal. Las intervenciones psicosociales están dirigidas a las consecuencias de la estigmatización. Este mero hecho demuestra que estamos esencialmente ante un problema macrosistémico. (Morán Faúndes, 2015; Soler Polo, 2018).

Aparicio et al., (2017) consideran que sería importante un cambio legislativo en los países en los que los derechos de las personas trans no están reconocidos. Es relevante aceptar también que no todas las personas trans sufren disforia ni quieren pasar por un proceso de cirugía. Este hecho no debería suponer un cuestionamiento de su identidad. (De la Hermosa Lorenci, 2018).

García Dauder (2018) y Rodríguez Alemán (2002) observan que el esfuerzo de los individuos y de los colectivos por la visibilización y normalización de las realidades trans ha generado un gran avance en la progresiva difuminación del rechazo de la sociedad. Continuar con esta práctica puede seguir generando progresos en este sentido.

Soler Polo (2018) propone evitar hablar siempre de manera binaria, especialmente en los colegios.

4. Discusión

Un cambio a nivel macrosistémico tendría repercusión en todos los niveles. El trato que reciben las personas trans por parte de su entorno está mediado por los patrones presentes en la sociedad. Pueden sufrir un primer rechazo en su familia, en el colegio, con una posible pareja o en el ámbito laboral. Es muy importante facilitar entornos seguros para evitar la necesidad de una intervención más especializada como consecuencia de la transfobia.

Como se puede concluir a partir de la revisión de la bibliografía, la modificación de las leyes españolas en lo que respecta al colectivo trans es muy dinámica. No hace ni medio siglo de los primeros cambios a favor de estas personas, y las últimas actualizaciones han sucedido hace apenas unos meses. Cuanto más acordes sean las leyes con la aceptación y la normalización de las personas trans, mejor serán acogidas por la sociedad. Teniendo en cuenta las demandas del colectivo, una solución para reducir estos problemas sería impulsar cambios en la legislación.

Otra manera de despatologizar esta condición sería eliminando la exigencia legal del diagnóstico. Con la incorporación de este cambio, el diagnóstico dejaría de ser requisito para el cambio de sexo registral, de manera que las personas transgénero, que no sufren disforia, pudieran ejercitar este derecho. Sería también conveniente descartar las exigencias de hormonación o cirugía. Como se observa en el análisis expuesto, en algunos casos la necesidad de contar con un diagnóstico produce una situación violenta, y esto por muchos motivos. El mensaje que se recibe es que la condición de transexualidad no es normal, sino que tiene que ser revisada por un profesional de la salud. No son las personas trans quienes definen su identidad, que eventualmente puede ser rechazada, lo que puede provocar un refuerzo adicional del rechazo por el resto de la sociedad. Aunque el nombre del diagnóstico haya sido revisado durante los años, y ya no sea considerado un trastorno, su obligatoriedad legal sigue suponiendo un componente estigmatizante.

La desaparición de la exigencia legal del diagnóstico podría implicar algunos riesgos, entre otros que haya personas que accedan a la cirugía sin un proceso de introspección profundo. Es posible, en este sentido, que surgieran más casos de personas que se arrepientan de haber tomado esa decisión. Teniendo en cuenta estos inconvenientes, creo que lo apropiado sería mantener la exigencia legal de un acompañamiento psicológico para cualquier persona que desee

pasar por un cambio corporal para adaptarlo a su identidad de género, en el que la decisión última sobre cualquier aspecto dependa de ella misma.

Aquellos que sienten disforia y desean pasar por la cirugía de reasignación genital pueden encontrar impedimentos económicos, como se exponía en el marco teórico. En España existe la posibilidad de acceder a las operaciones de cambio de sexo a través de la Sanidad Pública, pero es necesario esperar varios años hasta que la plaza sea asignada. Para personas que están sufriendo por su cuerpo este tiempo puede ser demasiado. Existe la opción de acudir al ámbito privado, siempre que se disponga de los medios, pero no es el caso de la mayoría de la gente. La mastectomía (extracción de las mamas) varía entre cuatro mil y ocho mil euros en España, mientras que la cirugía genital aumenta, dependiendo del centro y del cirujano, pudiendo llegar a los veinticuatro mil euros. Sería necesaria la facilitación al acceso en el espacio público en España, e incorporarla donde aún no está admitido, para evitar estas dificultades de acceso.

Los criterios diagnósticos utilizados a día de hoy para acceder a la cirugía me han llamado la atención. En los que se refieren al cambio de un cuerpo masculino a uno femenino se utiliza como criterio vivir durante doce meses según el rol de género sentido. Esta condición no se aplica en las personas que quieren hacer un cambio a cuerpos masculinos. Este hecho y la manera en la que está redactado el criterio me hacen pensar en la existencia de un sesgo machista, fruto de una sociedad patriarcal. Se le da importancia a la irreversibilidad del tratamiento únicamente cuando la decisión es transicionar a un cuerpo femenino, como si fuera más necesario en este caso que en el contrario disponer de un proceso largo para meditar la decisión conscientemente.

Si el apoyo psicológico demandado tiene que ver específicamente con temas relacionados con la identidad, los grupos de apoyo entre personas trans podrían ser la mejor alternativa. Ya hemos analizado que con esta medida se fomenta el apoyo informacional y afectivo.

Para quienes sí quieren transicionar, es aconsejable que se reciba más información que la habitualmente recibida hoy en día sobre las consecuencias de comenzar un proceso de hormonación, así como del uso de los bloqueadores. De esta manera podrán tomar una decisión informada. Miquel Missé, sociólogo y activista trans, manifiesta una visión crítica respecto de los bloqueadores: expone que su uso está influido por una visión aún poco aperturista en relación con los cuerpos diversos entre las personas trans. Los progenitores de los menores que deciden

que sus hijos e hijas empiecen este proceso no dejando abierta la opción de mantener el cuerpo de nacimiento e incorporarlo en la identidad. Para ayudar a ampliar esta visión sería positivo visibilizar a más personas trans con cuerpos variados, poco frecuentes en los medios.

Aún no están muy normalizadas las figuras trans ni en medios artísticos ni en los de comunicación. Su incorporación sería un gran avance, sustituyendo a los personajes ridiculizados, que sí son más comunes. Además, es importante que a la hora de difundir información los términos utilizados sean precisos y estén bien definidos.

En el nivel individual aparece como factor de riesgo la pertenencia a otro colectivo oprimido, sumado a la condición de ser transgénero o transexual. Esta condición adicional (que puede tener relación con el género, la situación social, la nacionalidad...) genera riesgo de rechazo en sí misma debido a la percepción social, no tanto por lo intrínseco de la característica. En este sentido la intervención que, en mi opinión, ayudaría a terminar con esta discriminación habría que plantearla también en el nivel macrosistémico. Tanto en los casos de las mujeres como en los de las personas mayores, un cambio en la visión de la sociedad en relación con estos colectivos facilitaría el camino a la desestigmatización doble.

En lo que se refiere a las personas extranjeras, su incorporación a la posibilidad de cambiar el sexo en el Registro Civil favorecería una mayor aceptación social. Así como hay zonas y culturas que aceptan con naturalidad a las personas trans, hay otras muchas que aún las persiguen e incluso matan. Hasta que eso cambie, sería un avance que en España se diesen todas las facilidades posibles para que estas personas puedan acceder al reconocimiento del derecho de asilo, que hoy en día es un proceso largo y de final incierto.

Por último, cuando se trata de personas que se ubican en una posición socio-económica baja, se podría producir un cambio significativo si se les ofrecieran las mismas oportunidades para recibir educación, y por tanto poder acceder a los mismos puestos de trabajo que las personas que nacen en un contexto más favorecido económicamente. Una mejor educación que incluya a personas procedentes de ámbitos sociales desfavorecidos facilitaría la nivelación de la información recibida respecto a las realidades trans. También reduciría las dificultades para el acceso al mercado laboral y obtener todos los beneficios que ello conlleva.

Las principales intervenciones que se hacen a nivel exosistémico suelen consistir en formaciones. El acceso a puestos de trabajo es más difícil para las personas trans y es posible que la impartición de este tipo de formaciones a potenciales contratadores disminuyese el problema. A la par se podría poner en marcha algún programa de empleo específico para las personas trans, fomentando su empleabilidad.

Sería también beneficioso formar a educadores y equipos de dirección de centros educativos. Una meta que plantear podría ser que termine siendo el propio personal del centro quien ofrezca las charlas al alumnado. Cuando se imparte formación sobre el tema afectivo sexual, aún hoy, se evita o se olvida hablar sobre identidad de género, algo que sería adecuado modificar.

Del mismo modo es importante que haya formación dirigida al personal sanitario, ya que suelen ser las primeras personas a las que las familias acuden en busca de ayuda. Encuentro responsable tenerlo en cuenta en el plan de estudios de carreras como Psicología, Trabajo Social y Medicina.

A nivel mesosistémico se ha encontrado muy poca información en la revisión bibliográfica: existen muy pocos estudios centrados en este nivel de interacción. Explorarlo sería una interesante línea de trabajo. Mejorar cualquier relación microsistémica posiblemente ayudaría a las personas trans a encontrarse en un entorno más respetuoso y seguro.

Otra posible línea de trabajo sería la relación de las personas trans con sus “familias elegidas”, pareja e hijos. Es más fácil encontrar estudios que investigan sobre su relación con las familias de origen que aquellos que abordan este otro enfoque. Los que existen suelen estar sesgados por un prejuicio negativo, y su investigación se centra en el cuestionamiento de la paternidad o maternidad de las personas trans. La mujer está socialmente relacionada con la maternidad, y es difícil todavía para la mayoría de la sociedad asumir la realidad de la gestación en cuerpos diversos, o la existencia de dos madres biológicas, por poner dos ejemplos.

También ha sido complicado encontrar trabajos que resumieran la visión de las realidades trans según las distintas religiones. Sería un planteamiento interesante para una futura investigación.

El cambio que, a mi parecer, generaría un impacto mayor sería terminar con la asunción socialmente extendida del binarismo de géneros. Es decir, que la cultura no estuviera basada en suponer la existencia de únicamente dos géneros asociados a unas características físicas. El lenguaje es importante, y dividir a hombres y mujeres a la hora de hablar provoca una disociación que puede suponer mucho malestar en personas trans, segregación que se podría evitar. Igual que sabemos que existen personas negras y personas blancas por las características físicas y no usamos artículos, adjetivos, nombres o determinantes diferentes para referirnos a unas o a otras, tampoco es necesario tener en el lenguaje palabras femeninas o masculinas. Un cambio en ese sentido, obviamente difícil debido a la carga histórica y a la costumbre, podría empezar a desligar características físicas de roles de género. Sería el primer paso para acabar con esta construcción social. Con este cambio, en los casos en los que no exista disforia ni deseo de cambiar el cuerpo, se acabaría el sufrimiento. Las personas transgénero no tendrían que designarse como tales, porque la concepción de hombre o mujer como identidad psicológica sería diferente. Hoy en día siguen siendo muy comunes las atribuciones de características asociadas a las mujeres o las asociadas a los hombres. Es importante hacer ver que una persona que se siente más identificada con los roles de género culturalmente asignados al otro sexo no tiene por qué tratarse de una persona trans. Si se acabara con esta concepción, no se estarían asumiendo roles ligados al sexo contrario, sino que se entendería que cada persona se puede ver identificada con unas u otras características.

Se puede comprobar que, según se asciende de nivel, las intervenciones apaciguan los factores de riesgo de los niveles inferiores. Si lo que se propone en el nivel exosistémico funcionara, y desde las estructuras educativas y sanitarias se ofreciera una información efectiva, la realidad trans estaría más normalizada y las demandas de terapia por las consecuencias de la transfobia quedarían progresivamente como casos aislados. Lo mismo ocurre a nivel macrosistémico. Si se soluciona el problema de raíz, es menos probable que aparezcan otras dificultades. También son estas las modificaciones más complicadas de abordar, porque son las más arraigadas socialmente y su evolución no depende de una única persona, como sí puede suceder en la intervención individual.

5. Bibliografía

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2018). *Trans Psiquiatría*. Abordajes queer en salud mental. (1ª ed.) Madrid: Carmona, M., y Climent, M.
- Carvajal Villaplana, A. (2018). Transexualidad y transfobia en el sistema educativo. *Revista de la Escuela de Estudios Generales*, 8(1), 137-181.
- Coll-Planas, G., y Missé, M. (2018). Identificación de los factores de inserción laboral de las personas trans. Exploración del caso de la ciudad de Barcelona. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 13(1), 45-68.
- Aparicio, M. E., Limiñana, R. M., y Sevilla, A. J. (2017). La Salud de Adolescentes y Adultos Transgénero: Revisión Sistemática desde la Perspectiva de Género. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 55, 5-20.
- Diz Casal, J. y Monteros Obelar, S. (2017). Migración y transexualidad: fronteras y tránsitos corporales y geográficos. *Anduli. Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 16, 35-51.
- Ortega Arjonilla, E., y Platero Méndez, R. L. (2017). *Investigación sociológica sobre las personas transexuales y sus experiencias familiares*. Madrid: Transexualia AET.
- Penna Tosso, M. y Salguero Juan, J. M. (2017). Protocolo de actuación en los centros educativos ante la incorporación de alumnado trans. *Polyphōnía. Revista de Educación Inclusiva*, 1(1), 95-107.
- Trans. Diversidad de identidades y roles de género (2017), Catálogo de publicaciones del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (Madrid, 2017). Secretaría General Técnica, Madrid.
- Arjona Ledesma, S. P. (2016). Infancia con creatividad de género. Identidades no binarias, cuerpos transgresores y despatologización trans*. Tesis de Maestría: Universidad de Granada.
- Babiker, S., Chaher, S. y Spinetta, B. (2016). *Comunicación, género y derechos humanos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Comunicación para la Igualdad Ediciones.
- Asenjo, N., Becerra, A., Lucio, M. J. y Rodríguez, J. M. (2015). Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. *Psicología desde el Caribe*, 32(1), 53-80.
- Asenjo, N., Becerra, A., Frenci, M., Lucio, M. J., Pérez-López, G. y Rodríguez, J. M. (2015). Áreas de la entrevista para la evaluación de personas transexuales. *Acción Psicológica*, 12(2), 15-30.

- Comunidad de Madrid. (2015). Guía de Atención a Menores con Diversidad de género. Madrid: Fundación Carmen Pardo-Valcarce.
- Peinado, P. (Ed.). (2015). *Universo trans. Análisis pluridisciplinar sobre transexualidad y transgénero*. Madrid: Transexualia AET.
- Atienza Macías, E., y Armaza Armaza, E. J. (2014). La transexualidad: aspectos jurídico-sanitarios en el ordenamiento español. *Salud colectiva*, 10, 365-377.
- Coll-Planas, G. y Missé, M. (2014). “Me gustaría ser militar”. Reproducción de la masculinidad hegemónica en la patologización de la transexualidad. *Revista de ciencias sociales*, (13), 407-432.
- Asenjo, N., Becerra, A., Lucio, M. J., Portabales, L. y Rodríguez J. M. (2013). Transexualidad: Evaluación e intervención psicológica. *Cínica contemporánea*, 4(2), 161-170.
- De la Hermosa Lorenci, M. (2013). Repensando los orígenes de la disforia de género. *Juventud, neurociencia, tecnología y subjetividad*, (103), 33-50.
- Jiménez Muñoz, F. J. (2012). Unas notas sobre el tratamiento jurídico-civil de la transexualidad en España. *Revista de Derecho UNED*, (11), 477-498.
- Olivares Zarco, D. y Polo Usaola, C. (2010). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 31(110), 285-302.
- Idso, E. L. (2009). *A Phenomenological Exploration of Transgender Couples Intimate Relationships During Transitioning: Implications for Therapists*. Retrieved August, 2009, from University of Wisconsin-Stout, Master of Science Degree in Marriage and Family Therapy. Web site:
<http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2009/2009idsoe.pdf>
- De Cuypere, G., Heylens, G., Hoebeke, P., Kins, E. y Rubens, R. (2008). The Female-to-Male Transsexual and His Female Partner Versus the Traditional Couple: A Comparison. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(5), 429-438.
- Godás Sieso, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 78, 21-23.
- Martín Romero, D. (2006). *La transexualidad, diversidad de una realidad*. Madrid, España: Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Rodríguez Alemán, R. (2002). Análisis antropológico de la transexualidad, entre la realidad cultural y la resistencia social. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología*, 4-5, 239-248.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº. 274, de 15 de noviembre de 2002).

6. Anexos

Anexo 1

Disforia de género en niños (DSM-V, 2013)

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):

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 persistente 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.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Anexo 2

Disforia de género en adolescentes y adultos (DSM-V, 2013).

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

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 de 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).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Anexo 3

Criterios para la terapia hormonal de feminización/masculinización (una referencia o documentación gráfica de la evaluación psicosocial)

1. Disforia de género persistente y bien documentada.
2. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
3. Mayoría de edad (según normativa del país o normas de la NDA para niñas, niños y adolescentes, en su caso).
4. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados.

Anexo 4

Criterios para la cirugía de mama/pecho (una referencia)

1. Mastectomía y la creación de un pecho masculino en los usuarios de servicios MaH:
 - a. Disforia de género persistente y bien documentada.
 - b. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
 - c. Mayoría de edad (según normativa del país o normas de la NDA para niñas, niños y adolescentes, en su caso).
 - d. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados.
 - e. La terapia hormonal no es un pre-requisito
2. Aumento de senos (implantes/liporrelleno) en usuarias de servicios HaM.
 - a. Disforia de género persistente y bien documentada.
 - b. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
 - c. Mayoría de edad (según normativa del país o normas de la NDA para niñas, niños y adolescentes, en su caso).
 - d. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados. Aunque la terapia hormonal no es un criterio específico, se recomienda a las personas usuarias de servicios HaM, que se sometan a la terapia hormonal feminizante antes de la cirugía de aumento de pecho (mínimo 12 meses). El objetivo es maximizar el crecimiento del pecho con el fin de obtener mejores resultados quirúrgicos (estéticos).

Anexo 5

Criterios para la cirugía genital (dos referencias)

1. Histerectomía y ooforectomía en los usuarios de servicios MaH:
 - a. Disforia de género persistente y bien documentada.
 - b. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
 - c. Mayoría de edad (según normativa del país).
 - d. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados.
 - e. 12 meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género de la persona usuaria de servicios (a menos que tenga una contraindicación médica o no pueda o no quiera tomar hormonas).
 - i. El objetivo de la terapia hormonal antes de la gonadectomía es, principalmente, introducir un período reversible de supresión de estrógeno o testosterona antes de que la persona usuaria de servicios se someta a una intervención quirúrgica.
 - ii. Estos criterios no se aplican a las personas de servicios que estén realizando dichos procedimientos debido a indicaciones médicas distintas de la disforia de género.
2. Metoidioplastia o faloplastia en usuarias de servicios HaM.
 - a. Disforia de género persistente y bien documentada.
 - b. Capacidad para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
 - c. Mayoría de edad (según normativa del país).
 - d. Si están presentes importantes problemas de salud física o mental, deben estar controlados.
 - e. 12 meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género de la persona usuaria de servicios (a menos que tenga una contraindicación médica o no pueda o no quiera tomar hormonas).
 - f. 12 meses seguidos viviendo continuamente en un rol de género congruente con la identidad de género de la persona.

- i. Aunque no es un criterio explícito, se recomienda que estas personas usuarias de servicios también hagan visitas regulares a un o una profesional de salud mental u otro médico.
- ii. El criterio señalado anteriormente para algunos tipos de cirugías genitales – es decir, que las personas usuarias de servicios que participan 12 meses continuos de vivir en un rol de género que es congruente con su identidad de género – se basa en el consenso clínico experto de que esta experiencia ofrece amplias oportunidades para que las personas usuarias de servicios experimenten socialmente y puedan ajustar su rol de género deseado, antes de someterse a una cirugía irreversible.

Tabla 1.*Ítems de masculinidad y feminidad en el MMPI*

| Ítems masculinidad | Ítems feminidad |
|---|---|
| Me gusta mucho cazar | Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario |
| Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras | Me gustaría ser periodista |
| Creo que me gustaría trabajar de guardabosques | Me gustan las novelas de amor |
| Me gusta reparar las cerraduras de las puertas | Si fuera periodista me gustaría mucho escribir sobre teatro |
| Me gustan las revistas de mecánica | Me gustan los dramas |
| Realmente me gustan los deportes bruscos (como el rugby o el fútbol) | Me gustaría ser florista |
| Me gustaría ser militar | Me gusta la poesía |
| Si fuera periodista me gustaría mucho hacer reportajes sobre deportes | Me gustaría ser cantante |
| En ningún momento de mi vida me ha gustado jugar con muñecas | |
| Me gustaría ser piloto de competiciones automovilísticas | |

Tabla 2.*Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA)*

| Nº | ÍTEM | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Me siento nervioso/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Estoy tenso/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Estoy alterado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Me siento angustiado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Estoy preocupado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Estoy tan excitado/a que me cuesta dormir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Me siento inseguro/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Estoy a disgusto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Hablar de mi transexualidad me pone nervioso/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Pensar en ligar me produce mucha ansiedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Cuando me critican me enfado demasiado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Cuando pienso en el tratamiento hormonal me angustio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Discuto mucho con mi pareja, mis amigos o mi familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Mi futuro me preocupa mucho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Pierdo los papeles fácilmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Soy muy inquieto/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Pensar en tener relaciones sexuales me produce mucha ansiedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Cuando discuto me altero mucho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Me da miedo contar mi situación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Esperar me pone muy nervioso/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Pensar en mi futuro me pone nervioso/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Cuando estoy nervioso/a sudo, tengo sensaciones en el pecho, el estómago... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|
| 23 | Cuando tengo que tomar una decisión importante lo paso muy mal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Cuando quiero hacer una crítica me pongo demasiado nervioso/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Cuando me siento observado/a me molesta más que a la mayoría de la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Si no estoy de acuerdo con algo del tratamiento me produce mucha ansiedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Me pongo agresivo/a con cierta facilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Las cirugías del tratamiento me producen mucha angustia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Cuando tengo un problema real, me angustio y lo exagero | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Cuando he cometido un error me preocupo más de lo normal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <hr/> | | | | | | |
| Sumas columnas | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | |
| Total | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | |

Nota: Se conserva el formato de la tabla tal como se muestra al paciente.

Tabla 3.*Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA)*

| Nº | ÍTEM | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Me siento muy triste | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Odio mi cuerpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Solo me apetece estar en la cama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Mi aspecto personal es bastante malo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | He llegado a fantasear con la idea del suicidio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Pienso que me van a suceder cosas malas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | No rindo en el trabajo o los estudios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Lloro más que la mayoría de la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Estoy siempre apático/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | A menudo me siento culpable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Si noto que me miran me pongo muy triste | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Me cuesta tomar decisiones más que a la mayoría de la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | No me apetece ver gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Cuando tengo sexo solo me preocupa que la otra persona disfrute | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Si mi imagen corporal no se adapta a mis deseos prefiero morirme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Me doy asco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Me cuesta planificar actividades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Me repele verme en el espejo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | A penas consigo dormir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | No tengo fuerzas para hacer nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Las comidas que antes me gustaban ya no me llaman la atención | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Mi vida es un desastre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 23 | Mi deseo sexual es más bajo que en la mayoría de la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | No disfruto con nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Me siento culpable por hacer sufrir a mis seres queridos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Cualquier contratiempo me entristece mucho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | No tengo apetito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Mi vida es un fracaso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | No hago nada o casi nada para divertirme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Veo el futuro muy negro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sumas columnas

Total

Nota: Se conserva el formato de la tabla tal como se muestra al paciente.