



Universidad de Valladolid



**PROGRAMA DE DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN
TRANSDISCIPLINAR EN EDUCACIÓN**

TESIS DOCTORAL

**ADOLESCENTES CON IDENTIDADES DE
GÉNERO NO NORMATIVAS:**

*ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA
PARA LA AFIRMACIÓN DEL GÉNERO*

LORENA SÁNCHEZ REYES

Directoras:

Dra. María del Rocío Anguita Martínez
Dra. María José Castro Alija

Valladolid, 2025

Al saber que su final estaba cerca, Lili escribió a su hermana:

"Anoche soñé con mamá. Me cogió en sus brazos y me llamó Lili. Soy Lili, vital y he probado que he tenido el derecho a vivir durante 14 meses. Puede que 14 meses no sea mucho tiempo, pero a mí me han parecido una vida entera y feliz".

Lili Elbe 1882- 1931

(Primera persona conocida en someterse a cirugía de cambio de sexo)

Agradecimientos

Durante todo este proceso, he pensado muchas veces en todas aquellas personas a las que quería agradecer, llegado el momento, su ayuda sin la cual esta tesis doctoral no habría sido posible.

En primer lugar, quiero dar las gracias a todas y cada una de las personas que han participado en este estudio desinteresadamente. A todos aquellos adolescentes trans, madres y padres que han dedicado su tiempo, y que han considerado la relevancia de este estudio. Gracias por compartir conmigo sus opiniones y experiencias, sin duda, han sido la brújula que me ha guiado el rumbo donde asentar lo reflejado en cada una de las páginas de este trabajo. Espero que este trabajo sirva para visibilizar las identidades trans en adolescentes y haga reflexionar a profesionales sanitarios la atención e intervención prestada durante su abordaje en las consultas.

También quiero dar las gracias a todas las asociaciones, entidades y profesionales que no dudaron en contribuir a que este trabajo de investigación saliera adelante y me permitieron el contacto con la población de la muestra de mi estudio.

Quiero hacer una mención especial a Alba, por su ayuda, acompañamiento, sensibilidad y cariño. Por entender la importancia de este trabajo desde su comienzo y abrirme las puertas a otras realidades desconocidas para mí sin apenas conocerme. Muchas gracias amiga por estar siempre ahí.

Se suele decir que una tesis doctoral es un camino solitario. Pero en mi caso quería dedicar mi inmensa gratitud hacia mis directoras Dra. María del Rocío Anguita Martínez y Dra. María José Castro Alija, que han hecho que me sienta continuamente acompañada en este arduo camino. Gracias por vuestra disponibilidad constante, por vuestras palabras de aliento cuando todo parecía perdido, por vuestros consejos, por vuestro ánimo constante para seguir hacia adelante a pesar de las adversidades en todo este proceso. Habéis sido ese faro que me ha alumbrado cuando está vagando a la deriva en un mar abierto.

Gracias a mi familia. A mi madre, por enseñarme y transmitirme sus valores basados en el respeto, la educación y el esfuerzo. Por leerte todos aquellos libros y ver todas aquellas series y películas que narraban las experiencias y modo de vida de personas trans, que después comentábamos.

A mi padre, por transmitirme su positividad ante las adversidades. Nos dejaste el año pasado y no tengo ninguna duda de que donde estés estarás muy orgulloso de mí.

A mi hermano David que siempre está ahí cuando lo necesito, sin importar la hora o el momento. Por su amor a los animales del que he aprendido, que puede existir un mundo mejor.

A mi hermana Míriam, a la que quiero hacerle una mención especial por su acompañamiento y cariño durante toda esta tesis doctoral. Sin su apoyo incondicional no hubiera iniciado esta tesis doctoral y mucho menos la hubiera finalizado. Eres mi referente, los sabes. Gracias por tu sabiduría, tus valores, tu intuición e inteligencia. Con todo ello me has enseñado a entender este camino al que llamamos VIDA. Gracias por tanto y por todo.

Familia, sé que a partir de ahora echaremos la palabra tesis de las conversaciones, por lo que tendremos que buscar una nueva.

Y sobre todo gracias a mis “hijos peludos”: Tino, Enzo, Noa, Dalí y Gala. Sin vosotros no sería la persona que soy, estoy segura. Gracias por vuestro acompañamiento diario, por vuestros ronroneos, gestos gatunos de agradecimiento y cariño. Y a mi Mika, mi “NIÑO PELUDO”. Sé que me acompañas, aunque ya no estés aquí. El cielo tiene mucha suerte de tenerte.

ÍNDICE

Introducción	19
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	25
Capítulo 1: ACERCAMIENTO A LAS IDENTIDADES TRANS DESDE UNA PERSPECTIVA BIOPSICOSOCIAL.....	26
1.1. Antecedentes históricos	26
1.2. Transexualidad una cuestión de sexo, género e identidad de género	29
1.2.1. Sexo vs. Género	29
1.2.2. Identidad de género.....	36
1.2.2.1. Adquisición de la identidad género	38
1.3. Diversidad sexogenérica: diversidad de cuerpos, diversidad de géneros.....	41
1.3.1. Etiología de la transexualidad	45
1.3.1.1. Dimorfismo cerebral vs. cerebros mosaico	46
1.3.2. Androginia psicológica	49
1.3.3. Adolescencias LGTBIQ+.....	51
1.3.4. El cuerpo y las personas trans adolescentes	53
Capítulo 2: CONSTRUCCIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS ADOLESCENTES COMO CATEGORÍAS PSICOPATOLÓGICAS	58
2.1. Transexualidad como objeto de estudio.....	58
2.2. El “transdiagnóstico” adolescente	59
2.2.1. Origen y evolución del término transexualidad	59
2.2.2. Los primeros tratamientos médicos.....	61
2.2.3. Las taxonomías diagnósticas de enfermedades mentales	63
2.2.4. Incorporación de la Transexualidad en el DSM y la CIE.....	64
2.2.5. Del Transexualismo a la Disforia de Género	67
2.2.6. Disforia de género vs. Identidades trans	73
2.2.7. Despatologización de las Identidades Trans	74

Capítulo 3: ATENCIÓN PSICOMÉDICA A ADOLESCENTES TRANS Y SUS FAMILIAS.....	83
3.1. Incidencia y prevalencia de las identidades trans adolescentes.....	84
3.2. Detección precoz de las identidades trans	86
3.3. Salud mental y adolescentes trans	87
3.3.1. Barreras en la atención sanitaria.....	89
3.3.2. Terapia afirmativa en adolescentes trans.....	90
3.4. La transición	91
3.4.1. Transición en adolescentes trans.....	91
3.4.2. Transición de las familias	93
3.5. Protocolos de atención sanitaria en adolescentes trans.....	96
3.5.1. El diagnóstico de disforia de género	98
3.6. El rol de profesionales de la psicología en la atención a personas trans.....	101
3.7. Cuestiones éticas y aspectos jurídicos de menores trans	104
3.7.1. Cuestiones éticas.....	104
3.7.2. Protección jurídica de adolescentes trans	107
3.7.2.1. Derechos humanos	107
3.7.2.2. Aspectos jurídicos en el territorio español	109
3.7.2.2.1. Cambio de sexo y nombre.....	110
3.7.2.2.2. Acceso a los tratamientos sanitarios.....	113
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN DE CAMPO	116
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA	119
4.1. OBJETIVOS.....	119
4.2. HIPÓTESIS.....	120
4.3. METODOLOGÍA	120
4.3.1. Enfoque metodológico	120
4.3.2. Tipo de estudio	121
4.3.3. Población de estudio.....	121
4.3.4. Muestra.....	122

4.3.4.1. Criterios de selección de la muestra	122
4.3.4.2. Acceso a la muestra	123
4.3.4.3. Tamaño muestral.....	126
4.3.5. Técnicas para la recogida de datos e información	127
4.3.5.1. Observación participante	127
4.3.5.2. Cuestionario	128
4.3.5.3. Entrevista semiestructurada en profundidad.....	134
4.3.6 Análisis de datos	138
4.3.7. Temporalidad.....	139
4.3.8. Consideraciones éticas	140
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	142
5.1. RESULTADOS OBTENIDOS.....	142
5.1.1. Datos sociodemográficos	142
5.1.1.1. Distribución de la muestra por edad e identidad de género	142
5.1.1.2. Distribución de la muestra por nivel académico	148
5.1.1.3. Distribución de la muestra por ocupación laboral	151
5.1.1.4. Distribución de la muestra por estado civil.....	152
5.1.1.5. Distribución de la muestra por núcleo convivencial.....	153
5.1.1.6. Distribución de la muestra por número de hermanos/as	155
5.1.1.7. Distribución de la muestra por lugar de residencia	157
5.1.2. Variables relacionadas con la detección de la identidad de género	160
7.1.3. Variables relacionadas con la expresión de la identidad de género	177
5.1.4. Variables relacionadas con la transición de género	189
5.1.5. Variables relacionadas con el acompañamiento psicológico durante la transición de género	195
5.1.6. Variables relacionadas con la calidad asistencial recibida por parte de profesionales sanitarios en relación a la identidad de género	204
5.1.7. Variables relacionadas con la calidad asistencial por parte de profesionales de la psicología.....	212

7.1.8. Variables relacionadas con la red de apoyo	226
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	233
LIMITACIONES.....	244
PROPUESTAS DE FUTURO	245
REFERENCIAS	246
ANEXOS	274
ANEXO I. Glosario: Sin género de dudas	275
ANEXO II. Recomendaciones para los Estados miembros del Consejo de Europa 279	
ANEXO III. Cuestionario dirigido a adolescentes trans	281
ANEXO IV. Cuestionario dirigido a figuras parentales	294
ANEXO V. Guion entrevistas adolescentes trans.....	307
ANEXO VI. Guion entrevistas figuras parentales	309
ANEXO VII. Consentimiento informado entrevistas en profundidad a menores de edad	311
ANEXO VIII. Consentimiento informado entrevistas en profundidad a adultos... 312	
ANEXO IX. Hoja de información para la investigación	313
ANEXO X. Respuestas emitidas por adolescentes trans en las entrevistas en profundidad.....	315
ANEXO XI. Respuestas emitidas por figuras parentales en las entrevistas en profundidad.....	315

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores biopsicosociales que intervienen en la adquisición de la identidad de género	36
Figura 2. Defensa de los derechos trans: hitos Ámbito sanitario vs. Ámbito social	81
Figura 3. Distribución de la muestra de adolescentes trans por edad	143
Figura 4. Distribución de la muestra de adolescentes trans por identidad de género	143
Figura 5. Distribución de la muestra de figuras parentales por edad de sus hijos/as/es adolescentes trans	144
Figura 6. Distribución de la muestra de figuras parentales por identidad de género de sus hijos/as/es adolescentes trans.....	145
Figura 7. Distribución de la muestra de figuras parentales por edad.....	146
Figura 8. Distribución de la muestra de figuras parentales por identidad de género	147
Figura 9. Distribución de la muestra de adolescentes trans por nivel académico..	148
Figura 10. Distribución de la muestra de adolescentes trans por tipo de centro de estudios	148
Figura 11. Distribución de la muestra de figuras parentales por nivel académico de sus hijos/as/es adolescentes trans.....	149
Figura 12. Distribución de la muestra de figuras parentales por tipo de centro de académico en el que estudian sus hijos/as/es adolescentes trans.....	149
Figura 13. Distribución de la muestra de adolescentes trans por nivel académico de sus figuras parentales	150
Figura 14. Distribución de la muestra de figuras parentales por nivel académico .	150
Figura 15. Distribución de la muestra de adolescentes trans por ocupación laboral de sus figuras parentales	151
Figura 16. Distribución de la muestra de figuras parentales por ocupación laboral.	152
Figura 17. Distribución de la muestra de adolescentes trans por estado civil de sus figuras parentales	153
Figura 18. Distribución de la muestra de figuras parentales por estado civil	153
Figura 19. Distribución de la muestra de adolescentes trans por núcleo convivencial	154

Figura 20. Distribución de la muestra de figuras parentales por núcleo convivencial de sus hijos/as/es adolescentes trans.....	154
Figura 21. Distribución de la muestra de adolescentes trans por número de hermanos/as.....	155
Figura 22. Distribución de la muestra de adolescentes trans por orden de nacimiento entre sus hermanos/as	155
Figura 23. Distribución de la muestra de figuras parentales por número de hermanos/as de sus hijos/as/es adolescentes trans	156
Figura 24. Distribución de la muestra de figuras parentales por orden de nacimiento de sus hijos/as/es adolescentes trans.....	156
Figura 25. Distribución de la muestra de adolescentes trans por lugar de residencia (Comunidades Autónomas)	157
Figura 26. Distribución de la muestra de adolescentes trans por lugar de residencia (Provincias).....	158
Figura 27. Distribución de la muestra de figuras parentales por lugar de residencia (Comunidades Autónomas)	159
Figura 28. Distribución de la muestra de figuras parentales por lugar de residencia (Provincias).....	159
Figura 29. Distribución de la muestra de adolescentes trans por conocimientos previos sobre transexualidad	160
Figura 30. Distribución de la muestra de figuras parentales por conocimientos previos sobre transexualidad	161
Figura 31. Distribución de la muestra de adolescentes trans por conocimientos previos sobre infancias y adolescencias trans	162
Figura 32. Distribución de la muestra de figuras parentales por conocimientos previos sobre infancias y adolescencias trans	163
Figura 33. Distribución de la muestra de adolescentes trans por edad detección de la identidad de género trans.....	164
Figura 34. Distribución de la muestra de figuras parentales por edad que tenía su hijo/a/e cuando supieron que su identidad de género no coincidía con el sexo asignado al nacer	165
Figura 35. Distribución de la muestra de figuras parentales por verbalización incongruencia de género de su hijo/a/e adolescente trans.....	166
Figura 36. Distribución de la muestra de figuras parentales por reacción de sorpresa al saber que su hijo/a/e era una persona trans.....	167

Figura 37. Distribución de la muestra de adolescentes trans por principal fuente de información para saber qué era la identidad de género trans.....	169
Figura 38. Distribución de la muestra de figuras parentales por principal fuente de información para saber qué era la identidad de género trans.....	170
Figura 39. Distribución de la muestra de adolescentes trans por un profesional me ayudó a identificar mi identidad de género trans	171
Figura 40. Distribución de la muestra de figuras parentales por un profesional nos ayudó a identificar la identidad de género de nuestro/a/e hijo/a/e adolescente trans	172
Figura 41. Distribución de la muestra de adolescentes trans por profesional que te ayudó a identificar tu identidad de género sentida	172
Figura 42. Distribución de la muestra de figuras parentales por profesional que les ayudó a identificar la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans	173
Figura 43. Distribución de la muestra de adolescentes trans por si considera que existen beneficios de la detección precoz de la transexualidad	176
Figura 44. Distribución de la muestra de figuras parentales por si existen beneficios de la detección precoz de la transexualidad	177
Figura 45. Distribución de la muestra de adolescentes trans por expresión de la identidad de género sentida al darse que cuenta que no se identificaban con el sexo asignado al nacer.....	178
Figura 46. Distribución de la muestra de adolescentes trans por edad autodefinición como persona trans al entorno más cercano.....	179
Figura 47. Distribución de la muestra de adolescentes trans por expresión de la identidad de género en los diferentes contextos vitales	181
Figura 48. Distribución de la muestra de figuras parentales por expresión de la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans en sus diferentes contextos vitales	181
Figura 49. Distribución de la muestra de adolescentes trans por reacción del centro escolar al comunicar que eres una persona trans.....	182
Figura 50. Distribución de la muestra de figuras parentales por reacción del centro escolar al saber que su hijo/a/e era una persona trans	183
Figura 51. Distribución de la muestra de adolescentes trans por sentiste miedo al saber que eras una persona trans	185
Figura 52. Distribución de la muestra de figuras parentales por sintió miedo al saber que su hijo/a/e era una persona trans	186

Figura 53. Distribución de la muestra de adolescentes trans por tipos de miedos enfrentados al saber que eres una persona trans	186
Figura 54. Distribución de la muestra de figuras parentales por tipos de miedos a los que se tuvo que enfrentar al saber que su hijo/a/e es una persona trans	187
Figura 55. Distribución de la muestra de adolescentes trans por cambios experimentados al expresar la identidad de género sentida.....	188
Figura 56. Distribución de la muestra de figuras parentales por cambios observados en su hijo/a/e al expresar la identidad de género sentida	188
Figura 57. Distribución de la muestra de adolescentes trans por recibir tratamiento hormonal para la afirmación del género	189
Figura 58. Distribución de la muestra de figuras parentales por su hijo/a/e adolescente trans recibe tratamiento médico para la afirmación del género	190
Figura 59. Distribución de la muestra de adolescentes trans por existencia de motivos para retrasar la transición de género hacia la identidad de género manifestada	190
Figura 60. Distribución de la muestra de figuras parentales por existencia de motivos por los que su hijo/a/e adolescente trans ha tenido que retrasar la transición de género	192
Figura 61. Distribución de la muestra de figuras parentales por edad transición de género de su hijo/a/e adolescente trans	194
Figura 62. Distribución de la muestra de adolescentes trans por haber recibido acompañamiento psicológico durante la transición de género	195
Figura 63. Distribución de la muestra de adolescentes trans por existencia de beneficios del acompañamiento psicológico durante la transición de género.....	196
Figura 64. Distribución de la muestra de figuras parentales por considerar necesario el acompañamiento psicológico a adolescentes trans durante la transición de género	198
Figura 65. Distribución de la muestra de figuras parentales por si considera necesario el acompañamiento psicológico a figuras parentales con hijos/as/es adolescentes trans.....	202
Figura 66. Distribución de la muestra de adolescentes trans por valoración de la mejor atención asistencial recibida por parte de un profesional sanitario	204
Figura 67. Distribución de la muestra de figuras parentales por mejor atención asistencial recibida por parte de un profesional en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans	205

Figura 68. Distribución de la muestra de adolescentes trans por actitudes del profesional sanitario que mejor le ha atendido	206
Figura 69. Distribución de la muestra de figuras parentales por actitudes del profesional que mejor les ha atendido en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans	207
Figura 70. Distribución de la muestra de adolescentes trans por peor calidad asistencial recibida por parte de un profesional de la salud	208
Figura 71. Distribución de la muestra de figuras parentales por peor atención asistencial recibida por parte de un profesional en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans	208
Figura 72. Distribución de la muestra de adolescentes trans por actitudes por parte del profesional sanitario del que han recibido el trato más desfavorable.....	209
Figura 73. Distribución de la muestra de figuras parentales por actitudes del profesional que peor les ha atendido en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans	210
Figura 74. Distribución de la muestra de adolescentes trans por formación de profesionales sanitarios en Diversidad Sexual y de Género, en concreto en identidades trans	211
Figura 75. Distribución de la muestra de figuras parentales por formación en Diversidad Sexual y de Género por parte de profesionales sanitarios que les han atendido.....	211
Figura 76. Distribución de la muestra de adolescentes trans por estar recibiendo atención psicológica por cuestiones no relacionadas con la identidad de género .	212
Figura 77. Distribución de la muestra de figuras parentales en función de si su hijo/a/e adolescente trans recibe atención psicológica por parte de un profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con la identidad de género manifestada	213
Figura 78. Distribución de la muestra de adolescentes trans por período de tiempo que ha estado acudiendo a un profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con la identidad de género sentida	214
Figura 79. Distribución de la muestra de figuras parentales por el período de tiempo que ha estado acudiendo su hijo/a/e adolescente trans a un profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con la identidad de género	215
Figura 80. Distribución de la muestra de adolescentes trans por grado de satisfacción con el profesional de la psicología que le ha atendido por cuestiones no relacionadas con la identidad de género	215

Figura 81. Grado de satisfacción respecto al profesional de la psicología que ha atendido a su hijo/a/e adolescente trans por cuestiones no relacionadas con la identidad de género manifestada	216
Figura 82. Distribución de la muestra de adolescentes trans en relación a estar recibiendo atención psicológica por parte de un profesional de la psicología por cuestiones relacionadas con la identidad de género	217
Figura 83. Distribución de la muestra de figuras parentales que recibe atención psicológica por parte de un profesional de la psicología por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada por su hijo/a/e adolescente trans	217
Figura 84. Período de tiempo que lleva recibiendo atención psicológica por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada.....	218
Figura 85. Distribución de la muestra de figuras parentales por tiempo que está siendo atendido su hijo/a/e adolescente trans por un profesional de la psicología por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida	219
Figura 86. Distribución de la muestra de adolescentes trans por ámbito en el que ejerce el profesional de la psicología que te atiende por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada.....	220
Figura 87. Distribución de la muestra de figuras parentales por ámbito en el que ejerce el profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada.....	220
Figura 88. Distribución de la muestra de adolescentes trans por el profesional de la psicología que me atiende por mi identidad de género tiene suficiente formación en Diversidad Sexual y de Género.....	221
Figura 89. Distribución de la muestra de figuras parentales en relación a los conocimientos del profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida tiene suficiente formación en Diversidad Sexual y de Género	221
Figura 90. Distribución de la muestra de adolescentes trans por grado de satisfacción respecto al profesional de la psicología que le atiende por su identidad de género sentida	222
Figura 91. Distribución de la muestra de figuras parentales por grado de satisfacción en relación al profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e adolescente trans por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada	223

Figura 92. Distribución de la muestra de adolescentes trans por actitudes adecuadas del profesional de la psicología que me atiende por mi identidad de género	223
Figura 93. Distribución de la muestra de figuras parentales por las actitudes del profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada224	
Figura 94. Distribución de la muestra de adolescentes trans respecto a las actitudes del profesional de la psicología que le atiende por su identidad de género cuando no han sido adecuadas	225
Figura 95. Distribución de la muestra de figuras parentales respecto a las actitudes no adecuadas del profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada	226
Figura 96. Distribución de la muestra de adolescentes trans por contar con el apoyo de su familia.....	226
Figura 97. Distribución de la muestra de adolescentes trans por búsqueda de apoyo en otros adolescentes trans	228
Figura 98. Distribución de la muestra de figuras parentales por búsqueda de apoyo en otras familias con hijos/as/es adolescentes trans	229
Figura 99. Distribución de la muestra de adolescentes trans por método de búsqueda de apoyos en relación a la identidad de género manifestada	229
Figura 100. Distribución de la muestra de figuras parentales por método de búsqueda de apoyo en otras familias con hijos/as/es adolescentes trans	230
Figura 101. Distribución de la muestra de adolescentes trans por mayores apoyos en relación a la identidad de género sentida.....	231
Figura 102. Distribución de la muestra de figuras parentales por mayores apoyos en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans	232

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. El sexo desde un enfoque Biopsicosocial	35
Tabla 2. Modelo de Diversidad Sexogenérica	44
Tabla 3. Androginia psicológica como modelo de la salud mental	50
Tabla 4. Criterios diagnósticos de la Disforia de Género durante la infancia y la adolescencia (DSM-V)	70
Tabla 5. Criterios diagnósticos de otras manifestaciones de la disforia de género en el DSM-V	72
Tabla 6. Puntos clave para la despatologización de las personas trans en el ámbito sanitario	77
Tabla 7. Etapas transición anatómica adolescentes trans	92
Tabla 8. Asociaciones, entidades, ONGS y fundaciones LGTBIQ+ contactadas para el acceso a la muestra	124
Tabla 9. Preguntas entrevista adolescentes trans.....	136
Tabla 10. Preguntas entrevista figuras parentales	137
Tabla 11. Temporalidad en la recogida de datos	139
Tabla 12. Distribución de la muestra de adolescentes trans por edad e identidad de género (tabla cruzada).....	144
Tabla 13. Distribución de la muestra de figuras parentales por edad e identidad de género de sus hijos/as/es adolescentes trans (tabla cruzada)	146
Tabla 14. Distribución de la muestra de figuras parentales por edad e identidad de género (tabla cruzada)	147
Tabla 15. Lugar de residencia (Comunidad Autónoma) y Profesional que te ayudó a identificar tu identidad de género sentida (tabulación cruzada).....	174
Tabla 16. Distribución de la muestra de figuras parentales por lugar de residencia (Comunidad Autónoma) y Profesional que les ayudó a identificar la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans (tabulación cruzada)	175
Tabla 17. Distribución de la muestra de adolescentes trans por problemas que puso el centro escolar al comunicar que es una persona trans	184
Tabla 18. Distribución de la muestra de figuras parentales por reacción del centro escolar al saber que su hijo/a/e es una persona trans	185
Tabla 19. Distribución de la muestra de adolescentes trans por tipos de motivos para la retrasar la transición de género hacia la identidad de género manifestada	191

Tabla 20. Distribución de la muestra de adolescentes trans por tipos de motivos para la retrasar la transición de género hacia la identidad de género manifestada	193
Tabla 21. Distribución de la muestra de adolescentes trans por tipos de beneficios del acompañamiento psicológico durante la transición de género	197
Tabla 22. Distribución de la muestra de figuras parentales por tipos de beneficios del acompañamiento psicológico durante la transición de género	199
Tabla 23. Distribución de la muestra de adolescentes trans por aspectos de mejora en el acompañamiento psicológico a adolescentes trans	200
Tabla 24. Distribución de la muestra de figuras parentales por aspectos de mejora en el acompañamiento psicológico a adolescentes trans.....	201
Tabla 25. Distribución de la muestra de figuras parentales por aspectos de mejora en el acompañamiento psicológico a figuras parentales con hijos/as/es adolescentes trans.....	203
Tabla 26. Distribución de la muestra de adolescentes trans por Nivel académico FP1 (madres) y Apoyo Familiar (tabulación cruzada).....	227
Tabla 27. Distribución de la muestra de adolescentes trans por Nivel académico FP2 (padres) y Apoyo familiar (tabulación cruzada).....	228

Introducción

*“Nada en este mundo debe ser temido, solo entendido.
Ahora es el momento de entender más, para poder temer menos”.*
(Marie Curie 1867 - 1934)

La presente tesis doctoral constituye el resultado de un extenso proceso de desarrollo académico, personal y profesional, cuyo origen se remonta a la realización del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria. Durante dicho periodo formativo, surgió en la doctoranda una inquietud crítica en torno a la inclusión de la transexualidad y otras identidades de género no normativas en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM). Inicialmente, la doctoranda partía de un conocimiento limitado sobre la realidad de las personas trans, sin embargo, una vez obtenido el título de máster, inició un proceso de profundización teórica mediante la revisión bibliográfica, abordando la transexualidad desde múltiples perspectivas científicas como la medicina, psiquiatría, psicología y antropología entre otras.

A partir de este proceso formativo y reflexivo, la doctoranda consideró oportuno iniciar formalmente este proyecto de investigación, marcando así el comienzo de su trayectoria como investigadora. En una fase inicial, aún sin haber definido de manera precisa el objetivo central del estudio, optó por un acercamiento directo a la población trans adulta. Este contacto tuvo como finalidad explorar, desde las propias vivencias subjetivas de las personas trans, sus realidades, experiencias, demandas y necesidades específicas en el ámbito de la atención sanitaria y en concreto desde el campo de la psicología.

Tras este primer acercamiento, comenzaron a surgir interrogantes respecto al abordaje que recibe la población trans tanto por parte del sistema sanitario como de los propios profesionales de la salud. Esta reflexión evidenció la existencia de un conocimiento limitado e incluso carencias formativas, en torno a la diversidad sexual y de género por parte de algunos profesionales del ámbito asistencial. A partir del análisis de diversos estudios previos y del contacto inicial con esta realidad, surgió entonces el interés por focalizar la investigación en una población sobre la cual poseía un conocimiento más limitado: menores trans.

Conforme se fue delimitando el objeto de estudio de esta tesis doctoral, la doctoranda optó por centrar la investigación en población adolescente trans, considerando que se trataba de una población especialmente vulnerable en relación a la construcción de la identidad personal, en un periodo evolutivo crítico y determinante como es la adolescencia. En particular, decidió enfocar esta investigación en analizar el rol de profesionales de la psicología en la atención a población adolescente trans. Dado que la población objetivo de este estudio es menor de edad en su mayoría, resultaba inherente la necesidad de contar con el consentimiento y la colaboración de sus tutores legales. Por ello, la muestra de este trabajo de investigación está constituida por dos grupos de participantes: por un lado, adolescentes trans, y por otro, sus figuras parentales o tutores legales.

Durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, se utilizará la letra “x” al final de los sustantivos hijx o niñx de manera inclusiva de todas las identidades de género binario y no normativo. Aclarar, que la palabra “hijo” o la letra “e” al final de algunas palabras es utilizada por el colectivo trans, para legitimar la existencia de todas las personas con identidades de género no normativas.

La población adolescente trans es una minoría social cada vez más visible en nuestra sociedad. Como afirma la asociación de familias de menores transexuales Naizen, hasta hace muy pocos años la transexualidad infantil y adolescente (niños con vulva y niñas con pene), no solamente era una realidad invisible, sino que era inimaginable (Naizen.eus). Resulta alentador conocer una nueva generación en la que la identidad de género autopercebida es aceptada y respetada, aunque desafortunadamente no sucede lo mismo en otros muchos casos.

Cada vez es más frecuente hablar de menores transexuales entre profesionales de las ciencias de la salud, tanto en medicina como en psicología, debido al incipiente número de casos de menores transexuales que acuden a sus consultas, acompañados de sus familiares en búsqueda de información, asesoramiento, entendimiento y cobertura integral de sus necesidades sanitarias relacionadas con la identidad de género.

La identidad de género alude a la vivencia individual que cada persona realiza de su propio género acompañado del deseo de vivir y sentirse aceptado como miembro de dicho género. Por la tanto, durante la exposición de este trabajo, al hablar de identidad de género, se tendrá en cuenta un amplio espectro de vivencias del género que rompe

con los límites binarios socialmente establecidos, considerándose la existencia de tantas identidades de género como personas.

Asimismo, la identidad de género forma parte de la identidad personal y se conforma gracias a la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Supone un reto indagar sobre la identidad personal y en concreto sobre la identidad de género en adolescentes, ya que la adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo marcada por importantes cambios a nivel neurológico, cognitivo, emocional, fisiológico y social (Dumonttheil, 2015; Somerville et al., 2013).

Durante años se ha cuestionado que la identidad de género trans pudiera manifestarse durante la infancia y la adolescencia, incluso algunas investigaciones han llegado a afirmar que en la mayoría de los casos entre el 80% y 95% de niños prepuberales no seguirá experimentando lo mismo al alcanzar la adolescencia (Becerra et al., 2010). Considerándose, que la identidad trans manifestada durante la infancia y la adolescencia es algo pasajero o transitorio, que puede variar con la edad y, por tanto, no se ha de prestar demasiada atención a menores de edad trans por dicho motivo, pero la lucha por la visibilidad y legitimidad del propio colectivo evidencian lo contrario.

Esta tesis doctoral ha centrado su objeto de estudio concretamente en la población adolescente, debido a los importantes cambios tanto psíquicos como físicos que se producen durante este período evolutivo, y que adquieren especial importancia en las personas trans adolescentes. Se debe destacar, que en la etapa prepuberal comienzan a producirse importantes cambios que se evidencian durante la pubertad a nivel psicológico, físico y sexual. En ese momento, es cuando algunos jóvenes trans, toman una conciencia clara de disconformidad entre su identidad de género y sobre cómo se perciben a sí mismos y cómo les perciben los demás, consecuencia del incipiente desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, como el desarrollo de las mamas, cambios en el tono de la voz, crecimiento de vello facial y corporal, etc. (Martín et al., 2019).

Igualmente, la adolescencia se considera una etapa clave en el desarrollo de la salud mental. Los datos más recientes aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), advierten de que los trastornos mentales representan el 16% de enfermedades y lesiones a nivel mundial en población adolescente, siendo el suicidio la tercera causa de muerte de jóvenes entre los 15 y los 19 años de edad. Por este motivo,

resulta imprescindible la intervención de profesionales de la psicología con formación y experiencia suficiente en diversidad sexual y de género, en la resolución de dudas que puedan surgir sobre la diversidad sexual y de género de su hijo/a/e. Y favorecer de este modo, la reducción de los síntomas de ansiedad, estrés, angustia e incertidumbre que pudieran aparecer, siendo necesario en algunos casos, realizar el acompañamiento psicológico durante el proceso de duelo que puede darse, tras la pérdida de la identidad sexual del hijo o hija sobre el que las familias habían creado unas expectativas de futuro.

Un momento crucial en la vida de las personas adolescentes trans, es la transición hacia su identidad de género autopercebida, por ello, tenemos que tener en cuenta que la población adolescente trans se enfrenta a una doble transición, la transición de la infancia a la edad adulta y la transición social hacia su sexo sentido. En relación a ello, es muy importante que el tránsito por los diferentes géneros de los niñxs y adolescentes se realice en un entorno de respeto y aceptación, donde menores de edad puedan expresarse libremente y vivir de manera plena su propia identidad de género. Por ello, se requiere un trabajo multidisciplinar de profesionales sanitarios, concretamente especialistas de la medicina y la psicología, los cuales atienden a personas trans adolescentes y a sus familias, y trabajar para que la atención desde el área de la salud se realice de manera individualizada atendiendo a las demandas específicas de cada niñx o adolescente trans (García y Callejas, 2020).

La despatologización de las identidades trans en niñxs y adolescentes, no se manifiesta únicamente mediante su exclusión de los manuales diagnósticos o a través de una legislación que ampare sus derechos y necesidades, sino que se pretende ir más allá y entender que las personas trans pueden decidir sobre sí mismas, sobre su propia identidad personal (sexo y nombre propio) y sobre su propio cuerpo sin que se considere una cuestión etaria (Ravetllat et al., 2020).

Este trabajo de tesis doctoral trata de *examinar las características del acompañamiento psicológico recibido, según la experiencia personal de adolescentes trans y sus familias, al ser atendidos por profesionales de la psicología del ámbito sanitario, para poder establecer acciones de mejora*, con el fin de optimizar la calidad de la atención psicológica que se brinda, y ajustarla a las necesidades reales que presentan.

Este trabajo de investigación está conformado por términos y conceptos específicos de la materia objeto de estudio, y de los cuales se va a hacer uso durante todo su desarrollo.

Por ello, se hace necesario su aclaración para evitar posibles confusiones y un mejor entendimiento de los mismos, de forma clara e inequívoca. Con el fin de facilitar la comprensión del lector, se ha elaborado un glosario de términos y conceptos, el cual se encuentra en el Anexo I, titulado *Sin género de dudas*.

Respecto al empleo del término trans o transexual, decir que la transexualidad es una condición atribuible a algunas personas, por lo tanto, “el término transexual no debe ser utilizado como sustantivo sino como adjetivo precedido de los sustantivos: persona, hombre, mujer, niño o niña, evitando que se convierta en una etiqueta” (Eusko Jaurlaritzarez, 2016, p. 24). Al igual que sucede cuando se hace alusión a las distintas orientaciones sexuales, expresiones o identidades de género como transgénero, trans, género no binario, travesti, homosexual, heterosexual, etc.

En la estructura de esta tesis doctoral, vamos a encontrar una primera parte denominada *Marco Teórico y Conceptual* en la que se desarrolla la fundamentación teórica de este trabajo de investigación través de 4 capítulos. Y una segunda parte que corresponde a la denominada *Investigación de Campo*.

En el *Capítulo 1. Acercamiento a las identidades trans desde una perspectiva biopsicosocial*, se ha realizado una breve revisión histórica sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el fenómeno de la transexualidad, analizándolo desde múltiples enfoques científicos. Esto permite una mejor comprensión de la transexualidad dentro del ámbito de la psicología, tal como se concibe en la actualidad.

El *Capítulo 2. Construcción de las identidades trans adolescentes como categorías psicopatológicas*, se presenta un recorrido conceptual acerca de la incorporación y evolución del término transexualidad en los manuales diagnósticos de enfermedades mentales a lo largo de la historia, pasando desde marcos interpretativos adscritos a los Derechos Humanos, hasta la progresiva eliminación de las identidades trans como patologías dentro de dichos manuales. Todo ello con el propósito de invitar a la reflexión sobre las diversas formas en que las personas trans son vulneradas dentro del sistema de salud.

El *Capítulo 3. Atención psicomédica a adolescentes trans y sus familias*, examina la importancia del reconocimiento temprano de la identidad de género trans en niños, niñas

y adolescentes, así como su impacto en la salud mental. Se exploran los distintos tratamientos disponibles, tanto psicológicos como médicos, a los que puede acceder la juventud trans para llevar a cabo su proceso de afirmación de género. Además, se intenta mostrar cómo influye el proceso de transición de género tanto en las personas adolescentes trans como en sus entornos familiares. Finalmente, se aborda el estudio de las implicaciones éticas y legales que conlleva el tratamiento de la identidad de género trans en menores desde el ámbito sanitario.

Tras este recorrido bibliográfico llegamos a la segunda parte de esta tesis doctoral que comienza con el *Capítulo 4. Objetivos, Hipótesis y Metodología*, el cual describe el tipo de estudio realizado, clarificando sus objetivos e hipótesis planteadas, diseño y procedimiento de la investigación, muestra utilizada, así como, las técnicas e instrumentos utilizados para la recogida de datos e información y el procedimiento que se ha llevado a cabo para dicho fin.

En el *Capítulo 5* se exponen los resultados obtenidos en la investigación, que son posteriormente debatidos en el *Capítulo 6. Discusión y Conclusiones*, donde se analiza el cumplimiento del propósito de esta investigación y se plantean nuevas perspectivas para futuras investigaciones dejándose varias líneas abiertas. Por último, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

Esta tesis doctoral invita al debate académico y social en torno a las identidades trans en población adolescente, con el propósito de fomentar su visibilización en los distintos espacios sociales, educativos y sanitarios. Asimismo, busca contribuir a la naturalización de la diversidad de género como parte inherente de la experiencia humana, impulsar la despatologización de las identidades trans desde una perspectiva basada en los derechos humanos, y promover una mayor aceptación y reconocimiento social, reduciendo así el estigma, la discriminación y las barreras a las que se enfrentan las personas trans adolescentes en su vida cotidiana.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Capítulo 1: ACERCAMIENTO A LAS IDENTIDADES TRANS DESDE UNA PERSPECTIVA BIOPSICOSOCIAL

1.1. Antecedentes históricos

A lo largo del presente capítulo, se va a llevar a cabo un recorrido histórico que nos va a permitir analizar los diferentes factores de origen biológico, psicológico y social que componen el fenómeno de la transexualidad desde diferentes disciplinas como: las ciencias sociales, la filosofía, la medicina y la psicología, facilitando el entendimiento del fenómeno de la transexualidad en el campo de la psicología en la actualidad.

Para definir y entender la transexualidad, hay que tener en cuenta que no es una palabra con un significado estático y homogéneo, sino como se verá más adelante, el término transexualidad tal y como se conoce hoy en día surge a principios del siglo XX.

Las ciencias sociales como la sociología o la antropología, afirman que la existencia de personas que viven su realidad como persona transexual o transgénero, tiene su origen en el comienzo de la historia de la humanidad.

La transexualidad está presente en todas las culturas y en todos los momentos históricos, mostrando la diversidad en el ser humano a través de distintas formas de manifestación de la identidad de género. Incluso, algunas culturas consideran la transexualidad como un tercer género, aceptándose una vivencia del género que traspasa los límites binarios. A su vez, cada sociedad otorga unas características particulares a todas aquellas personas con identidades o expresiones del género no binarias, por ejemplo, las *hijras* de la India, las *fa'afafines* de la isla de Samoa, las *muxes* de México, las Vírgenes Juramentadas de los Balcanes, los *two-spirits* de los indígenas norteamericanos, las *takatapuis* maoris o las *kathoeys* tailandesas entre otras (Missé, 2014, p. 97).

A lo largo de la historia, encontramos documentos, relatos, manuscritos y representaciones artísticas que atestiguan el interés cultural y social por la diversidad sexual y de género en los seres humanos. Y en particular hacia la transexualidad, la intersexualidad o la variabilidad de género, a través de referencias mitológicas, deidades o personalidades relevantes de una determinada época.

En la mitología griega encontramos la figura de Troco o Hermafrodito, cuya representación escultórica podemos contemplar en el museo del Louvre (París) bajo el

seudónimo del Hermafrodita durmiente. La obra original data del s.II a.C. y en ella se observa la definición de caracteres sexuales masculinos y femeninos en un mismo cuerpo, considerándose una representación artística de la intersexualidad.

Por otro lado, destacamos la figura de Tiresias, deidad invidente con el don de la clarividencia. Este adivino sufrió metamorfosis y vivió como hombre y como mujer en distintos momentos de su vida, los dioses le pedían consejo al haber vivido ambos roles sexuales. En el caso concreto de Tiresias no se puede determinar, si se trató de un caso de transexualidad, ya que desconocemos si manifestaba disconformidad entre su sexo asignado y su identidad de género.

Asimismo, de la diosa Castalia se decía que “era comprensiva y accedía a los deseos de las almas femeninas encerradas en cuerpos masculinos” (Báez, 2015, p. 36). Como podemos observar en siglos atrás, ya se tenía en cuenta a personas cuya identidad de género difería de su sexo anatómico. Encontramos ejemplos mitológicos de variabilidad de género en la figura de las Amazonas, mujeres guerreras con rol masculino y Atalanta una mujer con habilidades para la caza.

De la antigua Roma, destaca el emperador Heliogábalo (203 – 222 d.C.), considerado el primer caso de una persona transexual conocida. Heliogábalo vestía con atuendo femenino y sentía la necesidad de someterse a un tratamiento quirúrgico de cambio de sexo, pero el escaso desarrollo tecnológico de la época no se lo permitió. En aquella época también aparecerían las Sacerdotisas Gallae, personas nacidas con cuerpo de varón que autocastraban sus genitales masculinos para decidir su propio género.

Del periodo histórico de la Edad Media, datan las representaciones de santas femeninas con barba, como por ejemplo Santa Wilgefortis también conocida como “la santa barbuda” que en ocasiones es confundida con Santa Librada perteneciente la diócesis de Sigüenza (Guadalajara) por su condición de mártires y vírgenes (Díaz, 2009). En algunas representaciones pictóricas y escultóricas Santa Wilgefortis aparece con vestidos y atributos femeninos y una frondosa barba.

Asimismo, no se puede olvidar a Juana de Arco, considerada una heroína de Francia que se travestía de varón para luchar en la batalla. Se puede considerar un ejemplo de persona que manifestaba variabilidad de género, ya que vestía y actuaba como un hombre. Desconocemos su identidad de género, por lo que podríamos estar hablando

de una persona trans. Resaltamos su valentía y recordamos que por aquel entonces estaba prohibido que una mujer vistiera con atuendo masculino.

En España, uno de los casos más conocidos fue el de Elena posteriormente llamado Eleno de Céspedes, quien nació en el siglo XVI en un pueblo de Granada, convirtiéndose en una de las primeras personas transexuales conocidas e importantes en España ya que fue considerado el primer cirujano transexual. Por otro lado, coetánea de la época se encontraría Catalina de Erauso, la cual rompió con el estereotipo femenino durante los siglos XVI y XVII. Catalina, también conocida como la “monja alférez”, nació en San Sebastián (Guipúzcoa) y fue una mujer con apariencia y comportamiento masculino, monja y militar.

Durante el siglo XVIII, apareció la figura del Caballero Eón (1728 – 1810). Eón poseía rasgos faciales femeninos y se vestía como una mujer, y es el primer caso conocido de travestismo. El término “eonismo” se puso en honor al Caballero Eón.

Entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX, destaca sin lugar a dudas la figura de Lili Elbe (Einar Mogens), el primer caso conocido de una mujer transexual en realizar un proceso de afirmación de género mediante tratamiento quirúrgico, proceso también conocido como cirugía de reasignación sexual (CRS). Su caso se popularizó gracias a la película “The Danish Girl” basada en la obra literaria de David Ebershoff (2001).

Como se puede observar, cada cultura y momento histórico otorga un significado diferente al término transexual con connotaciones positivas o negativas. Las personas se pueden identificar cómo se sienten y quiénes son, pero en ocasiones no son capaces de expresarlo con palabras debido a que no existe el término exacto para definirlo. Respecto a ello, muchas personas trans manifiestan que tardaron algún tiempo (incluso años) en poner nombre a su identidad de género, debido a que la palabra transexual no expresa una realidad o condición de ser única. Por lo tanto, a la hora de definir la transexualidad hay que tener en cuenta que existen tantas realidades en la vivencia del propio género como personas existen.

Como afirma Miquel Missé, activista trans: “las palabras son herramientas para comunicarnos, para pensarnos, para dar sentido a nuestra vida. Aun así, hace falta recordar siempre que nosotros no somos las palabras” (Missé, 2014, p.10).

1.2. Transexualidad una cuestión de sexo, género e identidad de género

“Sexo es lo que se ve, género es lo que se siente. La armonía entre ambos es esencial para la felicidad del ser humano.”

Harry Benjamín, 1976

La transexualidad es una cuestión de origen biológico con contenido psicosocial, en el que intervienen tres factores fundamentales: el sexo, el género y la identidad de género. A continuación, se abordarán dichos términos desde diferentes enfoques teóricos, pasando por las teorías *queer* y las teorías feministas, que abren paso al análisis sobre cómo se adquiere la identidad de género durante la infancia y la adolescencia.

1.2.1. Sexo vs. Género

Históricamente, el término sexo se ha relacionado con lo biológico, refiriéndose a los caracteres sexuados físicos y fisiológicos que categoriza y diferencia a los seres humanos como macho o hembra. A diferencia del término género, que se ha relacionado con las normas, ideas y comportamientos que cada sociedad establece para cada sexo asignándoles un valor y un significado. Gracias a importantes cambios socioculturales, dichos conceptos comienzan a entrelazarse y a dotarse de significado mutuamente, produciéndose una mayor aceptación social de las realidades sexuales no normativas como la transexualidad y el resto de identidades trans.

A mediados de los años cincuenta, aparecieron las primeras teorías feministas. La filósofa Simone de Beauvoir, fue una de las primeras personas en cuestionar el significado de ser mujer dentro de una sociedad. En su obra “El segundo sexo” (1949), de Beauvoir propone una concepción igualitaria de los seres humanos, donde la diferenciación sexual dicotómica no alteraba la igualdad de condición. Según Beauvoir (1989) “No se nace mujer: se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana” (p.87). Establece una clara distinción entre quienes somos y quienes llegamos a ser. Para la filósofa, el género es una construcción social, donde la masculinidad y la feminidad son constructos aprendidos, rechazando de este modo, el determinismo biológico como agente determinante de la identidad de género y de la posición social que se adquiere dentro una sociedad.

Hasta los años 60, los términos sexo y género se utilizaban indistintamente. A partir de 1955 John Money introduce en el campo de la psicología el término género y “papel/

“identidad o rol de género” para hacer referencia al comportamiento que es atribuido a hombres y mujeres en función del sexo (Aguilar, 2008; Fernández, 2010). El concepto propuesto por Money adquirió gran relevancia en aquella época, considerando que el género se adquiría mediante la influencia de factores socioculturales enfatizando la existencia de componentes psicológicos derivados de la diferenciación sexual.

Para el destacado psicoanalista y profesor en psiquiatra Robert J. Stoller, existía una clara distinción conceptual entre los términos sexo y género, estando influenciado el primero por aspectos biológicos y el segundo por aspectos psicosociales. Stoller introdujo el término género en la literatura científica en el año 1968, para el estudio del comportamiento de personas transexuales que acudían a su consulta manifestando una disconformidad entre su identidad sexual y sus genitales (Aguilar, 2008; Fernández, 2010).

En Aguilar (2008) y García (2017) encontramos que el sistema sexo-género, es un concepto teórico creado por el movimiento feminista de los años 70, para referirse a las relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres, que se han ido estableciendo a lo largo de la historia de la humanidad, en diferentes sociedades y culturas como consecuencia del androcentrismo en sus diversas manifestaciones. Las teorías feministas resaltan la diferenciación entre la construcciones culturales y sociales (modificable) de la biología (no modificable), con el propósito de desvincular el concepto sexo de lo innato, lo natural e inmutable (Torres, 2018). Asimismo, el género es entendido como una categoría relacional-subjetiva que permite analizar las relaciones de poder entre hombres y mujeres en función de lo que lo que culturalmente es aceptado como “natural” para cada sexo.

Por otro lado, para la filósofa Judith Butler (2007) los planteamientos dualistas donde se relaciona el sexo con lo natural (biológico) y el género con lo cultural (construido socialmente), resulta simple y reduccionista. Butler afirma que ambos conceptos son fruto de construcciones sociales.

Según Alda Facio (1996), jurista feminista y experta internacional en género y derechos humanos, la atribución de características que se realiza a cada sexo, no tendría graves consecuencias si las particularidades con las que se define a uno y otro sexo no tuvieran diferente valor y no legitimaran la subordinación de un sexo sobre otro. Actualmente, la supremacía sexual vigente en el imaginario colectivo, provoca relaciones de poder y situaciones de discriminación, violencia y estigmatización no solo del sexo masculino frente al femenino, sino de las personas cis frente a las personas trans, donde la unión

de ambos prejuicios provoca a día de hoy, que las mujeres trans sufran en mayor proporción las consecuencias de la transfobia social.

Asimismo, el género también puede ser entendido como “un conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986, p.97). Es por ello, que ante la dificultad planteada en torno al sistema sexo/género, Juan Fernández, escritor y profesor de Lengua y Literatura asegura que:

...el sexo ciertamente hunde sus raíces en lo “biológico” (modificable) a la par que muestra una evolución psicosocial (modificable), resultando como producto un sujeto necesariamente sexuado que ha de desarrollar (aprendiendo) su naturaleza biopsicosocial... Así pues, las dos realidades del sexo y del género son susceptibles de modificaciones y, para ambos, lo biológico y lo social se muestran en permanente y continua interacción. (Fernández, 1996, p. 37)

La conceptualización del sexo y el género como términos contrapuestos, surge desde las teorías feministas con la pretensión de romper con los mecanismos psicosociales patriarcales generadores de las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, que se aceptan y naturalizan debido al carácter biológico otorgado a la diferenciación sexual.

Esta nueva forma de entender la sexualidad, permite el cuestionamiento de las diferencias sociales existentes en relación a la pertenencia de uno u otro género, haciendo tambalear los cimientos del determinismo biológico. Como se puede observar, desde posiciones biologicistas se cuestiona la naturaleza de la identidad sexual en personas trans, frente a la certeza de los cuerpos sexuados.

En relación a ello, Marta Lamas, antropóloga y una de las feministas mexicanas más destacadas planteaba la siguiente cuestión: “¿Cuál es la verdadera diferencia entre los cuerpos sexuados y los seres socialmente construidos? La sexuación de los seres humanos produce una simbolización específica en cada cultura, y ésta tiene efectos en su imaginario” (Lamas, 2000, p.1). Este orden normativo en el que las culturas occidentales ordenan a los seres humanos en base a su sexo de nacimiento, instaura en el imaginario colectivo una regla impuesta de división y estratificación de los sexos y de los géneros, imponiendo la clasificación de las personas en un modelo binario de dos sexo y dos géneros, excluyendo la existencia de una amplia diversidad de identidades y realidades sexuales, que transgreden los esquemas normativos, como las identidades trans y la intersexualidad. Del mismo modo, no se definen los conceptos correctamente,

ya que ser hombre no significa tener características masculinas en su totalidad y no poseer rasgos femeninos, al igual que ocurre con las mujeres.

Tras el posicionamiento de las perspectivas feministas en torno al sistema sexo/género, surgió la teoría *queer* como base teórica de la disidencia sexual y la (de)construcción de las identidades sexuales estigmatizadas consideradas no normativas al transgredir los límites de la heteronormatividad (Fonseca y Quintero, 2009), como también afirman (Lameiras et al., 2013, p.15, citado en Beltrán, 2015, p.18):

Frente al rígido modelo de identidades normativas y hegemónicas -que construidas dentro del chaleco del género sólo dejan espacio para un modelo binarista en el que se reconocen exclusivamente dos categorías posibles: hombre-masculino-heterosexual versus mujer-femenina-heterosexual daremos paso a otras identidades también legítimas (intersexualidad, transexualidad, transgenerismo, lesbianismo y homosexualidad) que nos ayudarán a comprender el largo y complejo proceso que implica nuestra construcción como seres sexuados: plural, diverso y multifuncional.

Durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, se va a considerar que la diversidad de las identidades de género y orientaciones sexuales van más allá de las identidades normativas hegemónicas. Y la simbolización del sexo y el género, no tendrían lugar sin la existencia de personas socializadas que se identificasen y diferenciasen unas de otras, integrando esas diferencias y similitudes como parte de la propia identidad personal e identidad de género.

Para la filósofa y una de las teóricas que fundó la teoría *queer* Judith Butler, el sexo y el género son construcciones sociales a los que se les otorga un significado en función de las características heteronormativas ligadas al binarismo sexual, que se transmiten y perpetúan a lo largo del tiempo por repetición, impactando en la individualidad de cada una de las personas que forman parte de una sociedad. Por lo tanto:

Elegir un género es interpretar las normas de género recibidas de un modo tal que las reproduce y organiza de nuevo. Siendo menos que un acto de creación radial, el género es un proyecto tácito para renovar una historia cultural en los términos corpóreos de uno. No es una tarea prescriptiva que tengamos que empeñarnos en realizar, sino una tarea en la que estamos empeñados todo el tiempo. (Butler, 1990, p.4)

En castellano, el término género se utiliza como término taxonómico para clasificar y conocer el tipo, especie o clase al que pertenece alguien o algo. Según Marta Lamas “la nueva concepción de género se refiere al conjunto de representaciones, creencias, prácticas y prescripciones sociales que surgen entre los seres humanos en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre mujeres y hombres” (Lamas, 2000, p.3).

Actualmente, la concepción del binarismo de sexual y genérico está cambiando, gracias a la visibilidad y lucha por los derechos de las personas del colectivo LGTBI, favoreciéndose la modificación creencias y prejuicios instaurados en el imaginario colectivo durante décadas, a favor de la aceptación de la diversidad sexual y de género.

Los estudios de género se están llevando a cabo desde diferentes disciplinas teóricas como afirma Susana Gamba, licenciada en Ciencias de la Comunicación argentina:

El género es una categoría trans-disciplinaria, que desarrolla una perspectiva global, aludiendo a rasgos, funciones psicológicas y socioculturales que son atribuidas a cada sexo en cada sociedad y momento histórico. Por lo tanto, las elaboraciones históricas de los géneros definen sistemas de poder que de manera hegemónica establecen la existencia de conflictos sociales. (Gamba, 2011, p.2)

Distinguir sexo y género, permite entender que no hay nada de natural en los roles de género y las características se atribuyen a cada uno de los sexos, y por lo tanto, pueden ser transformados. En las diferentes culturas, la diferenciación sexual es la constante alrededor de la cual se organiza la sociedad. La dicotomía hombre/mujer como términos contrapuestos y mutuamente excluyentes establece la clave en los procesos de significación, instaurándose un proceso de simbolización en todos los aspectos vitales del ser humano en torno al género. Dicha simbolización cultural de la diferenciación anatómica establece un conjunto de ideas, prácticas y representaciones sociales que atribuyen conductas subjetivas y objetivas a las personas en función de su sexo (Lamas, 1995).

Desde determinados enfoques teóricos, hablar de sexo y género significa situarnos entre las dimensiones de lo biológico y lo social. En psicología, la Asociación Americana de Psicología (APA) realiza dicha distinción y define el género como:

Los atributos, las actividades, las conductas y los roles establecidos socialmente que una sociedad en particular considera apropiados para niños y hombres, o

niñas y mujeres. Estos influyen en la manera en que las personas actúan, interactúan y en cómo se sienten sobre sí mismas. Mientras que los aspectos del sexo biológico son similares entre las distintas culturas, los aspectos del género pueden resultar diferentes (APA, 2013a).

A lo largo de los años, diferentes disciplinas relacionadas con la salud, como son la medicina, la psiquiatría o la psicología, han considerado la transexualidad una dicotomía en sí misma en la que conviven lo biológico (el cuerpo) y lo social (identidad de género). Para Miquel Missé, no hay nada de biológico en ser una persona trans o ser una persona cis, ya que es una cuestión cultural que tiene que ver en cómo la sociedad ordena a los seres humanos, en base a que existe unas identidades asociadas a unos genitales, afirmando que:

Ser un chico o una chica no son esencias naturales, dependen de nuestra cultura, de nuestro lenguaje y de los mensajes que recibimos en la infancia en torno al cuál es nuestro grupo de referencia. De forma natural las personas al nacer no saben que son un hombre o una mujer: para saberlo necesitan vivir en una sociedad determinada. Una persona que nace con características sexuales de hembra no puede saber que su cuerpo pertenece a un grupo social que son las mujeres distinto al de los hombres si nadie se lo dice. (Missé, 2018, p. 47)

Según la OMS (2018), el sexo se refiere a las características biológicas que definen y diferencian a los seres humanos como hombre o mujer, pero no son mutuamente excluyente, ya que existen personas con características biológicas de ambos sexos, dándose la intersexualidad.

El fenómeno de la transexualidad es de carácter biopsicosocial, donde los términos sexo, género e identidad de género no son determinantes el uno del otro, pero sí está interrelacionados entre sí, es decir, nuestro cuerpo (sexo biológico) no es determinante de nuestra identidad (sexo psicológico) pero forma parte de ella, viéndose reflejada en nuestro comportamiento (sexo social). La tabla que a continuación se expone (tabla 1), recoge las diferentes acepciones del término sexo bajo este marco conceptual.

Tabla 1*El sexo desde un enfoque Biopsicosocial*

Tipo	Subtipo	Características
SEXO BIOLÓGICO	Sexo Anatómico	Clasificación por sexos según los rasgos corporales.
	Sexo Genital	Órganos externos del aparato reproductor: pene y escroto (masculino) o clítoris y vulva (femenino), así como, genitales diversos que no se ajustan al modelo de binarismo sexual.
	Sexo Hormonal	Sustancias químicas que son producidas por las gónadas o glándulas endocrinas (andrógenos o estrógenos).
	Sexo Gonadal	Gónadas sexuales: ovarios, testículos u otro tipo de variaciones que no se ajustan al modelo de binarismo sexual.
	Sexo Cromosómico	Cromosomas con información genética XY, XX, y otros tipos de variaciones cromosómicas menos comunes.
SEXO PSICOLÓGICO	Sexo Cerebral	Diferenciación sexual de la estructura cerebral.
	Identidad de Género	Como la persona se “autosexa”.
SEXO SOCIAL	Rol del Género	Comportamientos y características que la sociedad considera como propias de cada sexo.

En este trabajo de investigación, el género es entendido como un *continuum sexual* donde la dicotomía hombre/mujer desaparece y de manera implícita se incluyen las identidades y expresiones de género no normativas que se dan en los cuerpos sexuados de seres socialmente construidos, siendo la norma que características masculinas y femeninas estén presentes en una misma persona. El género se ve afectado por la individualidad y singularidad experiencial de las personas en relación a su propio sexo, por encima de la existencia una etiqueta con la que la persona pueda autodefinirse y sentirse identificada.

1.2.2. Identidad de género

A nivel psicológico, la identidad de género se considera la vivencia íntima y personal de cada ser humano como hombre, mujer, persona trans u otro. Y donde cada persona, vive, siente y expresa su identidad de género de manera única. Por lo tanto, lo correcto sería hablar en plural de masculinidades, feminidades, transexualidades, transgenerismos, géneros no binarios u otros.

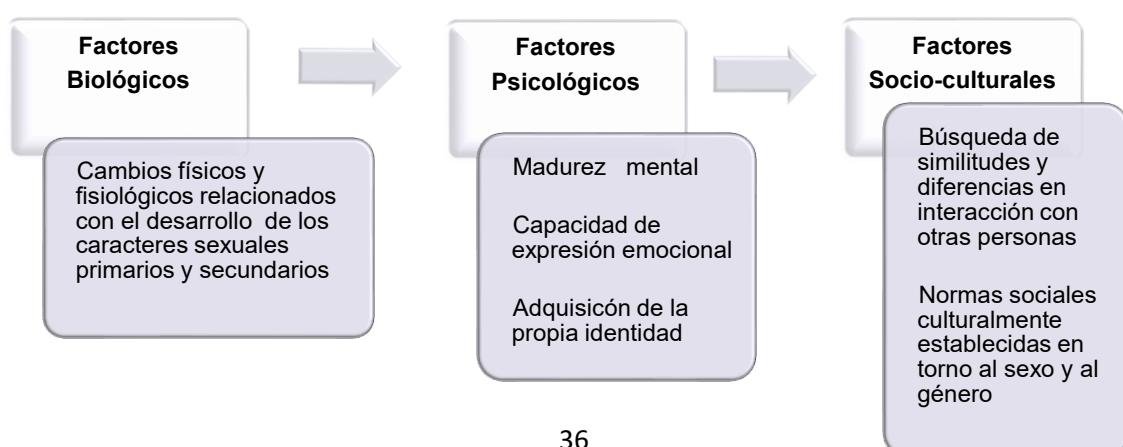
En el caso de que la persona se sienta identificada con el sexo asignado al nacer, se estaría haciendo referencia a una persona cis (cisexual o císgénero) y en el caso de la persona no se sintiera identificada con su sexo asignado, hablaríamos de persona trans.

Etimológicamente, el prefijo -cis, significa “a este lado” utilizándose como lo contrario del prefijo -trans “al otro lado” o “a través de”. El neologismo *zissexuell* (cisexual) fue utilizado por primera vez, por el psiquiatra y sexólogo Volkmar Sigusch en el año 1991 en el artículo *“Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick”* (“Los transexuales y nuestra visión nosomórfica”), para hacer referencia a las personas cuya identidad de género coincidía con su fenotipo sexual, en contraposición de las personas trans (Sigusch, 1991).

La identidad de género se ha estudiado desde diferentes enfoques teóricos. La psicología social tiene en cuenta la influencia sociocultural en el desarrollo de la identidad de género y la define como “el conjunto de sentimientos y pensamientos que tiene una persona en cuanto miembro de una categoría de género” (Carver et al., 2003). Así mismo, se puede entender como “la autoclasificación como hombre o mujer sobre la base de lo que culturalmente se entiende por hombre o mujer” (López, 1988). A continuación, en la figura 1 podemos observar los factores biopsicosociales que intervienen en la adquisición de la identidad de género.

Figura 1

Factores biopsicosociales que intervienen en la adquisición de la identidad de género



La conceptualización de identidad de género que más se ajusta al planteamiento del presente estudio de investigación, sería la propuesta por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que la define como:

La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la experimenta profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de técnicas médicas, quirúrgicas o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (ACNUDH, p.3)

La identidad de género forma parte de nuestra personalidad y define nuestra identidad personal, por lo tanto, los conceptos personalidad e identidad van unidos. No obstante, en sus orígenes, el término identidad se estudió desde la corriente psicoanalítica del “yo” como elemento constitutivo del individuo (Fernández, 2012).

Destaca el filósofo Soren Kierkegaard que bajo el seudónimo de Anti-Climacus publicó la obra “La enfermedad mortal” en el año 1849, en la cual planteaba que la desesperación en torno al “yo”, podía manifestarse de tres formas distintas: la desesperación de tener un yo, la desesperación de no querer ser uno mismo y el deseo desesperado de ser uno mismo. En el caso de las personas trans, la desesperación del yo propuesta por Kierkegaard adquiere gran significado, ya que algunas de ellas pueden manifestar un conflicto interno en relación a su propia identidad, es decir, el deseo de ser uno mismo (identidad de género sentida), la desesperación por tener un yo (experienciar en todos los contextos vitales la identidad de género sentida) y la desesperación de no querer ser uno mismo (identidad sexual manifestada en relación al sexo asignado).

En un principio, desde el campo de la psicología se utilizó el concepto de personalidad para definir y diferenciar lo “normal” de lo psicopatológico en relación a los trastornos de la personalidad. Sobre ello, se han construido las clasificaciones diagnósticas de enfermedades mentales DSM y CIE. En ellas, se evalúa a la persona en función de la manifestación de una sintomatología correspondiente a uno de los ejes diagnósticos, y posteriormente, se diagnostica si la persona padece o no un trastorno mental.

En el presente trabajo de investigación, el término personalidad se va a conceptualizar según la teoría del psicólogo Carl Rogers (1902-1987), enfatizándose la libertad y la autonomía de la persona (del paciente) en el desarrollo de su propia personalidad. Para

C. Rogers la propia identidad “quién soy” se conforma gradualmente a través la interacción de la persona con el ambiente. Para este psicólogo, la directividad, es decir, las normas, dogmas o mandatos sociales, educativos o psicoterapéuticos, son perjudiciales para el desarrollo de la personalidad del ser humano, durante la etapa infantil. Asimismo, Rogers afirma que ni el padre, ni el maestro, ni el terapeuta deben dirigir la conducta del niño o paciente, sólo deben “facilitarla”, esto es, poner las condiciones necesarias para que se desarrolle, y “El niño debe ser tratado como persona única, digna de respeto, con el derecho de evaluar su experiencia a su manera, con amplios poderes de elección autónoma” (Rogers, C. 1980, p. 19, citado en Reza, 2016, pp. 3-4).

Por lo tanto, la teoría de Carl Rogers se puede considerar precursora del rol del psicólogo en la atención a las personas trans y en concreto con población infantojuvenil. Este aspecto se abordará más adelante, profundizándose en la figura del psicólogo en la atención a personas adolescentes trans y sus familias, siendo uno de los objetivos principales del presente estudio de investigación.

1.2.2.1. Adquisición de la identidad género

El conocimiento sobre la adquisición de la conciencia de pertenencia a uno u otro sexo y cómo se manifiesta este rol, ha suscitado gran interés desde diferentes campos teóricos y en concreto desde la psicología evolutiva. Bajo este enfoque, se cuestionan los factores relacionados con el desarrollo de la identidad de género a medida que los niños y niñas van creciendo. Asimismo, se intenta dar respuesta al papel que desempeña el entorno social como la escuela, la familia o el medio sociocultural en la adquisición, desarrollo y expresión de la identidad de género (Freixas, 2012).

Por un lado, las teorías esencialistas defienden que las diferencias biológicas como: las hormonas, los genes o los componentes neurológicos, resultan determinantes en la adquisición del género. Por otro lado, las teorías ambientalistas afirman que el género es adquirido, fruto del aprendizaje social y la intervención de un estímulo, una respuesta y un comportamiento resultante. El refuerzo aumenta la probabilidad que determinada conducta asociada a los roles y estereotipos de género se repita, y el castigo que hace que disminuya la probabilidad de que la conducta se repita. Las teorías ambientalistas afirman que los niños y adolescentes aprenden expectativas sobre el género social, es decir, qué se espera de ellos por parte los adultos que les rodea en base al género (Rocha, 2009).

Desde el campo de la psicología, el estudio sobre el desarrollo la identidad de género es relativamente reciente, ya que nos remontamos a los últimos treinta años. Diferentes corrientes psicológicas como las psicoanalíticas, cognitivo-evolutivas y teorías del aprendizaje social (Freixas, 2012) destacan la importancia de los procesos psicológicos que intervienen en la construcción, mantenimiento y modificación de la identidad de género, así como la influencia del entorno social, en especial el entorno familiar (Rocha, 2009).

A continuación, nos centramos en la teoría cognitivo-evolutiva propuesta por Kolberg L. (1966) citado en (Freixas, 2012), en la cual, la aparición de determinados acontecimientos cognitivos marca el ingreso en la siguiente etapa de desarrollo. Estableciéndose las fases que intervienen en la adquisición de la identidad de género durante el desarrollo de la infancia y la adolescencia, propuestas por Kolberg L. & Ullian (1974), siendo las siguientes:

- 1- *Adquisición de la identidad de género* (alrededor de los 3 años de edad): en esta etapa, la identidad de género tiene lugar, a partir de la cognición de que mujeres y hombres son diferentes porque su anatomía es diferente. Adquiere gran importancia las diferencias en la apariencia física entre uno y otro sexo. Según Kohlberg, la identidad de género se adquiere alrededor de los tres años de edad, es decir, el etiquetaje y reconocimiento en uno u otro género se produce durante esta etapa. El desarrollo completo del propio género como un elemento no cambiante, se irá adquiriendo paulatinamente entre los dos y los siete años de edad (Freixas, 2012, p.157).
- 2- *Constancia e irreversibilidad de género* (entre los 7 y los 11 años): durante esta fase se adquiere la cognición de la inmutabilidad del género, es decir, el menor entiende que ciertas características de las personas no varían con independencia de cambios en la apariencia física (peinado, altura o vestimenta). En función de la adquisición de la estabilidad del género, los pequeños interiorizan estereotipos y roles sociales mediante la observación de la conducta de mujeres y hombres (Freixas, 2012, p.157).
- 3- *Capacidad para relativizar y criticar los contenidos asignados a los roles de género* (entre los 12 y los 19 años): a medida que se va produciendo una maduración a nivel intelectual, los menores van distinguiendo lo social de lo personal, produciéndose una mayor flexibilidad en relación a los estereotipos, actitudes sexuales y roles sociales (Freixas, 2012, p.158).

En el caso de algunos niños y adolescentes con identidades y expresiones de género no normativas, el entorno adulto castiga la conducta que manifiesta la identidad de género sentida, al no ser lo se espera de ellos, provocando la inhibición de la conducta y la represión de la propia identidad en menores trans. La psicóloga experta en desarrollo y género Carol N. Jacklin afirma que “los tiempos están cambiando, los cambios quizás se producen demasiado deprisa para algunas personas, pero el tiempo no corre suficientemente rápido para muchos niños y niñas constreñidos por sus roles de género hacia vidas por debajo de su plenitud” (Jacklin, 1989, p. 132)

Tras esta exposición, podemos observar cómo la expresión de género durante la infancia y adolescencia puede diferir de las normas sociales establecidas en relación al sexo asignado, produciéndose la “variabilidad de género o comportamiento género cruzado”. Hay que destacar, que la variabilidad de género no alude necesariamente a personas con identidades trans ya que también puede presentarse en personas cis.

En ocasiones los niños y adolescentes trans, ven cuestionada su identidad de género, por parte de quienes consideran que se trata de una etapa inestable y pasajera. Dicho cuestionamiento no sucede con menores cis. En relación a ello, encontramos el reciente estudio de Gülgöz et al. (2019), que compara el desarrollo del género en niños transgénero y cisgénero. Para ello, se contó con una muestra de 317 niños transgénero y 316 niños cisgénero con edades comprendidas entre los 3 y 12 años, afirmando que los niños y adolescentes transgénero se identificaban intensamente como miembros de su grupo de iguales actual, y mostraban comportamientos y preferencias típicos del género al que se sienten pertenecer y no al asignado al nacer. Asimismo, la identidad, preferencias y expresión del género en niñxs transgénero que habían realizado el tránsito social era coherente con su identidad de género actual y similar a la de niños/as cisgénero. Dicho estudio concluía, que la influencia del entorno (el sexo asignado en el nacimiento y la crianza de la familia en relación al sexo asignado), no siempre definían la expresión e identidad género al que sentía pertenecer la muestra de adolescentes trans.

1.3. Diversidad sexogenérica: diversidad de cuerpos, diversidad de géneros

“No hay dos性os, sino una multiplicidad de configuraciones genitales, hormonales, cromosómicas, genéticas, sexuales y sensuales. No hay verdad de género, de lo masculino y lo femenino, fuera de un conjunto de ficciones culturales normativas”.

(Preciado, 2008, p.178)

Según el filósofo Arnold I. Davidson (1987), es a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando se produjo un cambio epistemológico en el pensamiento médico respecto a la conceptualización del sexo. Hasta ese momento la evidencia sexual (hombre/mujer) se encontraba en los caracteres físicos y comenzaba a adquirir importancia la existencia de factores psicológicos, en la forma en que cada persona vivencia su sexo y su género, dando lugar a un nuevo campo de estudio que es la sexualidad (Soto, 2014).

La sexualidad es un concepto complejo que abarca múltiples componentes, y para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018a) se trataría de:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (p.3)

La diversidad sexual establece la variabilidad en la noción y significado de la sexualidad, y significa reconocer que “sexualidades, géneros y cuerpos no son realidades meramente biológicas y estáticas, sino que varían en función de la historia y de la sociedad” (Maddaleno y Landeira, 2015, p.14). Tanto el sexo (el cuerpo) como el género, son construcciones sociales dotadas de significados bajo el paradigma del binarismo sexual, donde se aceptan y valoran las identidades y cuerpos normativos, y se rechaza y castiga todo aquello que se aleja la norma, considerándose como algo “anormal”.

La diversidad sexual y de género también conocida como diversidad sexogenérica (DSG), es un término inclusivo que hace referencia a todas las orientaciones sexuales, identidades de género y diversidad de sexos. Y con ello, se reconocen como válidos y legítimos todos los cuerpos, sentimientos y maneras de ser y existir, con el único límite del respeto a los derechos de todas las personas. La diversidad sexogenérica hace referencia a:

Todas las posibilidades que tienen las personas de asumir, expresar y vivir la sexualidad, así como de asumir expresiones, preferencias u orientaciones, identidades sexuales y de género distintas en cada cultura y persona. Es el reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas. (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2016, p.18)

Se debe recordar que los derechos humanos, son derechos inherentes a todas las personas. En numerosas ocasiones la identidad de género y la orientación, como ocurre en el colectivo LGTBI se ve vulnerada, a través de la discriminación, desigualdad, violencia y estigmatización. Por ello, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), trabaja por la protección de todos sus derechos y en concreto, por la protección de todas las personas, sea cual sea su identidad de género y orientación sexual (ACNUDH, 2013).

La diversidad sexogenérica hace alusión, tanto a identidades genéricas normativas como no normativas entre las que se incluye a las personas trans, así como a todo “un amplio espectro de situaciones en las que el cuerpo sexuado de una persona varía de manera congénita respecto del modelo corporal “masculino/femenino” hegémónico”, (Maddaleno y Landeira 2015, p.22). Dicha variabilidad puede darse en genitales, gónadas y/o cromosomas entre otros factores, produciéndose la intersexualidad.

En los primeros estudios biomédicos que se realizaron sobre transexualidad e intersexualidad, se puede observar que la “variabilidad” era entendida como un error, anomalía o defecto que debe corregirse o curarse. En la actualidad, el término variabilidad se utiliza de manera inclusiva para hacer referencia a la diversidad de sexo, género u orientación sexual que puede darse en los seres humanos, como afirma la antropóloga social e investigadora María Alejandra Dellacasa (2017):

La creciente obsesión por localizar los antecedentes genéticos de ciertas enfermedades y padecimientos, de las capacidades diferentes y de comportamientos considerados poco convencionales, significa, en definitiva, que el saber basado en la medicina científica ha reforzado su control en la definición de los límites de la normalidad y la anormalidad y del apropiado funcionamiento y comportamiento del cuerpo humano. (p.18)

La intersexualidad define la condición de una persona que nace con una anatomía sexual que no se ajusta a los parámetros binarios establecidos como macho (hombre) o hembra (mujer), y que puede manifestarse durante la infancia, la pubertad o edad adulta, pudiéndose observar en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (sexo fenotípico). López y Calleja (2016) afirman que todavía no se ha demostrado que la variabilidad de los caracteres anatómicos esté relacionado con la disconformidad de la identidad sexual.

Desde diferentes corrientes teóricas, en concreto desde las teorías *queer*, se cuestiona el orden binario establecido entre el sexo, el género y el deseo sexual, interpuesto desde el ámbito sociocultural, político y sanitario. Según Judith Butler en su obra *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad* (2007):

Si por el momento presuponemos la estabilidad del sexo binario, no está claro que la construcción de «hombres» dará como resultado únicamente cuerpos masculinos o que las «mujeres» interpreten solo cuerpos femeninos. Además, aunque los sexos parezcan ser claramente binarios en su morfología y constitución (lo que tendrá que ponerse en duda), no hay ningún motivo para creer que también los géneros seguirán siendo solo dos. (p. 54)

Considerar la existencia única de dos性os y dos géneros, hace que el espacio entre ambas categorías se mantenga invisible. Por ello, para la filósofa y estudiosa del género Mónica Cano (2012) “el binarismo no refleja la diversidad sexual de la naturaleza. Las personas tienen unas combinaciones únicas de gónadas, hormonas, cromosomas, aparatos reproductores, y las asignaciones de sexo son sólo conjetas y reducciones” (Cano, 2012, p. 74).

Como se puede observar en la tabla 2 que a continuación se expone, se recoge un modelo de diversidad sexogenérica que puede darse en los seres humanos. Esta tabla, refleja la posibilidad establecer múltiples combinaciones entre el sexo, el género y la orientación sexual dando lugar a identidades, expresiones de género y orientaciones

sexuales que van más allá del modelo binario heteronormativo que sitúan a ambos extremos de un *continuum* sexual al hombre masculino y a la mujer femenina heterosexuales.

Tabla 2
Modelo de Diversidad Sexogenérica

Diversidad Sexogenérica					
CUERPO - SEXO	Genitales (sexo de asignación) Genes Hormonas Dimorfismo cerebral	MACHO	INTERSEXUAL	HEMBRA	IDENTIFICACIÓN CON EL SEXO Cisexual Transexual
GÉNERO	Características socioculturales	HOMBRE	IDENTIDADES TRANS (transexual, transgénero, género no binario, agénero, bigénero, etc.)	MUJER	IDENTIDAD DE GÉNERO
		MASCULINO	Andrógino Travestismo Género fluido (etc.)	FEMENINO	EXPRESIÓN DE GÉNERO
ORIENTACIÓN SEXOAFECTIVA	Deseo romántico, erótico	HETEROSEXUAL	HOMOSEXUAL BISEXUAL PANSEXUAL ASEXUAL (etc.)	HETEROSEXUAL	IDENTIDAD CON LA ORIENTACIÓN SEXUAL

Los términos transexualidad e intersexualidad hacen alusión a personas con cuerpos sexuados diversos, cuya identidad de género podrá coincidir con el sexo asignado en el caso de algunas personas intersexuales, y diferir o ser contraria en las personas trans. Por lo tanto, la diferenciación sexual binaria que se establece en los seres humanos incluso antes del nacimiento, en ocasiones son suposiciones erróneas de la verdadera identidad sexual. Para los autores Coll-Planas y Vidal (2016), la asignación del sexo/género a un bebé que todavía no ha nacido, hace que parezca más real o más humano. Sin embargo, cuando no se puede identificar el género de una persona, este hecho puede generar incertidumbre, miedo y rechazo hacia ella, ya que las personas necesitan clasificar para poder establecer el orden que conocen y de este modo sentirse seguras.

Se estima que alrededor de “1 de cada 100 nacimientos, presenta alguna diferencia en el desarrollo sexual y 1 de cada 2.000, presenta órganos genitales diversos que no

permiten su clasificación en niño o niña” (Coll-Planas y Vidal, 2016, p.64). Tal y como afirma la antropóloga Gayle Rubin (1989), “la variedad es una propiedad fundamental de toda forma de vida, desde los organismos biológicos más simples hasta las formaciones sociales humanas más complejas y, sin embargo, se supone que la sexualidad debe adaptarse a un modelo único” (p.23).

La representación gráfica realizada por la ilustradora Isa Vázquez, en cuya imagen aparecen dos mujeres una de ellas con un bebé, con el siguiente diálogo: “¿Es niño o niña?. A lo que, la mujer con el bebé responde: No sé, aún no sabe hablar”. (Platero, 2014, p.42). Nos recuerda que no se puede saber la identidad de género de un bebé hasta que adquiere la capacidad suficiente para expresarlo, en torno a los 2 o 3 años de edad, pudiendo ser masculina, femenina, trans o no binaria entre otros.

1.3.1. Etiología de la transexualidad

A día de hoy, conocer el origen y naturaleza de la transexualidad suscita gran interés y es objeto de debate y de controversia en diferentes ámbitos sociales y disciplinas teóricas.

En el plano científico, encontramos posiciones teóricas contrapuestas acerca de la etiología de la transexualidad, ya que algunas teorías lo atribuyen a causas biológicas en los procesos de sexuación prenatal, y otras a causas de origen psicosocial y cultural.

A principios de los años 90, aparecieron las primeras investigaciones relacionadas con el origen biológico de la identidad de género, afirmando que durante el período de gestación se produce la diferenciación del sexo cerebral, del sexo fenotípico y del sexo genotípico, cuyos factores aparecen recogidos en la Tabla 2: El sexo desde una perspectiva biopsicosocial expuesta anteriormente. Durante dicho proceso, puede producirse la variabilidad hormonal, genital y/o cromosómica, dando lugar a la transexualidad o la intersexualidad.

La investigación de Gooren et al., (1990) (citado en Chárriez, 2013), afirma que la liberación hormonal que se produce durante el período de gestación, determina la diferenciación sexual de los genitales del bebé, así como, la diferenciación sexual cerebral. En esta misma línea, los trabajos de Bao y Swaab (2011), Martínez et al. (2013) y Parra et al. (2009) aseguran que la identidad sexual viene determinada por nuestra estructura cerebral, en concreto, por el núcleo cama de la *stria terminalis* (BSTc) que se localiza en el hipotálamo.

Asimismo, para el médico y neurobiólogo Swaab (2007), la diferenciación sexual cerebral, genotípica y fenotípica tiene lugar durante el embarazo. Para el Dr. Swaab, durante los dos primeros meses de gestación tiene lugar la diferenciación del sexo genital y a partir de la segunda mitad del embarazo, comienza la diferenciación del sexo del cerebro (sexo psicológico). Además, puede ocurrir que la influencia hormonal en ambos procesos se lleve a cabo de manera independiente, dando lugar al fenómeno de la transexualidad.

Estudios recientes evidencian el origen biológico de las identidades de género no normativas (Saraswat et al., 2015). Para el director del Observatorio de Bioética Justo Aznar, la transexualidad tiene un origen biológico, fruto del desarrollo cerebral inusual que se produce durante el período de gestación, pudiéndose manifestar o atenuar debido a la influencia de factores ambientales, psicosociales y educacionales. Sin embargo, otros hallazgos científicos confirman que no existe un gen específico de la transexualidad (Aznar, 2016; López y Calleja, 2016).

1.3.1.1. Dimorfismo cerebral vs. cerebros mosaico

El avance de la neurociencia ha permitido el conocimiento morfológico y funcional del cerebro humano. Durante décadas, el estudio del dimorfismo cerebral y las diferencias comportamentales entre hombres y mujeres, ha suscitado gran interés desde diferentes disciplinas sirviendo como argumento científico para establecer y mantener las diferencias y desigualdades sociales entre hombres y mujeres. Respecto a ello, nos cuestionamos, en el caso de las personas con identidades de género no convencionales lo siguiente: ¿su estructura cerebral corresponde a la identidad sexual manifestada o al sexo anatómico? ¿existe dimorfismo cerebral o en realidad existen varios tipos de estructuras cerebrales?. Y por último, ¿podemos afirmar que la identidad de género tiene un origen biológico que viene determinada antes del nacimiento?.

A partir del siglo XIX, aparecieron los primeros estudios científicos sobre dimorfismo cerebral y desigualdades sociales ligadas al sexo. Al igual que la doctora Carolina Martínez Pulido desde este trabajo de investigación, se quiere hacer una especial mención a la neurocientífica de finales del siglo XIX, Helen Hamilton Gardener la cual se especializó en el estudio del cerebro humano, con el fin de demostrar de manera objetiva que la subversión que sufrían las mujeres era la consecuencia del sexismo científico existente entre los investigadores, y no a factores biológicos relacionados con la estructura y peso del cerebro. Algunos de sus hallazgos aparecen recogidos en su conocido ensayo “Sexo y cerebro” publicado en 1888. Para Gardener, la ciencia suponía la interpretación imparcial de resultados empíricos, y por ello, tuvo la generosidad de

donar su cerebro a la ciencia para que fuese analizado *post mortem* y de este modo, demostrar científicamente que el cerebro femenino no era inferior ni funcional y estructuralmente al cerebro masculino (Alonso, 2015; de Vera, 2018; Macho-Stadler, 2019).

El Dr. James Papez, fue la persona encargada de diseccionar y analizar el cerebro de la neurocientífica y tras su análisis, concluyó que en el cerebro de la neurocientífica Gardener, no se observaban diferencias significativas estructurales en comparación a un cerebro masculino. Y el Dr. Papez explicó, que los factores externos como el ambiente y la educación eran fundamentales para el desarrollo de las capacidades intelectuales. Hay que recordar que el cerebro de Gardener era el de una mujer científica con un desarrollo cognitivo superior al de muchos hombres de la época y como ella misma afirmaba, los logros conseguidos tanto por hombres como por mujeres, era una cuestión de oportunidades y no de aptitudes (de Vera, 2018; Macho-Stadler, 2019; Martínez, 2016; Papez, 1927).

Otra persona relevante en torno al tema fue la psicóloga y expresidenta de la Asociación Americana de Psicología Diane Halpern (1992), quien estudió las diferencias entre hombres y mujeres y consideró que las diferencias interindividuales relacionadas con el género no debían fomentar el sexismo, la inequidad y la discriminación, resaltando que era responsabilidad de los propios científicos determinar “¿Cuáles de las supuestas diferencias de sexo son tanto estadística como prácticamente significativas?” (Kennison, 2003, p. 375).

A finales de los años noventa, el grupo de investigación formado por los doctores Zhou et al. (1997), llevó a cabo el primer estudio sobre dimorfismo cerebral y transexualidad, afirmando que las personas trans poseen estructuras cerebrales que se asemejan a su sexo psicológico y no al de su sexo anatómico o genotípico (citado en Chárriez, 2013). Del mismo modo, estudios posteriores como los de López y Calleja (2016), muestran evidencias de signos de masculinización o feminización en la estructura cerebral de las personas trans acordes al dimorfismo sexual, cuyos rasgos relacionados con la identidad de género, se evidencian con tratamiento hormonal.

Asimismo, el equipo de psicobiología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (España) liderado por el catedrático de Psicobiología Antonio Guillamón, centró su estudio en el análisis de los elementos que estaban relacionados entre el dimorfismo cerebral y el comportamiento, afirmando que el cerebro de personas

transexuales antes de comenzar el tratamiento hormonal, era similar al sexo al que sienten pertenecer, no ocurriendo lo mismo con el resto de su cuerpo (UNED, 2011).

Cada vez, es más habitual encontrar en la literatura científica trabajos realizados por neurocientíficas de gran prestigio internacional afirmando que no existe un cerebro femenino y un cerebro masculino. Sobre ello, varias investigaciones apuntan hacia la androganía cerebral, destacando el reciente estudio “*Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic*” dirigido por la neurocientífica Daphna Joel y publicado en la prestigiosa revista *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS). Para dicho estudio, se analizaron más de 1.400 cerebros a través de técnicas de neuroimagen, concluyéndose que en realidad existen muchos tipos de cerebros siendo la norma los “cerebros mosaicos” y los cerebros con características únicamente masculinas o femeninas lo extraño (Joel et al., 2015; Joel y Vkhanski, 2020)

Uno de los trabajos más vanguardistas en neurociencia, es el de la catedrática en neuroimagen cognitiva, Gina Rippon quién publicó en el año 2020 su libro “El género y nuestros cerebros: La nueva neurociencia que rompe el mito del cerebro femenino”, en el cual se cuestiona el binarismo cerebral mediante la deconstrucción de falsos mitos que se han establecido culturalmente sobre hombres y mujeres (Rippon, 2020).

Para la psicóloga y neurocientífica Cordelia Fine (2013), la causa del dimorfismo cerebral es el neurosexismo de los trabajos científicos, es decir, en ocasiones la ciencia “echa mano” de estereotipos sexistas para solventar algunas lagunas del conocimiento relacionados con la actividad neuronal y la producción de fenómenos psicológicos complejos (Quijada, 2017). Por otro lado, la neurocientífica Lise Eliot, afirma que hombres y mujeres partimos de estructuras cerebrales similares y que las diferencias sexuales se producen durante nuestro desarrollo debido a la influencia del entorno y las experiencias (Campmany, 2021).

Desde las Ciencias de la Salud, se ha establecido un discurso con desafortunadas consecuencias, sobre el cuerpo y la identidad de género, con el objetivo de encontrar la causa y “el remedio” o “la cura” de la transexualidad (Missé, 2010). Lo biológico, el cuerpo (sexo anatómico), se considera lo natural dotándole de mayor valor frente a lo psicológico o socialmente construido (sexo psicológico). Este modo de entender la transexualidad se ha utilizado como argumento para patologizar dicha condición de ser. Como afirmó el sociólogo y activista trans Miquel Missé en una de sus entrevistas (Borraz, 2019): No hay nada de biológico en ser trans, como no hay nada de biológico

en ser mujer. Ya que tal y como se afirma desde las ciencias sociales, las teorías queer o las teorías feministas, el sexo y el género son construcciones sociales. Para Miquel M.:

Partir de la patología es partir de un paradigma equivocado, como también es erróneo buscar las causas biológicas de un fenómeno social. El problema de las personas trans no está su cuerpo sino fuera de él, está en todo lo que rodea el cuerpo y todos esos significados que hacen de un simple gesto un criterio clínico para definir si alguien es <<verdaderamente>> un hombre o una mujer". (Missé, 2010, p. 274)

A modo de conclusión, ni los estudios psicológicos, ni los biológicos ofrecen una explicación satisfactoria sobre la aparición de las identidades trans durante la infancia y la adolescencia. Tal y como afirma el psicólogo Lucas Platero:

Hoy por hoy no tenemos una respuesta a la pregunta de cuál es la causa de la transexualidad, pero sí sabemos que esta pregunta y sus posibles respuestas no nos ayudan a saber cómo mejorar la vida de las personas trans* y sus familias, cuestiones que resultan prioritarias. (Platero, 2014, p.36)

1.3.2. Androginia psicológica

Actualmente se observa cómo los roles sexuales están cambiando. A mediados de los años 70 la psicóloga Sandra R.L. Bem, introdujo el concepto de "rol sexual andrógino" para referirse a comportamientos masculinos y femeninos en una misma persona. Sandra Bem, es pionera en la defensa de la persona androgina como arquetipo humano de salud mental y su propuesta conceptual fue aceptada de manera muy positiva por otros investigadores. Para S. Bem existe una la relación directa entre la salud mental y androginia psicológica a través de la "flexibilidad o adaptabilidad comportamental", cualidad que únicamente puede ser asumida por personas con un rol sexual androgino, ya que su autoesquema no limita la conducta social en relación al sexo, con independencia de la aceptación social (Bem, 1975a; Bem, 1975b; Sebastián et. al, 1987).

El concepto "androginia psicológica" supuso la incorporación en el imaginario colectivo de una nueva concepción del género, rompiendo con la idea tradicional de las

diferencias entre hombres y mujeres, y permitiendo una mayor flexibilidad en el entendimiento de los roles de género (Freixas, 2012).

A día de hoy, el término androginia se utiliza en diversos contextos psicológicos y médicos. Asimismo, varios estudios afirman que el modelo de androginia psicológica tiene efectos positivos sobre la salud mental, considerándose de gran utilidad, para el diseño de estrategias en materia de prevención y promoción de la salud mental en relación al sexo, el género y la adaptación psicológica y social como se puede observar en la tabla 3 (Luna, 2003).

Tabla 3

Androginia psicológica como modelo de la salud mental

Androginia psicológica y salud mental
Las personas andróginas tienen mayor probabilidad de seleccionar el comportamiento adecuado que más se ajusta a cada situación (Caplan & Caplan, 1994)
Las personas con comportamiento androgino tienen mayor salud mental al desarrollar una mayor autoestima, un autoesquema positivo y mayor autoeficacia (Eichinger, J., 2000)
La androginia psicológica es un indicador de ajuste social en la edad adulta (Shifren & Bauserman, 1996)
Las personas andróginas y masculinas puntúan más alto en autoestima que las personas con rasgos femeninos (Stake & Smalley, 1996)
Las personas con rol androgino poseen un repertorio más amplio de comportamientos permitiendo una mayor flexibilidad en el funcionamiento global, facilitando la adaptación a diferentes contextos (Smith, 1998)
Las personas andróginas tienen una mayor percepción de buena calidad de vida las que presentan un rol masculino o femenino (Whitely, 1985)
Las personas andróginas o masculinas presentan una imagen corporal más positiva del cuerpo y se muestran más satisfechos con su sexualidad, respecto a las personas femeninas (Kimlicka et al., 1983 y Hsu, 1987)

Fuente: Luna (2003)

1.3.3. Adolescencias LGTBIQ+

La adolescencia es la etapa vital en la cual se producen los mayores cambios físicos y psicológicos en el desarrollo evolutivo de los seres humanos como ya se comentó al comienzo de este trabajo de investigación. Durante la pubertad, se producen cambios que afectan a todos los órganos destacando el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Los cambios físicos que tienen lugar durante esta etapa “van acompañados de una maduración cerebral y de cambios psíquicos que desembocan en la adquisición de la personalidad adulta, siendo al final de la pubertad, cuando el cuerpo alcanza su forma y tamaño definitivos” (SAMFyC, 2015, p. 5).

En el presente estudio, la adolescencia se va a considerar “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (OMS, s.f.). Y en este periodo se va a diferenciar la adolescencia temprana, que se sitúa entre los 10 y los 14 años y la adolescencia tardía, entre los 15 y los 19 años (Beltrán et al., 2015).

En el caso de la población adolescentes trans, el período evolutivo en el que se encuentran inmersos adquiere una especial importancia, ya que el desarrollo madurativo anatómico hace visible una identidad sexual con la que no se identifican, provocando en algunos adolescentes trans malestar o disconformidad, que es lo que se conoce en el campo de la psicología como “disforia”, hacia determinadas partes del cuerpo como son los caracteres sexuales secundarios: mamas, genitales, crecimiento del vello facial y/o corporal, nuez de adán, etc.

También en este trabajo de investigación se va a hablar de “adolescencias en plural, ya que supone entender que se parte de una posición multicausal del periodo evolutivo adolescente, en el que se da el entrecruzamiento de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales” (Beltrán et al., 2015, p.12). Asimismo, se emplea el plural para indicar la singularidad y diversidad que se produce en la construcción de las diferentes experiencias vitales de las personas adolescentes.

Durante la adolescencia, se produce el desarrollo de la sexualidad, donde la persona comienza a experimentar “una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros” (APA, 2013b). Según la OMS (2018), la orientación sexual abarca una serie de factores psicológicos, biológicos y ambientales, pero hay que destacar que sentir atracción erótica hacia una persona del mismo sexo no significa necesariamente que la persona sea homosexual, y por el contrario, sentir atracción por personas del sexo opuesto no significa que la persona sea heterosexual. Siendo frecuente que

adolescentes se sientan atraídos por personas de su mismo sexo y del sexo opuesto. Por lo tanto, adolescentes con sexo o género no normativo son adolescentes que se incluyen dentro del colectivo LGTBIQ+ (lesbiana, gay, transexual, intersexual, queer y + otro).

En el caso de las personas trans, la orientación sexual se define en función de su identidad de género y no por su identidad sexual asignada al nacer, así como por el género de las personas por la que se siente atracción sexual.

Cada vez es más frecuente hablar de diversidad sexual y de género lo que significa, que se están rompiendo los límites estereotipados del binarismo sexual hombre o mujer o de las orientaciones sexuales heterosexual, homosexual o bisexual. A modo de ejemplo, mencionar que en una de las redes sociales más utilizadas a nivel mundial *Facebook* al generar un perfil personal se incluyen más de 50 tipos de identidades sexuales.

Asimismo, la macroencuesta que se ha llevado a cabo recientemente en 2019 por *The Trevor Project*, se incluyeron a jóvenes de más de 100 identidades de género y 100 orientaciones sexuales de los 50 estados de los EEUU. Sin embargo, a día de hoy, los datos reflejan que gran parte de los jóvenes LGTBIQ+ sufren discriminación, acoso y/o amenazas físicas debido a su identidad de género u orientación sexual, viéndose mermada considerablemente su salud física y psicológica, y presentando intentos autolíticos, sentimientos y pensamientos de desesperanza, tristeza y síntomas de ansiedad entre otros (The Trevor Project, 2019).

La diversidad sexogenérica insta a replantear el significado socialmente establecido que gira en torno a los conceptos sexo y género. Y en base a ello, se plantean las siguientes cuestiones: ¿qué significa ser un hombre o una mujer de verdad?; ¿qué define el límite entre uno u otro género?; ¿qué significa ser transexual?; ¿existe la verdadera persona transexual?; ¿qué características hacen que una persona sea más auténtica en su propio género?; ¿el género se puede medir o cuantificar?; ¿existe un único género? o ¿existen géneros infinitos? Respecto a ello, Michael Foucault plantea “¿Tenemos verdaderamente necesidad de un verdadero sexo?” (citado en Fernández, 2007, p.64).

Para dar respuesta a todas estas dudas, el presente trabajo de investigación se posiciona bajo la conceptualización de la diversidad sexual, que traspasa los estándares socialmente establecidos y considerando que la individualidad y diversidad inherente al ser humano, es la norma. Por lo tanto, existen tantos tipos de cuerpos y sexos como personas, donde los límites de los estándares y normatividades en relación al sexo y al género se difuminan, ya que no son un reflejo de la realidad experiencial de cada ser

humano. En base a ello, Maddaleno y Landeira (2015), plantean: “¿en qué formas las personas se sienten definidas por su cuerpo? ¿Y en qué otras intervienen sobre él? ¿Qué es un cuerpo “normal”? ¿Y una vida “normal”?” (p.11).

Para aclarar dichas dudas, hay que posicionarse bajo la perspectiva de lo particular, es decir, en el modo en que cada persona vivencia el cuerpo y la sexualidad de manera íntima y personal, bajo el constreñimiento de unas normas sociales binarias sexistas. Según las autoras Silvina Maddaleno y Paz Landeira (2015):

El cuerpo y la sexualidad, desde el punto de vista de las experiencias, producen subjetividad, formas particulares de vincularse con el mundo y con las otras personas, y conocimiento. Analizar la diversidad corporal permite explicitar y desnaturalizar las normas sociales que instauran y reproducen cuáles son los cuerpos deseables, válidos y legítimos. (p.19)

1.3.4. El cuerpo y las personas trans adolescentes

“No se puede saber la identidad de género de una persona con solo mirarla, para saberlo hay que preguntárselo”

Mikele Grande (adolescente trans)

La identidad de género es un constructo subjetivo, únicamente definible por la propia persona. En el caso de las personas trans, cuya identidad de género difiere de su sexo asignado en el nacimiento, la relación con su cuerpo resulta de gran interés por parte de profesionales de la salud. Desde diferentes enfoques teóricos, se han construido toda una serie de tópicos, falsos mitos y creencias, como por ejemplo: “la transexualidad es un trastorno mental”; “todas las personas trans se someten a un tratamiento hormonal y quirúrgico” o “las personas trans están atrapadas en un cuerpo equivocado”. Miquel Missé (2019) realiza la siguiente reflexión:

Todo el mundo que nos rodea modifica su cuerpo para sentirse mejor en mayor o menor medida, así que no se trata de sentirse culpable por hacerlo. Se trata de volver al origen de las razones que nos empujaron a tomar esas decisiones, sentarnos frente a frente con la idea de que nacimos con un cuerpo equivocado y decirle: BASTA. Nuestros cuerpos están bien, el problema es cómo se interpretan las partes de nuestro cuerpo en una sociedad como la nuestra, los significados y las connotaciones que tiene. Y debido a eso, por desgracia, posiblemente mucha gente necesitemos modificarlos. (p. 166)

Desde el campo de la psicología se afirma que la disforia de género que pueden llegar a experimentar algunas personas trans, manifestando rechazo o incomodidad hacia su propio cuerpo (sexo asignado en el nacimiento), es la consecuencia del padecimiento de reacciones sociales tránsfobas. Miquel Missé en su obra “A la conquista del cuerpo equivocado” expone la relación que ha ido estableciendo a lo largo de los años con su propio cuerpo como persona trans:

Nos han robado la posibilidad de vivir el cuerpo de otra forma, que se nos ha impuesto una interpretación única sobre algunas de sus partes. Me refiero que para explicar nuestro malestar se nos ha dicho que no deberíamos haber nacido en este cuerpo pero que podemos lograr el adecuado con tratamientos hormonales y algunas intervenciones quirúrgicas. (Missé, 2019, p.11)

Hay que señalar, que no todas las personas trans necesitan llevar a cabo modificaciones corporales o realizar el tránsito hacia a su “identidad sexual manifestada” porque se sienten cómodxs con su cuerpo tal y como es, es decir, no todas las personas trans demandan tratamiento hormonal y/o cirugía genital, y no por ello, dejan de ser personas trans.

A su vez, existen personas trans que sí sienten la necesidad de modificar su cuerpo para hacerlos corresponder con su identidad de género, porque “se sienten (hombre o mujer), pero no se ven como tal, necesitan verse para sentirse y que los demás también lxs vean”. La mayoría de sus esfuerzos están dirigidos a que “los demás lxs vean como ellxs se sienten” (Fernández y García, 2012, p.114).

Tal y como afirma Lucas Platero (2014), “es importante recordar que las personas trans son tan diversas como las personas que no lo son” (p.45). Un ejemplo de ello, es la experiencia vital de Nova Bastante como mujer trans y la relación con su cuerpo, quien declaró en una de sus entrevistas en la presentación de su libro autobiográfico Nova: de niño a mujer. La “fisna” del colectivo en 2019, lo siguiente:

Yo soy mujer, tengo pene, y lo puedo decir tranquilamente [...]. Creo que es bueno que aceptemos los cuerpos y que no se siga cayendo en ese estereotipo de que una persona Trans tiene obligatoriamente la necesidad de pasar por quirófano. Creo que es vital destacarlo para que aquellas personas que se encuentran en una situación similar no se sientan solas, y se entienda que existimos mujeres de todas las formas, y en este caso, con pene. Se debe naturalizar y no esconderlo. (Arco, 2019)

Como se ha comentado, las personas trans pueden querer o no, llevar a cabo modificaciones corporales en base a su identidad sexual manifestada, distinguiéndose la transexualidad del transgenerismo. Las personas transgénero, son aquellas cuya expresión o identidad de género no coincide con las expectativas sociales prototípicas de su sexo y género asignado en el nacimiento, y pueden no querer realizar modificaciones en su cuerpo mediante tratamiento hormonal y/o quirúrgico. Sin embargo, las personas transexuales son aquellas cuya identidad de género no coincide con su sexo asignado, y suelen querer someterse a modificaciones corporales para que desaparezca dicha discordancia. Las propias personas trans son las únicas que pueden autodefinir su propio género, con uno de estos dos términos u otro. Respecto a ello, se debe destacar la importancia del “*passing*” en las personas trans.

Desde el campo de la sociología, el término *passing* se considera la capacidad de una persona para ser considerada como miembro de un grupo o categoría de identidad distinto al suyo, como puede ser la identidad de género, orientación sexual, etnia, religión, clase social o diversidad funcional. El *passing* está relacionado con la aceptación social frente a la exclusión, discriminación o estigmatización. En el caso de las personas trans, el *passing* supone ser reconocidxs como personas de un género determinado, convirtiéndose este reconocimiento en el locus de lucha cotidiana, que está directamente relacionado con la discriminación experimentada (Guzmán y Platero, 2012).

El *passing* también se entiende como “pasar desapercibido”, supone tener beneficios a nivel social, pero a su vez conlleva una serie de costes. En el caso de las personas trans, el *passing* significa reconocer la identidad de género de la persona nada más verla y no en función de su sexo asignado en el nacimiento. Para conseguirlo, es común adoptar hábitos, estereotipos o vestimentas del género en cuestión. Por ello, algunas personas trans utilizan vendas compresoras (*binders*) para ocultar las mamas, prótesis (de pene o mamas) según el género sentido, o pueden ingeníárselas de cualquier otro modo, donde el cuerpo sufre las opresoras consecuencias.

Tanto las personas trans como las personas cis no tienen que parecer o demostrar ser más hombre o más mujer para merecer respeto y aceptación social, y como estamos viendo durante el desarrollo de este marco teórico, significa cumplir con los estereotipos y roles de género socialmente establecidos.

Según M. Missé, nuestro aspecto y nuestro cuerpo no debería estar determinado por las exigencias sociales, donde se establecen unos prototipos y cánones estéticos que

no se ajustan a la realidad y diversidad corporal de cada ser humano, provocando que muchos jóvenes adquieran una percepción de negativa de sí mismos, rechazando o sintiendo aversión hacia su propio cuerpo. Todo ello va en detrimento de su salud mental, viéndose reflejada en una baja autoestima, aislamiento social o intentos autolíticos entre otros, de manera alarmante, en población adolescente trans. Missé (2019), asegura que:

El riesgo de suicidio no disminuye tanto al iniciar tratamientos médicos porque el odio hacia el propio cuerpo o hacia uno mismo es algo mucho más profundo, no está en la piel ni en los órganos. El cambio corporal no lo es todo, no resuelve todos los malestares, no otorga una nueva vida. Existen adolescentes trans con un passing indiscutible que también arrastran consigo tentativas de suicidio porque se siguen sintiendo aisladxs o incomprendidxs. Porque ¿de qué sirve pasar desapercibido si uno se siente igualmente aislado, raro, derrotado o deprimido?. El cuerpo es el lugar en el que se expresa el malestar, pero no es la fuente del malestar trans. (p. 119)

Profesionales de la salud mental, tienen la labor de acompañar psicológicamente a todas las personas trans que quieran llevar a cabo la transición hacia su identidad de género manifestada, bien sea a través la transición social, la transición médica o ambas.

Hay que tener en cuenta, que en algunos casos las modificaciones corporales no eliminan el malestar psicológico que algunas personas trans sienten hacia su propio cuerpo. Como explica M. Missé el cuerpo es donde se focaliza o proyecta el malestar, pero no es lo que lo está provocando. Por lo tanto, el trabajo psicoterapéutico debería estar encaminado hacia la afirmación del género y la dotación de herramientas psicológicas y estrategias cognitivas para el afrontamiento de la transfobia social experimentada, que en la mayoría de las personas trans es la verdadera fuente de malestar psicológico experimentado hacia el propio cuerpo.

Por otro lado, el passing en la población adolescente trans, adquiere gran importancia debido a la vulnerabilidad psicológica del propio período evolutivo, que está marcado por la búsqueda de la identidad, la aceptación social entre el grupo de iguales, el comienzo de la pubertad, y el desarrollo de caracteres sexuales secundarios que comienzan a hacerse visibles ante los demás.

Hay que decir, que los niños y adolescentes trans no tienen ningún problema, no hay nada que modificar, salvo la transfobia social. Manifestar que una persona “no es un niño con cuerpo de niña; no es una niña con cuerpo de niño. Es un niño transexual con

su propio cuerpo; es una niña transexual con el suyo” (Gavilán, 2016, p. 41). Si desde diferentes campos como la psicología, la medicina o la educación se normalizase y valorase por igual la existencia de cuerpos diversos e identidades de género no binarias de las que no lo son, posiblemente muchas personas trans no sentirían la necesidad de someterse a modificaciones corporales para “ajustar” sus cuerpos a los cánones binarios establecidos en torno al sexo y el género, para sentirse aceptadas y respetadas por los demás.

Desde el activismo trans, bajo el lema “la incongruencia no está en el cuerpo, está en tu mirada” se reivindica la visibilidad, valoración y aceptación de los cuerpos diversos e identidades de género no binarias. Para los activistas trans Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (2010a):

“Ser” una persona transexual o transgénero es solicitar de un cierto modo, pedir ser mirado, mirada o miradx y ser tratado, tratada o tratadx como alguien que pertenece a un género particular, pero también, y con la misma importancia, es reivindicar ser tratado, tratada o tratadx con dignidad y respeto”. (p.11)

Por otro lado, la población adolescente tiende a hacia la imitación de sus referentes en la construcción de su propia identidad, pero en el caso de adolescentes trans existen poco referentes trans visibles en los que fijarse, que les ayude a vivenciar su desarrollo evolutivo con libertad plena. Según Missé (2019), no se debería transmitir el mensaje de que para eliminar el malestar experimentado hacia el propio cuerpo es necesario adoptar los estereotipos masculino o femenino establecidos socialmente (como persona cis) y para lograrlo, el único camino es el de los tratamientos hormonales y/o quirúrgicos. Como afirma Miquel Missé (2019), desde su propia experiencia personal:

...el impacto de la transfobia sobre alguien que ha huido a toda cosa de parecer trans es bastante más potente que sobre quien se ha reconciliado con su diversidad. Alguien tiene que decirles a estas personitas que parecer trans está bien y que muchas personas parecen trans y son muy felices. Los niños y niñas trans deberían proyectarse como adultos mirándose en el espejo trans y no el espejo cis. Porque son trans. (p. 114)

Capítulo 2: CONSTRUCCIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS ADOLESCENTES COMO CATEGORÍAS PSICOPATOLÓGICAS

2.1. Transexualidad como objeto de estudio

En la última década, el estudio de “lo trans” se ha visto incrementado desde diferentes ámbitos académicos, especialmente desde el campo la psicología. En la exposición del presente capítulo se llevará a cabo, un recorrido por diferentes enfoques, que abarcarán desde la hermenéutica que realiza la distinción entre el cuerpo y la mente, pasando por marcos interpretativos adscritos a los Derechos Humanos, hasta llegar a la despatologización de las identidades trans y su exclusión de los manuales diagnósticos de enfermedades mentales. Todo ello, con la intención de disminuir las formas en que dicha población, de manera sistemática, es violentada incluso desde el ámbito de la salud (Soto, 2014).

Por esta razón, se realizará un recorrido por la literatura médica y psicológica que precede y a su vez condiciona, el uso actual del término transexualidad. Asimismo, se abordarán las sucesivas transformaciones de las que ha sido objeto, especialmente en el campo de la psiquiatría y la psicología (Dellacasa, 2017).

Se debe tener en cuenta, tal y como afirmaba Ludwik Fleck (1986) en su obra *La génesis y desarrollo de un hecho científico*, que “en la investigación no hay errores absolutos como verdades absolutas, lo válido es descubrir la manera cómo se construyeron tales conceptos” (Fleck, 1986, en Acevedo, 2001, p. 44). Así pues, analizaremos los discursos que se han creado en torno a la transexualidad como un hecho científico, entendido como “la imposición de un nuevo estilo de pensamiento defendido por las comunidades científicas y construido a partir del saber previo de muchos experimentos logrados y fracasados y de diversas adaptaciones y transformaciones conceptuales y procedimentales” (Acevedo, 2001, p.45).

En esta misma línea, es necesario señalar que:

La historia es también la historia de la construcción de las verdades y de los conceptos. Si perdemos el hilo histórico, estamos perdidos. Con las ciencias modernas surge el furor por la clasificación y la observación: el animal es encerrado para ser estudiado; así las plantas, así los hombres. Nace el Hospital psiquiátrico. La sexualidad, y más específicamente los gustos sexuales, se tornaron en un referente esencial, privilegiado, para clasificar la salud enfermedad. El sexo es separado del resto de la vida y se transforma en un

parámetro aparte. La inclinación sexual se aísla como un referente a partir del cual se miden la norma y sus desvíos (Bercovich, 2010, p. 40).

2.2. El “transdiagnóstico” adolescente

2.2.1. Origen y evolución del término transexualidad

Durante el presente apartado, se realizará un breve recorrido conceptual a cerca de la incorporación del término transexualidad en las Ciencias de la Salud, como en medicina y psicología, que invita a la reflexión de la conceptualización psicopatologizante de las identidades trans en la actualidad.

El término transexualidad tiene un origen relativamente reciente. A finales del s. XIX, en el año 1886, el psiquiatra Richard Krafft-Ebing, publicaba en el año 1886 el Manual diagnóstico psiquiátrico *“Psychopathia Sexualis”* (Psicopatía Sexual), sirviendo éste como precedente para la elaboración de las taxonomías médicas diagnósticas que clasifican al margen de lo heteronormativo (Amigo, 2019). Desde entonces, el campo de la medicina comenzó a considerar todo lo no-binario como una enfermedad o patología.

A principios del s. XX, el sexólogo M. Hirschfeld introdujo en el año 1910, el término *travestismo*, en su obra *“Die travestitum: eine untersuchung über den erostischen Verkleidungstrieb mit urmfangreichmen easmistischem und historischmen material”* traducción al castellano (Los travestís: una investigación sobre la pulsión erótica de transvestirse) (García y de Dios, 2000). En aquella época, no existía una distinción clara entre los términos travestismo, transexualidad y homosexualidad que eran entendidos como desviaciones o aberraciones sexuales (Vernon, 2003, citado en Soto, 2014).

El término *transexual* aparece por primera vez en la literatura médica en 1923, gracias a los trabajos de Magnus Hirschfeld como *“Elischer Transsexualisms”* (Transexualismo Psíquico o Transexualismo del alma), distinguiéndolo de la corporeidad ginandromorfa que puede darse en la intersexualidad, descrita en su obra sobre “Estados intersexuales. La mujer masculina y el hombre femenino” (García y de Dios, 2000, p.128). Como vemos, comienza a producirse un cambio en el modo de entender la sexualidad, distinguiéndose lo físico (el cuerpo) de lo psíquico (la mente), donde los factores psicológicos adquieren gran relevancia en el modo de vivenciar la sexualidad e identidad de género con independencia de los caracteres sexuales.

El sexólogo David Oliver Cauldwell en 1949, utilizó por primera vez el término *transexualismo*, con un significado actual, para denominar a aquellos personas que sienten el deseo de vivir permanentemente como miembros del sexo opuesto y refieren

“cirugía de reasignación sexual” (CRS) (Bustos, 2008). En uno de sus trabajos, Caldwell expuso el caso clínico de una mujer que se sentía hombre y quería verse como tal y llamó a su estado “*Psychopathia Transsexualis*” (Psicopatía Transexual) considerándola una patología hereditaria de origen biológico. Para Caldwell, la etiología de la transexualidad, era fruto de la unión de una predisposición genética junto con una serie de componentes psicológicos, marcados por traumas y un trastorno de la identidad sexual durante la infancia (Berguero et al., 2004; Dellacasa, 2017).

La transexualidad, desde su origen como objeto de estudio desde las Ciencias de la Salud, es ha sido considerada una patología mental que provoca sufrimiento y desajuste adaptivo significativo en la persona. Por esta razón, en un principio, el tratamiento sanitario de la transexualidad consistió en “ajustar” la mente al cuerpo, mediante terapia de conversión, con el objetivo de modificar la identidad de género de la persona para hacerlos corresponder con sus caracteres sexuales, pero se observó, que resultaba improductivo y aumentaba el malestar y sufrimiento psicológico de la persona que se sometía a ella.

En el año 1953, el endocrinólogo Harry Benjamin (1966) popularizó el término *transexual* en el ámbito de la medicina acuñado por M. Hirschfeld y definió la *transexualidad* como “...el deseo irreversible de pertenecer al sexo contrario al genéticamente establecido y asumir el correspondiente rol y de recurrir, si es necesario, a un tratamiento hormonal y quirúrgico encaminado a corregir esta discordancia entre la mente y el cuerpo.” (citado en Atienza y Armaza 2014, p. 366).

En este momento, la ciencia comienza a interesarse por el estudio de la transexualidad como entidad nosológica independiente, diferenciándola del travestismo y de la homosexualidad.

En García y de Dios (2000) y Amigo (2019), encontramos que H. Benjamin publicaba en 1966, el primer artículo dedicado al transexualismo “*Travestism and Transexualism*” (Travestismo y Transexualismo) y más tarde “*The Transsexual Phenomenon*” (El Fenómeno Tansexual), donde realizaba la distinción diagnóstica de el “verdadero transexual”, enfatizando el deseo y necesidad de algunas personas transexuales en someterse a cirugías de afirmación del género de las que no, afirmando lo siguiente:

Los verdaderos transexuales sienten que pertenecen al otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto, y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales primarios (testículos), lo mismo que los secundarios (pene y el recto), son deformidades desagradables que el bisturí del cirujano puede cambiar seguramente por los grandes progresos recientes de la endocrinología y de las técnicas quirúrgicas. (Benjamin, 1966)

Asimismo, H. Benjamin (1966) desarrolló los primeros criterios para el diagnóstico de transexualismo, que han sido utilizados como base para formular los criterios diagnósticos actuales de la transexualidad (Missé y Coll-Planas, 2010a). El término *disforia de género*, que actualmente adopta cierto cariz novedoso, fue utilizado por primera vez en el año 1973 por Norman Fisk para referirse al “trastorno que produce ansiedad asociada al conflicto entre la identidad sexual y el sexo asignado” (Chiland, 1999, citado en Bergero et al. 2004, p.2829).

2.2.2. Los primeros tratamientos médicos

Como se ha podido observar en el apartado anterior, el tratamiento de la transexualidad tiene un origen relativamente reciente, tras varias investigaciones se llegó a la conclusión de que lo más óptimo para la persona que la manifestaba era hacer corresponder su cuerpo con la identidad de género sentida. Por ello, a continuación, se van a exponer los casos más representativos, pertenecientes a las primeras personas trans conocidas en someterse a los primeros tratamientos médicos hormonales y/o quirúrgicos, que sirvieron como precedente para los tratamientos médicos actuales, tanto en personas trans adultas como en niños y adolescentes.

A nivel internacional, las primeras CRS datan de los años 30. El Dr. F. Abraham en 1931, fue el primero en realizar una CRS que expone en su trabajo “*Genitalumwandlung an zwei maenlichen Transvestikem*” (Transformación genital de dos travestis masculinos) (Abraham, 1931). En relación a ello, destacamos a Lili Elbe, una de las primeras personas trans conocidas en someterse a una CRS. Lili E. se sometió a su primera intervención quirúrgica con el Dr. Magnus Hirschfeld, pero tras cinco operaciones, falleció en 1933 consecuencia de una infección tras un trasplante de útero, ya que deseaba cumplir su deseo de ser madre.

En los años 50, el Dr. Christian Hamburger realizó la primera CRS llevada cabo con éxito (Bergero et al 2004). Su caso, adquirió gran repercusión mediática gracias a su publicación, el 1 de diciembre de 1952 en el *New York Daily News* bajo el titular

“Exsoldado se convierte en una belleza rubia”, en el cual se narraba la historia de Christine Jorgensen, la primera persona trans en someterse con éxito a un tratamiento quirúrgico de cambio de sexo, así como en ser la primera persona en recibir tratamiento hormonal. La visibilidad mediática de Christine Jorgensen supuso un hito ilusionante para muchas personas trans que pudieron verse reflejadas en ella.

En España, las primeras reseñas en la atención sanitaria a personas trans datan de los siglos XV y XVI. Si avanzamos a fechas más recientes, se tiene constancia de que a partir del año 1983 se llevaron a cabo las primeras vaginoplastias, y en el año 1989 la primera faloplastia, en el ámbito privado. En hospitales públicos, a partir de 1986 se hallan referencias aisladas en las historias clínicas en atención endocrinológica, psiquiátrica o psicológica de pacientes que refieren transexualidad, a pesar de no existir un respaldo legal en el ámbito sanitario para las personas trans, por aquel entonces (Gómez et., al 2019).

En el año 2010, en España se llevó a cabo la primera cirugía de afirmación de género a en una persona adolescente trans de 16 años en Barcelona. Dicha operación, supuso un hito en el ámbito sanitario español, pudiéndose realizar gracias al amparo legislativo vigente en aquel momento (Platero, 2014).

A nivel internacional, destaca el endocrinólogo pediátrico Norman P. Spack como precursor del tratamiento hormonal a niños y adolescentes transgénero. El Dr. Spack fue uno de los pocos médicos en Estados Unidos de América, en administrar tratamiento de reemplazo hormonal, para el retraso de los efectos de la pubertad. Además, cofundó en el año 2007, la Clínica del Servicio de Gestión de Género en el Boston Children's Hospital (Spack. N. [TEDxBeaconStreet], 2013).

Actualmente, la lucha por los derechos del colectivo trans y en concreto de la población adolescente trans, está dirigida a la autodeterminación del género sin previo informe médico (psicológico o psiquiátrico). Como se puede extraer de ello, todo avance sanitario viene acompañado de un cambio social y de un respaldo legislativo sin el cual no podría materializarse. Por otro lado, es importante señalar en relación al tema objeto de este apartado, que es más apropiado decir tratamiento sanitario de “afirmación del género” que CRS, ya que se parte de la identidad sexual manifestada de la persona y no del sexo asignado en el nacimiento.

2.2.3. Las taxonomías diagnósticas de enfermedades mentales

La psicología es la ciencia que se ocupa del estudio de los procesos mentales y de la conducta de los seres humanos tanto de manera individual como grupal. Clasificar es el punto de partida de toda actividad científica, ya que supone ordenar elementos (conceptos, cosas o personas) en grupos homogéneos cuyo nexo es compartir unas determinadas características (Barrio, 2009). Por lo tanto, clasificar requiere de gran complejidad y más aún cuando se trata de elementos intangibles, como sucede en el campo de la psicología.

En Barrio (2009), encontramos que desde épocas antiguas ya existía el interés hacia las afecciones psicológicas y su entendimiento. La primera clasificación de los trastornos psicológicos proviene de la antigua Grecia del s. IV a.C. de la mano de Hipócrates de Cos, al distinguir entre manía y melancolía. A partir de ese momento, se han ido sucediendo toda una serie de taxonomías diagnósticas, permitiendo que a día de hoy contemos con un sistema de clasificación actual.

Para Ruiz (2006), médico en Salud pública, merece una mención especial el fundador de la bioestadística y demógrafo John Graunt, pionero en las “estadísticas de salud”. Graunt, en 1662, llevaba a cabo el análisis censal de mortalidad y el número de nacimientos en la ciudad de Londres. Para ello, estableció un lenguaje común entre profesionales de la salud con el objeto de determinar las causas fallecimiento, y las diferencias en el desarrollo de enfermedades entre la población de las zonas urbanas y rurales, sentando así las bases de las clasificaciones diagnósticas de las enfermedades actuales.

En fechas más recientes, destaca Emil Kraepelin, quién para el psiquiatra Antonio J. Caballero (2011), es el fundador de las clasificaciones psicológicas actuales. Kraepelin elaboró a finales del siglo XIX, el manual titulado “Compendio de Psiquiatría” (sexta edición), en el cual se llevaba a cabo la descripción y clasificación de las enfermedades mentales, convirtiéndose en la base de la taxonomía actual. A Emil Kraepelin también se le debe la distinción entre las enfermedades mentales de origen biológico (endógenas) y las enfermedades adquiridas (exógenas). Con esta diferenciación se pone de relieve, que los seres humanos pueden enfermar por la relación con el entorno y no solamente por aspectos hereditarios (intrínsecos o innatos) (Caballero, 2011). Al igual que sucede con la disforia de género que experimentan algunas personas trans, cuya etiología puede deberse a las presiones que el entorno social ejerce sobre ellas.

2.2.4. Incorporación de la Transexualidad en el DSM y la CIE

Las ciencias biomédicas distinguen y conceptualizan lo normal y lo patológico, pero ¿cómo se define “normal” en psicología? Desde las ciencias de la salud, todo aquello que no contribuye a la salud de las personas se considera “no normal” o patológico. Según Valdez (2009), algunas definiciones de salud son cuestionables ya que en ocasiones resultan inalcanzables, como ocurre por ejemplo, con la definición de salud que aparece en el Preámbulo de la Constitución la OMS de 1948 actualmente vigente (OMS, 2014):

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (p.1)

En las ciencias de la salud, los conceptos normal y salud van unidos, considerándose lo poco común u otredad como algo patológico. Hay que señalar, que algunas características invisibilizadas de los seres humanos, aquellas que no se encuentran dentro los parámetros sociales establecidos, no son signos o síntomas de enfermedades físicas o psicológicas, ya que simplemente forman parte de la diversidad humana y no necesariamente provocan sufrimiento *per se*, como ocurre con la transexualidad.

En el caso de la transexualidad, así como ocurrió en su momento con la homosexualidad, han sido consideradas “disidencias sexuales”, es decir, “aquellas prácticas, grupos o identidades de la sexualidad que se viven como alteridad de las hegemonías” (Molina, 2018, p. 2). La hegemonía sexual, hace referencia al binarismo sexo/género, bajo el paradigma de varón masculino frente a la mujer femenina, junto con una orientación sexual heteronormativa.

Desde el enfoque teórico del presente trabajo de investigación, el concepto de salud en las personas trans, va a ser entendido como la expresión, aceptación y afirmación del género sentido en todos los contextos vitales de la persona, de una manera plena. Según el patólogo, microbiólogo y humanista René Dubos, “la salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o convertirse en lo que quiere ser” (Moberg, 2005, citado en Valdez, 2009, p. 182). Asimismo, para Luis M. Valdez (2009) “si queremos más salud, debemos comprender más la realidad que nos rodea y esto implica conocerla mejor, de una manera crítica, aprendiendo a extrapolar lo que se debe y generando toda la nueva información que sea necesaria” (p. 182).

Desde las ciencias de la salud mental, aquella condición psicológica que provoca angustia, malestar o discapacidad se entiende como un trastorno o patología mental (APA, 2011). Actualmente la American Psychological Association (APA) define trastorno mental como:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente. (APA, 2014, p. 5)

Hay que tener en cuenta, que el diagnóstico de un trastorno mental tiene una utilidad clínica para que profesionales de la salud mental determinen un pronóstico y tratamiento para la obtención de unos posibles resultados. Tal y como afirma la APA (2014), “el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a la necesidad de tratamiento” (p. 5). Por ello, establecer un tratamiento en relación a un trastorno mental es una decisión clínica compleja, donde se tienen en cuenta una serie de factores como la gravedad, la discapacidad y el sufrimiento psicológico que provocan los síntomas en el paciente (APA, 2014). Debido a ello, cabe la posibilidad de que determinados pacientes no cumplan con todos los criterios de un trastorno mental, y necesiten un tratamiento o asistencia psicológica y/o psiquiátrica adecuada a su sintomatología.

Actualmente, las taxonomías diagnósticas más utilizadas por profesionales de la salud mental son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), elaborado por la APA y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la OMS. En España, en el ámbito de la psicología, es más común el uso del DSM que de la CIE (Reed et al., 2012). Sin embargo, la CIE es el instrumento de referencia del Sistema Nacional de Salud (SNS) para la codificación clínica y registro de morbilidad atendida en nuestro país.

Los manuales diagnósticos DSM y CIE ofrecen una serie de ventajas a profesionales de salud mental al posibilitar la elaboración protocolos de actuación clínica, ahorrar tiempo

en la definición de un diagnóstico, establecer un lenguaje común entre profesionales, facilitar la investigación y comprensión sobre las causas y desarrollo de los trastornos mentales, así como, evaluar la historia natural de un trastorno determinado (Pérez, 2018).

La inclusión de las identidades trans en los manuales diagnósticos en el año 1978 bajo la nomenclatura “tranvestismo” y “transexualismo”, hizo que se consolidaran como categorías médicas y psicológicas patologizantes, reguladoras del género “verdadero”. (Soley, 2014). Para la doctora en Sociología e investigadora catalana Patricia Soley (2014), la determinación de un sector de la medicina de incorporar la distinción sexo/género al tratamiento y etiología de la disforia de género, supuso un hecho humanista, al tratar de disminuir el malestar psicológico de aquellas personas que sentían disconformidad entre su identidad de género y su cuerpo (sexo anatómico).

A día de hoy, las taxonomías diagnósticas incluyen las identidades trans y no binarias en adultos, infancia y adolescencia bajo la nomenclatura “disforia de género” en el DSM-V e “incongruencia de género” en la CIE-11. Tanto la OMS como la APA, consideran las identidades trans un trastorno mental ya que las personas trans “transgreden” el orden establecido y su propia condición les produce un sufrimiento psicológico significativo, desventajas adaptativas que se manifiesta en disforia y comorbilidad psíquica (Berguero et al., 2010). Por ello, diferentes disciplinas como la psiquiatría, la psicología, la medicina o la sexología, han considerado la transexualidad una enfermedad o trastorno mental, aunque tal y como afirman Fernández y García (2012), “es el único trastorno mental donde el objetivo terapéutico, no es mejorar o eliminar los síntomas, sino facilitarlos a través del tratamiento hormonal y quirúrgico” (p.103).

La tendencia actual de las ciencias de la salud, está encaminada hacia la despatologización y desestigmatización de las identidades trans como trastorno mental. De hecho, en la última edición de la CIE, la OMS afirma que la transexualidad no debe ser tratada como un trastorno mental. Según María Alejandra Dellacasa (2017):

En el caso de la experiencia trans, identificamos una serie de controversias que la atraviesan en el campo de la salud: en torno a la etiología del malestar, respecto de los signos que deben considerarse a la hora de construir el diagnóstico y quiénes son las voces autorizadas para hacerlo, en torno a la categorización en sí misma [...] y su clasificación, en relación a las modalidades terapéuticas más apropiadas y finalmente, en sentido más amplio, respecto de si efectivamente la experiencia debe ser patologizada y cuál es el grado de

autonomía que se otorga a las propias personas para decidir respecto de su cuerpo, su identidad y sus vivencias. (p.18)

2.2.5. Del Transexualismo a la Disforia de Género

Los manuales de clasificación diagnóstica, son instrumentos que se utilizan como guías para llevar a cabo el proceso diagnóstico previo a un tratamiento médico para la afirmación del género en las personas trans. Por ello, el objetivo del presente apartado es reflexionar, describir y analizar el diagnóstico de disforia de género mediante las distintas versiones de los manuales diagnósticos DSM y CIE, en concreto en población infantil y adolescente (Sánchez et. al. 2017).

Los sucesivos cambios nomenclatura y criterios diagnósticos que ha sufrido la transexualidad, son la consecuencia de las presiones de académicos, científicos, organismos políticos y asociaciones que luchan por los derechos de las personas trans (Mas, 2017). Para el sociólogo y doctor en Antropología social Jordi Mas Grau (2017), “fruto de estas tensiones se ha reconceptualizado la transexualidad en diversas ocasiones, pero se han mantenido las connotaciones mórbidas de la categoría diagnóstica” (p.1).

Las identidades trans se incluyen por primera vez en las clasificaciones internacionales como categorías diagnósticas en el año 1978, en la novena edición de la CIE (WHO, 1978) y en el año 1980, en la tercera edición del DSM (APA, 1980), para hacer referencia a los Trastornos de Identidad de Género (TIG) en niños, adolescentes y adultos. Los Trastornos de Identidad de Género en la Infancia (TIGI), son una entidad propia desde la aparición del diagnóstico “Transexualismo” en las taxonomías diagnósticas (Fernández et al., 2014).

En la CIE-9 (1978), todos los trastornos sexuales se agrupaban de manera conjunta, en el apartado “Trastornos Sexuales y de Identidad Sexual”, distinguiendo “Transexualismo” (estado de reasignación quirúrgica de sexo), del “Trastorno de identidad sexual en niños”. Bajo el epígrafe de “Otros Trastornos Psicosexuales Especificados”, se ubicaban los “Trastornos de identidad sexual en adolescentes o adultos”, realizando una descripción general del trastorno, y no especificando los criterios diagnósticos para cada grupo de edad (Fernández et al., 2014; Fernández y García, 2012; MSSSI, 2014; WHO, 1978).

Con la publicación del DSM-III (1980), aparecían las primeras muestras de incomodidad de las personas trans, ya que patologizaba de manera explícita su propia condición. El

DSM-III incluía en la categoría de los “Trastornos Psicosexuales”, los “Trastornos de la Identidad de Sexual” también conocido bajo la nomenclatura “Trastornos de Identidad de Género” (TIG), junto a las “Parafilias” y las “Disfunciones sexuales”, y distinguiendo entre dos categorías específicas con diferentes pautas diagnósticas como son: el Transexualismo (para adultos) y el Trastorno de la Identidad sexual en la Infancia (para niños) (APA, 1980; Fernández et al., 2014; Fernández y García, 2012; Martínez & Íñiguez, 2010).

En el DSM-III, los TIG se caracterizaban por “sentimientos de malestar o incomodidad de la persona hacia su sexo anatómico o por persistentes conductas asociadas al otro sexo” (Fernández y García, 2012, p.107).

La tercera edición revisada del DSM, llevaba a cabo la distinción entre los Trastornos de Identidad Sexual (TIS) y los Trastornos Sexuales. Incluía los TIS en el apartado “Trastornos de Inicio en la infancia, niñez o adolescencia”, y este hecho fue criticado, ya que no todas las cuestiones de identidad de género tienen lugar durante la infancia. Asimismo, incluía el “Trastorno de Identidad Sexual en la adolescencia o en la edad adulta de tipo no transexual” (TISAANT) para personas con disforia de género leve o variable (APA, 1987; Fernández y García, 2012).

Según el DSM-III-R (1987), para realizar el diagnóstico de “Trastorno de Identidad Sexual en la Infancia” era necesario haber alcanzado la pubertad y presentar “un malestar persistente respecto al propio sexo anatómico” (APA, 1987, p.94), así como, referir “transvestismo persistente o recurrente con adopción del papel del otro sexo de modo imaginado o real” (Mardomingo, 1994, p. 613).

Esta edición revisada coincide con su anterior, en conservar la descripción de la conducta manifiesta por niños y niñas con trastorno de identidad de género, como es la preferencia por juegos y vestimenta considerados característicos del otro género, así como considerar, posibles cambios en relación al género cuando niños/as/es crezcan. Ambas ediciones del DSM consideraban que la edad de inicio de este “trastorno” era anterior a los cuatro años de edad y su diagnóstico no debía realizarse una vez alcanzada la pubertad (APA, 1980; APA, 1987; Fernández et al., 2014).

La CIE-10 (1990), introduce novedades respecto a su edición anterior, ya que separa los Trastornos de Identidad Sexual de las Disfunciones Sexuales y de los Trastornos de la Inclinación Sexual, e incluye el apartado de Trastornos de Identidad Sexual donde ubica el Transexualismo, el Transvestismo de doble rol, el Trastorno de la Identidad Sexual de la Infancia, otros Trastornos de Identidad Sexual y el Trastorno de Identidad

de Sexual no especificado, en el apartado de los Trastornos de Personalidad y Comportamiento del adulto situado en el su capítulo 05 relativo a “Trastornos Mentales y de Comportamiento” (Fernández y García, 2012; WHO, 1992).

La décima edición de la CIE, al igual que el DSM-III-R establece que no debe realizarse el diagnóstico de Trastorno de la Identidad Sexual en la Infancia cuando la persona ha alcanzado la pubertad, ya que “muy pocos presentan transexualismo en la vida adulta, (aunque muchos adultos con transexualismo refieren haber presentado problemas de identidad de género en la infancia)” (Fernández et al, 2014, p.29, APA, 1987; WHO, 1992).

La décima edición de la CIE se ha convertido en un hito, ya que la OMS decidió excluir la homosexualidad de su clasificación, desvinculándose definitivamente de la definición de trastorno mental.

El DSM-IV (1994), cambió de nomenclatura y sustituyó el término de Transexualismo por Trastorno de la Identidad Sexual y volvió a agrupar los TIS junto con las disfunciones sexuales y las parafilias bajo la categoría de “Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual”. Los TIS comparten criterios diagnósticos los adultos y adolescentes cuando las personas manifiestan el deseo persistente de pertenencia al otro sexo y ser tratado y considerado como tal, así como tener la convicción de experimentar las sensaciones y reacciones típicamente asociadas al otro sexo. A su vez, indica que las características diagnósticas en adolescentes pueden parecerse tanto a los adultos como a las de los niños (en función del nivel de desarrollo de la persona), por lo que los criterios diagnósticos se aplicarán en función del nivel de desarrollo de la persona. Por ello, pueden existir dificultades diagnósticas en adolescentes cuando se siente indecisión sobre la identificación con el otro sexo o si existe desaprobación familiar (APA, 1994).

La cuarta edición del DSM también indicaba, que el inicio por gustos e interés de pertenencia al otro sexo durante la infancia se producía entre los 2 y los 4 años, incluso algunos progenitores referían de sus hijxs que siempre habían manifestado inclinación hacia el otro sexo (APA, 1994).

La población adolescente con TIS pueden necesitar la ayuda de un profesional de la salud debido a las presiones que ejerce el entorno sobre la persona, a través de manifestaciones de rechazo, burlas o aislamiento social, provocando en el adolescente con TIS baja autoestima, depresión o bajo rendimiento escolar. Asimismo, la complejidad en la conclusión diagnóstica en niños y adolescentes con TIS, es necesario en algunos casos un largo período de tiempo de seguimiento (APA, 1994).

El DSM-IV-R (2000), mantenía la utilización del término Trastorno de Identidad Sexual, pero comienza a reemplazarlo por el de disforia de género como se puede observar en la introducción del capítulo de los TIS (APA, 2000; Fernández et al., 2014). El actual DSM-V (2013), finalmente materializa el cambio de nomenclatura propuesto por su edición anterior y utiliza el término diagnóstico “Disforia de Género”, que resulta menos patologizante. Dicho cambio va más allá de un cambio de designación, ya que lo sitúa en un apartado independiente en sí mismo sin que se le relacione con los trastornos parafílicos o las disfunciones sexuales como venía ocurriendo en ediciones anteriores.

Otra de las novedades del DSM-V que se puede observar en los criterios diagnósticos de la disforia de género durante la infancia y la adolescencia (véase tabla 4), es la fusión de los criterios A (identificación acusada y persistente con el otro sexo) y B (malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol), ya que la APA ha considerado que dicha separación no estaba respaldada con estudios empíricos (APA, 2013a; Mas, 2017).

Asimismo, el DSM-V hace una reseña al momento postransición en adolescentes y adultos, para aquellas personas que han realizado una transición de vida completa al sexo sentido mediante algún tratamiento o intervención de cambio de sexo, mediante hormonas o intervención quirúrgica independientemente de la legalización del cambio de sexo (APA, 2013a).

Tabla 4

Criterios diagnósticos de la Disforia de Género durante la infancia y la adolescencia (DSM-V)

DISFORIA DE GÉNERO DSM-V (F64.1)

Infancia	Adolescentes y adultos
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).	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. 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 ropa 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 femeninas.
 - 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 deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si: Con un trastorno de desarrollo sexual

- 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).

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

Especificar si: Con un trastorno de desarrollo sexual

Especificar si: Postransición: El individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el sexo deseado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) por lo menos a una intervención o tratamiento médico de cambio de sexo, por ejemplo, un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto o a una intervención quirúrgica de cambio de sexo para confirmar el sexo deseado (p. ej., penectomía, vaginoplastia en un individuo nacido hombre; mastectomía o faloplastia en una paciente nacida mujer).

Fuente: APA (2014), pp. 240-241

Con la incorporación en las clasificaciones diagnósticas del término disforia de género, se da cabida a otras diversidades de identidades de género que pueden manifestar distintos grados de disforia de género pero que no cumplen con los criterios diagnósticos de la transexualidad, como podemos observar en la tabla que a continuación se expone (tabla 5). Por otro lado, induce a cuestionarse si una persona transexual que no presenta

disforia de género ¿sigue siendo una persona transexual? De hecho, la disforia de género puede estar presente en otras expresiones del género o particularidades como son el travestismo, estados intersexuales o algunas parafilias.

Tabla 5

Criterios diagnósticos de otras manifestaciones de la disforia de género en el DSM-V

DSM - V	
Diagnóstico	Criterios diagnósticos
Otra disforia de género especificada (F64.8)	Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de disforia de género que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de disforia de género. La categoría de otra disforia de género especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de disfunción sexual. Esto se hace registrando “otra disforia de género especificada” seguido de un motivo específico (p. ej., “disforia de género breve”). Un ejemplo de una presentación que se puede especificar utilizando la designación de “otra especificada” es el siguiente: El trastorno actual cumple los criterios sintomáticos de disforia de género pero su duración es inferior a seis meses.
Disforia de género no especificada (F64.9)	Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la disforia de género que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de la disforia de género. La categoría disforia de género no especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de una disforia de género, e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Fuente: APA (2014), pp. 241-242

Una de las novedades más importantes hacia la despatologización de las identidades de género trans, se produjo en el año 2018 cuando la OMS en la CIE-11 no son consideradas un trastorno mental. Para ello, excluye todas las categorías relacionadas con las identidades trans o género diverso, del capítulo V “Trastornos Mentales y de Comportamiento” y sustituye al término “identidad” por el de “incongruencia de género”, aunque la traducción literal al español del término “Incongruence” no resulta ser la más

adecuada, y propone utilizar el término “Discordancia” (OMS, 2018b; Robles y Ayuso, 2019).

Asimismo, la nueva CIE que entró en vigor en el año 2022, sustituyendo a la vigente desde 1990, incorpora nuevas categorías como “Incongruencia de Género en la Adolescencia y Adulzor” e “Incongruencia de género en la Infancia”. Dichas categorías se incluyen en un nuevo capítulo con el título “Condiciones relacionadas con la salud sexual”.

2.2.6. Disforia de género vs. Identidades trans

En la literatura científica, el término “disforia de género” se utiliza como diagnóstico para definir a todas aquellas personas que manifiestan malestar, incomodidad o rechazo respecto a su sexo asignado.

Etimológicamente, el término “disforia” proviene del griego *dysphoros*, del sufijo δυσ- (difícil) y de φέρω (soportar), y se considera lo contrario de “euforia”. Sin embargo, esta palabra no existe en el diccionario de la Real Academia Española (RAE) (Hermosa, 2013, p. 40). El término disforia se utiliza con frecuencia en el campo de la psicología y la psiquiatría para la descripción de síntomas y elaboración de un diagnóstico de un estado o trastorno mental y actualmente, la disforia se entiende como malestar, sufrimiento, incomodidad o dolor emocional.

Hay que destacar, que muchas personas con identidades trans no refieren sentimientos de angustia o incomodidad hacia su propio cuerpo o identidad de género, por lo que ser una persona trans no constituye un trastorno mental en sí mismo. Como afirma la asociación estatal de menores trans Chrysalis, “La disforia de género no es sinónimo de transexualidad y por lo tanto la transexualidad nunca puede ser diagnosticada” (Chrysalis, 2015).

La disforia de género que refieren las personas trans, en la mayoría de los casos viene motivada por las presiones que el entorno ejerce sobre ellas. Por lo tanto, si a las personas trans se las apoya, respeta y acompaña para poder expresar su identidad de género, posiblemente nunca lleguen a experimentar disforia de género, cuestión que hay que considerar de manera especial en la población infantil y adolescente trans.

2.2.7. Despatologización de las Identidades Trans

Ese es el deseo, dejar atrás las cicatrices, las eternas salas de espera, las palabras y los silencios que nunca hemos entendido, el miedo a uno mismo y a salir a la calle, la rabia frente a nuestro cuerpo desnudo. Dejar todo eso atrás y buscar toda la belleza que se nos ha ido escapando, que no vemos porque nadie nos ha enseñado a mirarla.

Miguel Missé: “El género desordenado” (2010)

La doctora en Antropología Social Amets Suess (2020), sostiene que “las personas trans están expuestas a múltiples violaciones de derechos humanos en la práctica clínica y la investigación” (p. 1). Desde el modelo biomédico hegemónico, comienza a considerarse todo lo no binario como una enfermedad incluyendo de manera implícita los conceptos tratamiento y curación, con el fin de que todas las personas se encuentren dentro de los márgenes heteronormativos establecidos (Missé, 2010). Por ello, tanto la homosexualidad como la transexualidad han sido tratadas como transgresiones del género y la sexualidad, convirtiéndose en patologías mentales desde el momento que se incluyen en las taxonomías diagnósticas. En relación a ello, se entiende por patologización “la conceptualización de características corporales, identidades, prácticas, hábitos, gestos, personas o grupos de personas como enfermas o anómalas” (Suess, 2020, p. 55).

Asimismo, desde las ciencias de la salud se ha contribuido a la psicopatologización de la transexualidad durante la infancia y adolescencia. Según el antropólogo Juan Gavilán (2016), “el discurso biomédico ha trastocado el sentido de la transexualidad y ha colaborado de una forma especial en la ocultación de la transexualidad infantil y la invisibilidad de los menores transexuales” (p. 7). Esto se debe a que los conceptos sociales como: “uso de la razón” y “mayoría de edad”, a los que recurre el marco legislativo a la hora de elaborar una ley por los derechos de menores trans, favorecen la perpetuación de falsos mitos y creencias, acerca de que los niños son seres inmaduros, que carecen de responsabilidad, conciencia y agencia (Gavilán, 2016). Esto provoca que a muchos niños y adolescentes trans, se les esté negando su sexo e identidad.

La presencia de la transexualidad y/o identidades trans en las clasificaciones diagnósticas genera posturas enfrentadas dentro del ámbito sanitario. Por un lado, hay

quienes afirman que gracias a su diagnóstico se posibilita el acceso y cobertura a los tratamientos sanitarios que algunas personas trans necesitan. Y dicho motivo, hace que en algunos países se dificulte la retirada de las identidades trans de los manuales diagnósticos ya que el reembolso sanitario requiere de un código diagnóstico como trastorno o enfermedad (Suess, 2020a).

Por otro lado, se cuestiona su inclusión en los manuales diagnósticos ya que se entiende que la disforia de género no es inherente a las personas trans. A su vez, la inclusión de la transexualidad en las clasificaciones de enfermedades mentales resulta contradictorio, ya que el objetivo terapéutico es la intervención médica sobre el cuerpo, considerándose el único “trastorno mental” en el que el tratamiento psicológico, está dirigido a la afirmación de los “síntomas” (afirmación de la identidad de género) y no en su remisión o supresión como ocurre con el resto de patologías mentales.

Resulta cuestionable el diagnóstico de transexualidad aplicado a la infancia y adolescencia, ya que “es una manera de etiquetar y con frecuencia estigmatizar, a los menores. Una etiqueta que, además no acaba de tener un sentido claro porque admite muchos grados y variantes” (Platero, 2014, p. 120). Por ello, en ocasiones la transexualidad en población infantil y adolescente, puede confundirse con la variabilidad de género o con una etapa pasajera exploratoria por los diferentes géneros durante el desarrollo de la personalidad.

Destacar, que la inclusión de las identidades trans en los manuales diagnósticos, provoca un impacto negativo sobre la salud mental y física de las personas trans. Según J. Mas Grau (2017) “A nivel individual, la persona diagnosticada puede interiorizar que su condición es patológica” (p.10). Lo que se conoce desde el campo de la psicología como “transfobia interiorizada”, fruto del estigma y los prejuicios sociales la persona interioriza una aversión hacia su propia condición trans. Asimismo, “a nivel social, el diagnóstico no ayuda de modo alguno a que entendamos que no es una disfunción o un error, sino una expresión más del ser humano” (Mas, 2017, p.10), de hecho, favorece el desarrollo y mantenimiento de la transfobia social.

Cabe destacar, que la inclusión de la transexualidad en las clasificaciones diagnósticas no ha servido de garantía para la atención sanitaria de las personas trans. Actualmente, en muchos países las demandas sanitarias de las personas trans son ignoradas y en otros hasta se las persigue y condena (Missé, 2010).

En España, la atención sanitaria transespecífica difiere en cada comunidad autónoma, ya que en función del presupuesto público que se destine para ello, se obtienen más o

menos recursos sanitarios, pudiendo llegar a establecerse listas de espera de meses o incluso años, para las cirugías de afirmación del género. Asimismo, es necesario resaltar que hay personas trans que necesitan atención sanitaria (médica y/o psicológica) y otras no.

Hay que recordar, que no es hasta el año 1990 cuando la OMS elimina definitivamente la homosexualidad de la CIE, excluyéndose de manera definitiva de las clasificaciones diagnósticas de enfermedades mentales, dejando de considerarse un trastorno mental. Ahora vemos con claridad que la homosexualidad nunca tuvo que incluirse en los manuales diagnósticos, pero han debido de pasar muchos años para llegar al momento actual. Esperemos que en breve ocurra lo mismo con las identidades trans, y la despatologización de la transexualidad y el derecho a una atención sanitaria, sean derechos humanos básicos no excluyentes.

Actualmente, se puede observar la tendencia despatologizadora de las identidades trans desde el ámbito sanitario, con la publicación en 2018 de la CIE-11, al desligarse los códigos diagnósticos que hacen referencia a las personas de los “Trastornos mentales y del comportamiento”. Desde el activismo trans, dicha medida resulta insuficiente y reivindican la despatologización total de las identidades trans, excluyéndolas de manera definitiva de las taxonomías diagnósticas.

En la última década, se han incorporado diferentes enfoques teóricos al activismo por la lucha por la despatologización trans, contribuyendo a una nueva conceptualización de los procesos de tránsito por los diferentes géneros, y favoreciendo el desarrollo de nuevos en la atención sanitaria a personas trans (Suess, 2020a).

La lucha por la despatologización trans reclama el reconocimiento legal del género sin requisitos médicos, ni aspectos relacionados con la edad, el estado civil o la nacionalidad (Suess, 2020^a; Suess, 2020b). Del mismo modo que el reconocimiento de las personas trans como sujetos activos en los tratamientos médicos que pudieran requerir, dotándolas de responsabilidad y autonomía para decidir sobre sus propios cuerpos (Missé y Coll-Planas, 2010b).

En la tabla que a continuación se expone (tabla 6), se especifican los puntos clave para desvincular definitivamente las identidades trans de las patologías, a través del trabajo conjunto multidisciplinar desde el área de la salud. Se quiere destacar, la quinta recomendación, la cual establece el papel que deberían adoptar profesionales de la

salud mental en la atención a personas trans y sus familias, al tratarse de una de las cuestiones principales a investigar en el presente estudio.

Tabla 6

Puntos clave para la despatologización de las personas trans en el ámbito sanitario

Despatologización de las personas trans en el ámbito sanitario
<ol style="list-style-type: none">1. Se observa una exposición de las personas trans a dinámicas de patologización, discriminación y violencia transfóbica en el ámbito sanitario.2. La perspectiva de despatologización trans propone un cambio de la conceptualización y de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito por los géneros, modelos de atención en salud y enfoques jurídicos.3. La perspectiva de despatologización trans se puede relacionar con diferentes enfoques teóricos existentes en el ámbito de la salud pública.4. En la atención en salud a personas trans se demanda la sustitución del modelo de evaluación psiquiátrica por un enfoque de decisión informada.5. Se recomienda modificar el papel de profesionales de salud mental en el proceso de atención en salud a personas trans, desde un rol de evaluación psiquiátrica hacia tareas de acompañamiento y apoyo psicológico.6. Se propone construir una «ética de la despatologización» (Davy et al. 2020) en las prácticas clínicas y de investigación.

Fuente: Suess (2020a), p. 55

En España surgió el movimiento por la despatologización de la transexualidad en el año 2007, como respuesta a la publicación de la Ley 3/2007 de 15 de marzo, que tiene por objeto la regulación de los requisitos necesarios de para el acceso al cambio de la inscripción relativa al sexo y al nombre de una persona en el Registro Civil, cuando no corresponde con la identidad de género. En dicha ley se exige haber estado un período mínimo de dos en tratamiento médico, para poder llevar a cabo modificaciones corporales, además de la emisión de un informe clínico emitido por un médico o psicólogo clínico en el que figure como diagnóstico la disforia de género.

A nivel internacional, surgió el movimiento “*Stop Trans Pathologization*” (STP), como apoyo al movimiento español en el que participaron unas 40 ciudades de todo el mundo.

Los principales objetivos a conseguir por dicho movimiento, que a día de hoy no han quedado resueltos, son los siguientes (Polo y Olivares, 2011; Stop Patologización Trans ,2010):

1. Excluir las identidades trans de los manuales diagnósticos internacionales DSM y CIE en sus próximas ediciones.
2. Eliminar la mención sexo en los documentos oficiales al ser un mero control de género y no de un dato que tenga validez identificatoria.
3. Suprimir los tratamientos de normalización binaria de personas intersexuales.
4. Libertad para acceder a tratamientos hormonales y quirúrgicos de afirmación del género, sin tutela psiquiátrica o psicológica, y cuya cobertura sea financiada por fondos públicos.
5. Luchar contra la transfobia, dirigida a la formación educativa y la inserción laboral y social de las personas trans, así como, la denuncia y visibilización de cualquier tipo de transfobia social o institucional.

Por otro lado, la Asociación Mundial de Profesionales para la salud Transgénero, también conocida como (World Professional for Transgender Health – [WPATH]) en el año 2010, publicó un manifiesto de alcance internacional teniendo como motivo la despatologización de las expresiones del género no normativas, afirmando que:

La expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo. (WPATH Board of Directors, 2010, citado en WPATH, 2011, pp. 4-5)

La lucha por la defensa por los derechos de las personas trans, ha venido acompañada por toda una serie de acontecimientos, movimientos y presiones sociales del colectivo LGTBI, protagonizados por el activismo trans. A continuación, se abordarán de manera sucinta, los hitos sociales más representativos, sin los cuales las personas trans no hubieran conseguido el reconocimiento de algunos de sus derechos a nivel social, legislativo y sanitario.

En el año 1966 se produjo, lo que se conoce como la “primera revuelta trans” en la cafetería Gene Compton de San Francisco cuya clientela, mayoritariamente *drag-queens* y mujeres transexuales, se levantó en contra del abuso policial. Dicha revuelta trajo consigo mejoras sociales (Amigo, 2018 y Amigo 2019).

Posteriormente, en 1967 se fundó la organización *Conversion Our Goal* (COG) (Conversión Nuestro Objetivo), pasándose a denominar en el año 1968 la *National Transsexual Counseling Unit* (NTCU), convirtiéndose en la primera organización que se creaba para el apoyo y defensa de los derechos de las personas trans a nivel internacional (Amigo, 2018 y Amigo, 2019). Un año más tarde, el 28 de junio de 1969, se produjo una segunda oleada de disturbios, pero en esta ocasión en el bar *Stonewall Inn* en el barrio neoyorkino *Greenwich Village*. Los disturbios de Stonewall, se han convertido en un lugar y fecha de referencia para la Comunidad LGTBIQ+, al tratarse de la primera reacción espontánea y violenta contra los abusos policiales. Ese mismo año, un día más tarde, se produjo de manera espontánea la primera Marcha del Orgullo Gay, donde participaron personas del colectivo LGTB, fecha que más tarde se convertiría, en el Día Internacional del Orgullo (Amigo, 2018; Amigo 2019; Cocciarini, 2013).

Del mismo modo, los disturbios de Stonewall sirvieron como salto para el colectivo travesti y transexual de la época, quienes abanderaron la lucha por sus derechos como Sylvia Rivera y Marsha P. Johnson, la cuales fundaron en el año 1970, la organización *Street Travestite Action Revolutionaries* (STAR) traducción al castellano: Revolucionarios de Acción de Travestis Callejeros (Amigo, 2018; Amigo 2019). A pesar de que la labor de Marsha P. Johnson y Sylvia Rivera fue esencial para la obtención de derechos por parte del colectivo LGTBIQ+, su lucha rápidamente fue olvidada, ya que el propio colectivo transexual se vio discriminado, como manifestó la propia Sylvia Rivera gritando entre abucheos en su discurso en la manifestación de 1973 (Amigo, 2018; France, 2017).

A principios de los años 80, desde el activismo *queer* surgió el movimiento ACT UP (Coalición del sida para desatar el poder), como reacción al silencio e indiferencia de la crisis sanitaria provocada por el sida a principios de los 80 en los Estados Unidos. Asimismo, a comienzos los años 80 surgían las primeras organizaciones en defensa del acoso policial al que se veían sometidas las personas del colectivo LGTB, que se dedicaban a la prostitución, en concreto las personas travestis y mujeres transexuales.

Posteriormente en el año 1992, se producía el asesinato de la activista por los derechos de las personas transexuales Marsha P. Johnson. Y unos años más tarde, en 1998 asesinan brutalmente en Boston a la mujer transexual negra Rita Hester, unas semanas antes de que Matthew Shepard, estudiante de la Universidad de Wyoming fuera brutalmente atacado y torturado por ser homosexual en Wyoming, lo que produjo un enorme revuelo mediático.

Años más tarde, en 1999, el movimiento activista trans organizó una vigilia como protesta a la escasa repercusión mediática y la negligencia policial del asesinato de Rita Hester, que más tarde se convirtió en el movimiento internacional que se celebra todos los años llamado *Trans Day of Remembrance* (Día de la memoria Trans) (Amigo, 2018).

En el año 2000, Sylvia Rivera reconstituía la organización STAR, con el objetivo de manifestarse en contra del asesinato de la mujer transexual Amanda Milan, organizando varias concentraciones y un funeral político (Amigo 2018). En 2007, en España surgió el movimiento *Stop Trans Pathologization*, una Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, adquiriendo una mayor visibilidad durante los años 2009, 2010, 2011 y 2012, gracias a diferentes movilizaciones por la lucha de la exclusión de las identidades de género trans de los manuales diagnósticos y dejar de considerarse una patología mental.

Para un mejor entendimiento de lo abordado hasta el momento, acerca de la despatologización de la transexualidad, a continuación, se exponen cronológicamente (figura 2), los acontecimientos más importantes que se han ido sucediendo tanto en el ámbito sanitario en relación al manejo clínico de la transexualidad, como los eventos sociales más representativos protagonizados por el colectivo trans, para la defensa de sus derechos y protección frente a desigualdades y abusos.

Figura 2

Defensa de los derechos trans: hitos ámbito sanitario vs. ámbito social

Ámbito sanitario	Año	Ámbito social (activismo trans)
<i>Psychopathia sexualis</i>	1886	
Primeros tratamientos	30'S	
“Transexualismo”	1948	
The Transexual Phenomenon	1952	
	1966	1ª Revuelta: Compton
	1967	Se funda COG
	1968	NTCU
	1969	2ª Revuelta: Stonewall
	1970	Primera marcha del Orgullo
		Fundación STAR
	1973	Discurso Sylvia Rivera
Se funda HBIGDA	1978	
CIE-9		
DSM-III		ACT UP
		Queer Nation
		Primeras organizaciones en España
CIE-10	1992	Asesinato de Marsha P. Johnson
DSM-IV	1994	
	1998	Asesinato de Rita Hester
	1999	Trans Day of Remembrance
	2000	Reorganización STAR
HBIGDA-WPATH	2007	
DSM-V	2013	Campaña Stop Trans Pathologization
	2012	
CIE-11	2018	

Fuente: Amigo (2019) p.19

La psicóloga Cristina Garaizábal, cuenta con una trayectoria profesional de más de 25 años en la atención a personas trans, y se postula a favor de la despatologización de las identidades trans, al considerar lo siguiente:

La transexualidad o para expresarlo con más justicia las rupturas o disonancias con el género asignado, tanto en niñ@s, jóvenes o dult@s no son una patología

ni síntoma de ningún trastorno. Por el contrario, son diferentes posibilidades del desarrollo de la identidad. (Platero, 2014, p.117)

Asimismo, Garaizábal afirma que cada vez más, las personas manifiestan no sentirse identificadas con las rígidas categorías hombre y mujer y de cómo se instauran socialmente, consecuencia de la pérdida de valor a la concepción del género en dos categorías únicas excluyentes, y a la influencia de una mayor libertad de expresión de lo que se siente sin represión (Platero, 2014).

Capítulo 3: ATENCIÓN PSICOMÉDICA A ADOLESCENTES TRANS Y SUS FAMILIAS

En la última década ha habido un aumento de niños y adolescentes que no se sienten conformes con las expectativas del género tradicionales, y demandan la aceptación y reconocimiento de su identidad de género trans, manifestando la necesidad de modificar su anatomía mediante tratamientos clínicos, para hacerla corresponder con su identidad sexual.

A día de hoy, los profesionales de la salud, continúan debatiendo sobre la interpretación y el manejo de la población adolescente trans, para establecer el mejor modo de satisfacer las necesidades sanitarias de este grupo diverso de jóvenes. Entre tanto, la población adolescente trans se enfrenta a grandes desafíos para encontrar el tratamiento y apoyo adecuado en los sistemas de salud.

Se observa, que las necesidades clínicas de la población adolescente trans, supera la experiencia y capacitación de algunos profesionales de la salud (Bonifacio, 2019; Guss et al., 2015). Por ello, a través de este trabajo de investigación, se pretende poner de manifiesto, la necesidad de incluir en los planes de estudio de las ciencias de la salud, como en psicología y medicina, la salud en afirmación del género, con el objetivo de prevenir daños y promover la salud en la población infantil y adolescente trans, especialmente vulnerable.

Como se ha comentado a lo largo de la exposición del presente marco teórico, las identidades trans y de género no binario, han sido consideradas desde las Ciencias Biomédicas, patologías debido a su inclusión en las clasificaciones diagnósticas.

Actualmente, persiste la disputa entre la despatologización de las identidades trans y el acceso a la atención sanitaria para la afirmación del género. Asimismo, algunos profesionales de la salud, mantienen una postura patologizante en el tratamiento de las identidades de género no normativas, como afirma de Vries et al., (2020), “toda persona que busque atención médica debe ser afirmada, respetada, entendida y no juzgada. Sin embargo, las personas trans y de género diverso han experimentado una marginación y discriminación significativas en los entornos de atención médica” (p.1).

Destacar, que las personas trans experimentan una mayor morbilidad en las áreas de salud mental, debido a la discriminación, violencia y sesgos sistémicos, que dificultan su acceso a la atención sanitaria (de Vries et al., 2020).

Profesionales de la salud que atienden a adolescentes trans y sus familias, tienen la oportunidad de brindarles apoyo, así como de llevar a cabo acciones para la promoción de su salud mental, creando espacios seguros de respeto hacia las identidades no normativas, reforzando factores de protección como el acompañamiento familiar y la transición hacia la identidad de género, favoreciendo el desarrollo evolutivo más óptimo posible (Bonifacio et al., 2019; Eisenberg et al., 2017; OMS, 2018c).

3.1. Incidencia y prevalencia de las identidades trans adolescentes

A día de hoy, la incidencia y prevalencia de la disforia de género es difícil de determinar en la población general. No obstante, de lo que sí se tiene constancia, es que una proporción cada vez mayor de población adolescente se identifica como persona trans (transexual, transgénero, género no binario u otro).

Estudios recientes afirman que entre el 0,39% y el 0,60% de población adulta, se identifica como persona trans, con una prevalencia que va en aumento desde los últimos diez años (Bonifacio et al., 2019; Flores et al., 2016). Sin embargo, otros estudios afirman que la proporción es mayor, afirmando que se encuentra en el 4,6 de cada 100.000 personas (Arcelus et al., 2015). Asimismo, un estudio reciente realizado con población española, asegura que la prevalencia de la transexualidad es de 22,1 en 100.000 habitantes y la tasa de incidencia es de 2,5 por 100.00 habitantes, datos obtenidos tras analizarse el número de pacientes que acudieron a la UIG (Unidad de Identidad de Género) de la Comunidad de Madrid, entre los años 2007 y 2015 (Becerra et al., 2017).

Según el estudio de Olyslager y Conway (2007), cuyos datos se presentaron en el XX Simposio Internacional de la WPATH, se estima que la prevalencia de la transexualidad se encuentra entre 1 de cada 1.000 y 1 de cada 2.000 personas.

Hay que tener en cuenta, que la mayoría de las estimaciones realizadas acerca de la incidencia y prevalencia de las identidades trans en la población general, se basan en métodos indirectos, como el recuento de número de personas que solicitan tratamientos sanitarios para la afirmación del género, por lo que es posible que la proporción sea mayor (Bonifacio et al., 2019; Kenneth y Lawrence, 2009).

Otros estudios establecen la prevalencia del fenómeno trans entre el 0,5% y 1,3% de la población general. Sin embargo, otros afirman que es más alta en jóvenes que en adultos, estableciéndose entre el 1,2% y el 4,1% de la población adolescente, aunque

la estabilidad de las identidades trans en la población general, a día de hoy se desconoce (Becker, et. al 2017; Bonifacio et al., 2019; Clark et al., 2014; Zucker, 2017).

Diferentes autores consideran que la mayoría de niños y adolescentes que manifiestan disforia de género, no se identificarán como personas trans cuando sean adultos (Sánchez et al., 2017), llegándose incluso a afirmar, que entre el 80% y 95% de niños prepuberales no seguirá identificándose como persona trans al alcanzar la adolescencia (Becerra et al., 2010). Como se puede observar, algunas investigaciones se centran en establecer la dicotomía de si los niños y adolescentes trans permanecerán o cesarán en su identidad de género manifestada con el paso de los años.

Más allá de obtener una respuesta concreta, la prioridad de profesionales de las ciencias de la salud, debería residir en conocer el desarrollo evolutivo de la identidad de género, ya que como se ha mencionado en el apartado dedicado a ello, la adquisición de la identidad de género es similar en niños y adolescentes transgénero y cisgénero. No se trata de predecir las futuras identidades de género de los niños y adolescentes, sino de apoyar la identidad sexogenérica manifiesta y asesorar acerca de los recursos médicos, psicológicos y sociales de los que disponen, para favorecer lo máximo posible el bienestar físico y psicológico del menor (Newhook et al. 2018).

No todos los niños y adolescentes que manifiestan “identidades de género diferentes a la que se les asignó al nacer, experimentan disforia de género persistente” (Bonifacio et al., 2019, p.70). Asimismo, estudios retrospectivos afirman que el porcentaje de personas que manifiestan disforia de género persistente desde la infancia hasta la edad adulta se sitúa entre el 12% y el 27% (Holt et al., 2016).

Por otro lado, los investigadores Wiegjes et al. (2018), llevaron a cabo un estudio en la clínica de identidad de género más grande de Holanda, que atiende a más del 95% de la población trans de los Países Bajos, y tras el análisis de los expedientes clínicos reportados entre los años 1972 y 2015, se estimó que la prevalencia de personas trans era de 1:3.800 para personas trans masculinas, y de 1:5.200 para personas trans femeninas. De todas ellas, sólo el 0,6% de mujeres trans y el 0,3% de los hombres trans que se sometieron a la intervención quirúrgica para la extirpación de las gónadas (gonadectomía), se arrepintieron de ello.

Respecto a la prevalencia de la disforia de género en población adolescente trans, se resalta la investigación de Steensma, et al., (2011), en la cual se contó con la participación de población adolescente con disforia de género persistente y adolescentes en los que la disforia de género remitió. En dicha población se señaló, la

etapa entre los 10 y los 13 años, por ser crucial en el desarrollo ya que, durante esta fase evolutiva, experimentan cambios en la feminización o masculinización de sus cuerpos, cambios en el entorno social y atracción sentimental hacia otras personas, influyendo sobre sus gustos, intereses y comportamiento relacionados con el género.

Para finalizar se puede decir, que los estudios realizados hasta la fecha para establecer la prevalencia de la disforia de género, genera controversias, ya que las prevalencias informadas podrían resultar inexactas, como consecuencia de los criterios cambiantes de la disforia de género, la pérdida de participantes de seguimiento o la posible clasificación errónea como persona no trans (Bonifacio et al., 2019).

3.2. Detección precoz de las identidades trans

Dependiendo de los autores, se puede afirmar que la identidad de género se conforma durante el primer y el cuarto año de vida. Otros, se posicionan bajo la perspectiva construcciónista de la identidad de género, afirmando que su constitución se prolonga a lo largo de todo nuestro desarrollo vital.

Los niños desde que tienen capacidad para comunicarse, pueden manifestar una identidad distinta al sexo asignado, es decir, una identidad de género trans. Por ello, la detección precoz de las identidades trans durante la infancia y la adolescencia, ha de realizarse por profesionales cualificados que sean capaces de distinguir la expresión de la identidad de género, ya que la variabilidad de género, puede generar dudas entre profesionales a la hora de identificar las identidades trans, especialmente durante los primeros años de vida.

El Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología (GIDSEEN), formado por un grupo multidisciplinar de profesionales de la endocrinología, sociología, pediatría, así como especialistas en salud mental como psicólogos y psiquiatras, establece las pautas para la detección, evaluación y tratamiento psicomédico de la disforia de género durante la infancia y la adolescencia. El GIDSEEN, considera que cualquier intervención sanitaria relacionada con la DG en niños y adolescentes, debe regirse por unos principios éticos y deontológicos, así como por el rigor científico, la experiencia acumulada y la cautela, ante tratamientos crónicos e irreversibles (Esteva et al. 2015).

Según el GIDSEEN, la disforia de género durante la infancia y la adolescencia es una condición compleja, donde adquiere especial importancia su detección precoz, así como un tratamiento íntegro que se ajuste a las necesidades de cada persona. Asimismo,

existen evidencias científicas, de que con ello disminuye la comorbilidad mental, la propia disforia DG y mejora la calidad de vida de las personas trans (Esteva et al. 2015; HBIGDA, 2001; WPATH, 2012).

Para la psicóloga Cristina Garaizabal, experta en diversidad sexual y de género, la adolescencia se presenta como un periodo crítico en las personas trans, en donde hay que tener en cuenta la individualidad y diversidad a la hora de hablar de adolescentes trans. La adolescencia no es un proceso rígido del desarrollo, y según Garaizabal, no hay que realizar un etiquetaje prematuro que impida el libre desarrollo de la identidad en niños y adolescentes. No es lo mismo detectar que diagnosticar. Por ello, como se ha mencionado en el capítulo segundo de este trabajo de investigación, no debería realizarse el diagnóstico clínico de ningún tipo de identidad de género y sexual no binaria, ya que no son enfermedades, simplemente forman parte de la diversidad humana (Reguero, 2014).

Lo que propone Garaizabal, es que cuando observamos que un/a niño/a o un/a adolescente manifiesta una conducta o identidad genérica que no corresponde con las normas socialmente establecidas, es se debe flexibilizar el entorno, dando la oportunidad a menores para que puedan manifestarse de manera libre, legitimando sus sentimientos, expresión y manifestación del género, así como, tranquilizar a las familias (Reguero, 2014).

3.3. Salud mental y adolescentes trans

A día de hoy, se está produciendo un aumento en los servicios de salud de familias con niñxs y adolescentes trans (Castilla, 2018). Adolescentes trans pueden acudir a los centros de salud de atención primaria o de salud mental manifestando claramente que son personas trans y solicitar tratamiento para la afirmación del género, así como, presentar síntomas de un trastorno del estado de ánimo, ansiedad, rasgos depresivos. Igualmente, las familias de menores trans, pueden mostrar preocupación por un cambio en el comportamiento de sus hijxs, al verse reflejado, por ejemplo, en un bajo rendimiento académico o absentismo escolar. En estos casos, es habitual que, en un primer momento, la familia no comunique una preocupación por la identidad de género de su hijx. Por ello, es tan importante el papel y capacitación de profesionales de la salud, siendo fundamental para identificar y apoyar a adolescentes trans, ya que ello puede empeorar problemas relacionados con la salud mental (Bonifacio et al., 2019; Vance, 2014).

Al hablar de salud mental, se hace alusión, al bienestar psicológico, emocional y social que influye en nuestra manera de sentir, pensar y actuar al enfrentarnos a la vida como seres sexuados. La salud mental y la salud física van unidas, y no pueden existir de manera única e independiente.

Según la OMS (2018b), la salud mental individual viene determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales. Y una mala salud mental, puede derivarse de un entorno laboral o escolar estresante, riesgo de violencia, una mala salud física, exclusión social, discriminación por cuestiones de género o por violaciones de los derechos humanos. Por ello, se puede afirmar que la violencia, la discriminación sociosanitaria, la falta de apoyo social y familiar, el entorno estresante y la violación de los derechos humanos, merma la salud física y mental de las personas trans adolescentes.

La población adolescente trans se enfrenta principalmente a dos factores de vulnerabilidad, que pueden afectar a su salud mental. Por un lado, al propio período evolutivo de la adolescencia, en el que se producen importantes cambios a nivel físico, cognitivo y social, como ya se ha comentado en diferentes ocasiones durante el desarrollo de este marco teórico. Según datos recientes de la OMS, los trastornos mentales durante la adolescencia representan el 16% de la población adolescentes a nivel mundial, considerándose el suicidio la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años (OMS, 2020). Por otro lado, la identidad de género trans puede generar dudas sobre la identidad personal. Asimismo, las presiones del entorno hacia las identidades no normativas, pueden afectar negativamente a la salud mental de adolescentes trans.

Cuando hablamos de salud mental en las personas trans, se hace alusión al concepto “estrés de las minorías”, donde las personas con una identidad sexual y de género diversa experimentan altos niveles de estrés provocado, por la estigmatización, discriminación, victimización y los prejuicios que experimentan por su propia condición de ser.

El estrés de las minorías afecta directamente a jóvenes y adolescentes LGTBIQ+, y en concreto a adolescentes y jóvenes adultos que se autodefinen como persona trans, con género diverso o no binario. Esto provoca un alto grado problemas de salud y factores de riesgo asociados, entre los que se encuentran problemas de salud mental, observándose altos índices de síntomas depresivos, baja autoestima, tendencias suicidas (intento e ideación), comportamientos autolesivos y abuso de sustancias (alcohol, tabaco o drogas), respecto a adolescentes y jóvenes adultos cisgénero. Entre

los factores de riesgo de suicidio, se incluyen el rechazo familiar, la discriminación y la transfobia interiorizada (Eisenberg et al., 2017; Chew et al., 2020; Hidalgo et al., 2019; Newcomb et al., 2020; Reisner et al., Rider et al., 2018; 2015; Williams et al., 2021).

Estudios recientes afirman que los niños trans a los que no se les permite expresar su identidad de género, con libertad en sus contextos vitales como en casa o la escuela, tienen mayor predisposición a sufrir riesgos psicosociales negativos, presentar peor salud mental viéndose reflejado en una baja autoestima, baja satisfacción con la vida, estrés postraumático y pensamientos e intentos suicidas y autolíticos. Tanto a corto plazo durante el desarrollo de la adolescencia, como a largo plazo en la edad adulta (D'Augelli et al., 2006; Hidalgo et al., 2013; Hill et al., 2010; Newhook et al., 2018; Roberts et al., 2012).

Por otro lado, los investigadores Wallace et al., (2013) aseguran que obligar a los niñxs a ajustarse a las expectativas estereotipadas del género, afecta negativamente en el desarrollo de la relación de apego entre figuras parentales e hijos/as/es, aumentando el riesgo de padecer depresión y vergüenza persistente, tanto durante la adolescencia como en la edad adulta, siendo necesario llevar a cabo acciones que disminuyan la transfobia y favorezcan el apoyo social y la salud mental de los jóvenes trans (Arcelus et al., 2016).

3.3.1. Barreras en la atención sanitaria

Autores como Porter et al., (2016) y Safer et al. (2016) ponen de manifiesto que la población trans manifiesta barreras en el acceso a servicios de salud afirmativos del género que sean competentes, como consecuencia de la falta de capacitación de profesionales sanitarios, prejuicios y estigmatización percibidos o reales hacia la población trans dentro de la biomedicina, así como barreras asistenciales de los sistemas de salud, burocráticas y socioeconómicas. De igual modo, la investigación de Gridley et al., (2016), indica que entre las barreras percibidas por adolescentes trans de 14 a 22 años y sus familias, se encuentran: la existencia de pocos profesionales sanitarios capacitados en atención afirmativa del género en población infantil y adolescente, el uso inconsistente del nombre / pronombre elegido, la falta de protocolos aplicados de manera consistente, así como el acceso limitado a los tratamientos médicos, provocando todo ello, el retraso al acceso de tratamientos farmacológicos (bloqueadores hormonales y tratamiento hormonal cruzado).

Las consecuencias de las barreras sanitarias, hacen que algunos adolescentes trans decidan autoinformarse por su cuenta sobre los tratamientos clínicos disponibles para

la afirmación del género y acaben autohormonándose sin supervisión médica. Aumentando considerablemente, el riesgo y peligro para su salud (Bonifacio et al., 2019).

Todas estas barreras (falta de capacitación de profesionales sanitarios, falta de protocolos, prejuicios, estigmatización, etc.), han sido el origen y el punto de partida de este trabajo de investigación, en el que se tiene como eje central a menores que se autodefinen con una identidad de género trans, siendo el objetivo mejorar su salud, su bienestar, su integración y profundizar en su conocimiento, para ayudar y contribuir en la medida de lo posible, a evitar que quienes desconocen esta realidad, vulneren sus derechos de manera explícita e implícita. Como dijo Albert Einstein: “la mente es como un paracaídas, sólo funciona si se abre”, así que, esta doctoranda pretender entre otros, abrir mentes para deconstruir ideologías y ayudar a que lo heterogéneo se instale.

3.3.2. Terapia afirmativa en adolescentes trans

La terapia afirmativa consiste en el apoyo al desarrollo de las identidades sexuales y de género no normativas. En el caso de la población infantil y adolescente trans, los enfoques afirmativos ayudan a sus familias a ofrecer el apoyo que necesitan, a través de tratamientos endocrinológicos y psicoterapéuticos para llevar a cabo la transición anatómica y social en niños y adolescentes trans (Shumer et al., 2016).

El enfoque afirmativo parte de las premisas de que la variabilidad de género no es una patología, el género es fluctuante y en ocasiones es no binario, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos los problemas de conducta o salud mental en niños y adolescentes trans, son la consecuencia de reacciones negativas del entorno social hacia la transexualidad, es decir, de la transfobia (Castilla, 2018). Entre los diferentes objetivos del enfoque afirmativo se encuentran: promover la autoestima, la desestigmatización de la variabilidad sexual y de género, ofrecer oportunidades para facilitar el acceso sociosanitario de dicha población, la creación de espacios más seguros y libres tanto en las escuelas como el resto de entornos sociales, así como ofrecer herramientas para que las familias puedan apoyar a los niños y adolescentes trans (Bonifacio, et al., 2019; Newhook et al. 2018; Saeger, 2006).

Hay que tener en cuenta que el enfoque afirmativo en las personas trans no significa necesariamente llevar a cabo una transición anatómica. El apoyo afirmativo es un enfoque neutral donde se apoya a los niños y adolescentes trans en la expresión, identidad y necesidades que están experimentando en relación a su género, sin dirigir

hacia ninguna identidad en particular, a pesar de que la presión social a la que se está sometido, nos empuja hacia la identidad cisgénero (Hidalgo et al., 2013; Newhook et al. 2018).

Asimismo, la afirmación de la identidad de género en niños y adolescentes trans se convierte en un factor de protección de la capacidad de respuesta ante el estrés biológico, mejorando el desarrollo de determinadas estructuras cerebrales relacionadas con la estabilidad emocional, el control de impulsos, la memoria y el aprendizaje (De Bellis et al., 1999a; De Bellis et al., 1999b; Newhook et al. 2018).

3.4. La transición

3.4.1. Transición en adolescentes trans

A nivel mundial, un número cada vez mayor de preadolescentes y adolescentes que se identifican como persona trans (transexual, transgénero, género no binario u otro), buscan asesoramiento y asistencia psicomédica para conseguir lo antes posible el desarrollo de características físicas conformes a su identidad de género (Esteva et al., 2015; Rosenthal, 2014).

La transición de género o afirmación de género en adolescentes trans, hace referencia al desarrollo de una expresión del género congruente con la identidad de género manifestada, y puede comprender una transición social, mediante el cambio de nombre y de sexo en los documentos oficiales de identificación personal y la vivencia del rol y su expresión, en parte o en todos los contextos vitales. También, una transición anatómica mediante tratamientos médicos, aunque no siendo necesaria para todas las personas trans.

La transición en adolescentes trans, comprende tres tipos de intervenciones: en primer lugar, las intervenciones reversibles que incluyen tanto procedimientos no médicos, que correspondería a la transición social, como tratamientos médicos para el bloqueo puberal, a través de la administración de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina.

Para que adolescentes trans y sus familias tomen una decisión informada sobre el retraso puberal, es necesario haber alcanzado el estadio 2 de la Escala de *Tanner*. En la actualidad, una de las escalas más utilizadas para describir los cambios físicos que se observan durante la pubertad tanto en genitales como en el pecho y vello púbico en ambos sexos es la escala de *Tanner*. Gabaldón y Román (2020) afirman que “algunos niños pueden llegar a edades muy tempranas, por ejemplo, a los 9 años de edad” (p.

82), aunque la mayoría de estudios en este enfoque incluyen a jóvenes que han alcanzado los 12 años de edad (Becker et al., 2018; Steensma et al., 2011; (de) Vries et al., 2011).

El retraso de la pubertad se lleva a cabo con un doble propósito: por un lado, permite a los niños y adolescentes trans tener mayor espacio de tiempo para explorar y transitar por diferentes identidades de género. Y, por otro lado, bloquear el desarrollo de caracteres sexuales anatómicos en jóvenes que manifiestan la persistencia de una identidad de género trans, favoreciendo que se lleven a cabo, menos intervenciones quirúrgicas futuras, si la persona lo llegase a considerar.

En segundo lugar, se encuentran las intervenciones parcialmente reversibles, que incluyen tratamiento hormonal cruzado con estrógenos o testosterona, a partir de los 16 años de edad. En algunos países tener 16 años significa ser un menor maduro y con ello, la posibilidad de la toma de decisiones en relación a tratamientos médicos no necesitando el consentimiento de las figuras parentales.

Por último, se encuentran las intervenciones de carácter irreversible, que consiste en cirugías para la masculinización o feminización corporal, pudiendo llevarse a cabo a partir de los 18 años (Fernández et al., 2015; Hembree et al., 2009; Retamal et al., 2021).

Tabla 7

Etapas para la transición anatómica en adolescentes trans

Intervenciones físicas en adolescentes trans para la afirmación del género					
	Tipo de tratamiento	Tipo de intervención	Finalidad	Intervención médica	Edad
Etapa 1	Hormonal	Totalmente reversible	Aplazamiento de la pubertad	Bloqueadores hormonales	Etapa Tanner II (9 - 14)
Etapa 2	Hormonal	Parcialmente reversible	Masculinización o feminización anatómica	Tratamiento hormonal cruzado	< 16 con consentimiento figuras parentales
Etapa 3	Quirúrgico	Irreversible	Masculinización o feminización anatómica	Cirugías	18 <

Todo adolescente trans puede ser receptor del tratamiento médico para la transición anatómica, pero únicamente la propia persona trans, es quien decide en qué momento y hasta qué fase quiere llegar. El tránsito es un proceso único y todo profesional de la

salud, ha de respetar la autonomía, libertad e individualidad en la construcción de la identidad de todas las personas.

Algunas personas trans deciden no llegar a la tercera fase del tratamiento para la afirmación del género, al considerar que no les es necesario someterse a modificaciones corporales mediante cirugías, ya que con el tratamiento de bloqueadores hormonales y hormonas cruzadas se sienten satisfechas. Otras personas, sin embargo, habiendo modificado algunos de sus caracteres secundarios con hormonas y /o cirugías, deciden no modificar sus genitales por considerar que no afecta a su identidad de género y el buen desarrollo de su sexualidad. Asimismo, existen personas que rechazan tener que situarse en una de las dos categorías socialmente establecidas y reivindican espacios para personas géneros alternativos (Gabaldón y Román, 2020).

Los criterios actuales que establece la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) vigentes desde el año 2011, para que adolescentes trans o con disconformidad de género puedan iniciar la transición anatómica mediante tratamiento endocrinológico, son los siguientes (WPATH, 2012):

- La persona adolescente refiere disconformidad o disforia de género de manera intensa y duradera.
- La disforia de género ha aparecido o se ha agravado con el inicio de la pubertad.
- Se ha llevado a cabo una evaluación previa para la comprobación de que no existen otros problemas de carácter médico, psicológico o social que pueda inferir en el tratamiento, de manera que el funcionamiento de la persona adolescente es óptimo y estable para la administración del tratamiento.
- La persona adolescente trans aporta consentimiento informado, cuando no ha alcanzado la edad para dar dicho consentimiento, por lo que, los progenitores han de consentir el tratamiento y se involucran durante el tratamiento. (p. 21)

3.4.2. Transición de las familias

La transición en niños y adolescentes trans, es una cuestión que les afecta tanto a ellxs como a sus familias. Partimos de la idea de que, a nivel general, las familias generan una serie de expectativas sobre sus hijxs en base a su sexo asignado, incluso antes de su nacimiento, sobre unos comportamientos y roles masculinos o femeninos. Muchas familias ni siquiera se plantean, la posibilidad de que su bebé pueda manifestar durante su desarrollo vital una identidad de género no binaria o de que sea la contraria al sexo anatómico.

Cuando las familias se percatan de la posibilidad de que sus hijxs pueden ser personas trans, se producen diversas reacciones, como la sorpresa o el asombro, así como el miedo por las reacciones adversas del entorno (transfobia) o la decepción al no ser sus hijxs como ellos esperaban. Algunas familias se autoculpelan y responsabilizan a sí mismos o a sus hijxs por ser personas trans, y se cuestionan qué ha sucedido para que sus hijxs sean diferentes al resto de niños cis (Platero, 2014).

Es frecuente que las familias con hijxs trans elaboren “un duelo por el niño o la niña que habían imaginado tener y han de enfrentarse al niño, niña o niñe que tienen delante con su propios problemas y necesidades” (Platero, 2014, p.76). En la elaboración de este proceso de duelo se pueden distinguir tres fases diferenciadas: la primera, que correspondería al “shock emocional” que supone tomar conciencia de que sus hijxs no son como esperaban; posteriormente surgiría e la aceptación de que su hijx es una persona trans, y finalmente, en la última fase aparecería la adaptación, la cual supondría ponerse en acción y adaptarse a las necesidades de la persona trans y no a las necesidades que marca la sociedad (Platero, 2014).

Se debe de tener en cuenta, de que cada persona tiene su propio ritmo de asimilación, por ello, es frecuente que haya madres y padres que tarden un tiempo en procesar lo que está sucediendo, algunas parejas lo realicen al mismo tiempo, otras en tiempos diferentes y otras lo realicen de manera individualizada (Mayor, 2020).

Una vez que las familias aceptan que su hijx es una persona trans, les surgen dudas acerca de la conveniencia o no de realizar el tránsito hacia la identidad de género manifestada, sobre cómo ha de llevarse a cabo dicho proceso, o cuál es el mejor momento para hacerlo. Profesionales de la psicología, tienen la labor de informar y asesorar sobre las diferentes posibilidades para la afirmación del género, así como la resolución de dudas y manejo de las emociones durante todo el proceso, ya que sus hijxs necesitan su ayuda y deben estar preparados (Platero, 2014).

El profesor de la Universidad del País Vasco Aingeru Mayor, en su libro “Tránsitos: Comprender la transexualidad infantil y juvenil a través de los relatos de madres y padres” publicado en el año 2020, analiza el tránsito al que se enfrentan las familias y lo describe de la siguiente manera:

El tránsito no es tanto algo que realiza la chica o el chico en cuestión, sino que principalmente lo hacen los demás y se trata, sobre todo, de un tránsito en la mirada, en la percepción que tienen los demás. En realidad, no cambia “lo mirado” sino que cambia “la mirada”. (p. 260)

El tránsito conlleva el cambio de sexo, nombre y pronombre, así como un cambio en la apariencia exterior. Es frecuente que los cambios se produzcan de manera gradual. Asimismo, en un principio los cambios sólo ocurren en el hogar durante un tiempo, y sirven de preparación para el tránsito social. “Algunas familias viven una “doble vida”: en casa es chico y en la calle es chica (o viceversa)” (Mayor, 2020, p. 260). Posteriormente, comienza el tránsito social, es decir, la manifestación de la identidad de género más allá del hogar, en la familia extensa, en el barrio, en la escuela, etc., y como afirma Mayor (2020) “Ya no es suficiente con poder ser en el entorno íntimo y seguro del hogar, ahora necesitan ser en todos los ambientes en los que habitan” (p. 260).

En todo este proceso de tránsito, es necesario enfrentarse a asuntos burocráticos y administrativos como por ejemplo el cambio de nombre y sexo en documentos oficiales, para su uso en el ámbito escolar o sanitario, experimentando el menor trans facilidades u obstáculos de los sistemas administrativos o sanitarios, aspectos que repercuten directamente sobre su salud física y mental.

Un gran número de familias son guiadas por profesionales de salud mental en la transición de sus hijxs adolescentes trans, observándose que, con ello, se reduce la disforia de género. Como se verá s a continuación, varios hallazgos afirman que la transición social y el apoyo familiar para iniciar el proceso favorece la salud mental de adolescentes que refieren incongruencia de género (Retamal et al., 2021).

La disforia de género suele ir acompañada de insatisfacción con la imagen corporal y angustia en la mayoría de adolescentes a los que se les atiende clínicamente. Hay que tener en cuenta, que los problemas con la imagen corporal en las personas con disforia de género, no solamente tienen que ver con las características sexuales, ya que según los investigadores Van de Grift et al., (2016), una apariencia física discordante con la identidad de género manifestada, puede provocar problemas de salud mental, relacionadas con una mayor exposición a la estigmatización y a la discriminación por parte del entorno social.

Estudios recientes afirman que la transición para la afirmación del género, consistente en la supresión de la pubertad mediante tratamientos hormonales o quirúrgicos, alivian la insatisfacción corporal de las personas trans adolescentes. Asimismo, el apoyo psicológico previo, durante y posterior a la transición corporal es beneficioso en el funcionamiento psicosocial de dicha población (Becker et al., 2016; Bonifacio et al., 2019; Costa et al., 2015).

La terapia hormonal para la afirmación del género tiene efectos psicológicos positivos en adolescentes trans, reduciéndose los niveles de ansiedad, angustia, depresión, mejorando su autoestima y los índices de calidad de vida, respecto de los que no (Becker, et al., 2018; Nguyen et al., 2018; Rowniak et al., 2019; (de) Vries, 2014).

A su vez, la supresión de la pubertad en adolescentes trans, proporciona un mayor espacio de tiempo para la exploración de la propia identidad de género y tomar decisiones sobre los tratamientos para la transición corporal (Costa et al., 2015; (de) Vries et al., 2011).

Según (de) Vries et al. (2014) la población adolescente trans que completa el tratamiento médico de afirmación del género, manifiesta una disminución de la DG, y su estado psicológico mejora significativamente, obteniéndose resultados de bienestar similares o superiores a los de la población general. Por ello, se puede afirmar que el bienestar psicológico se correlaciona positivamente con el bienestar postquirúrgico.

Por otro lado, el apoyo familiar se considera un factor protector en adolescentes trans. Algunos estudios afirman la aceptación y apoyo familiar hacia la identidad de género y la orientación sexual en niños y adolescentes LGTBIQ+, favorece su salud física y mental. El apoyo familiar se asocia con niveles más altos de autoestima, aceptación social y un factor de protección ante el abuso de sustancias, la depresión y comportamientos e ideación autolesiva y suicida en dicha población (Olson et al., 2016; Ryan et al., 2010). Por el contrario, el rechazo familiar incrementa hasta ocho veces más la probabilidad de intentos de suicidio en población adolescente trans (Retamal et al., 2021; Tomicic et al., 2016).

Por último, comentar que entre los factores que promueven la resiliencia y mejoran la salud mental de adolescentes trans se encuentran el apoyo familiar y social, el sentimiento de seguridad y pertenencia a la escuela, así como, el uso del nombre y pronombre elegido (Tankersley et al., 2021).

3.5. Protocolos de atención sanitaria en adolescentes trans

A nivel internacional, los estándares asistenciales que propone la Asociación Mundial de Profesionales de la Salud Transgénero (*World Professional Association of Transgender Health*, WPATH), son el referente para profesionales de la salud que tratan a personas trans. Esta asociación conocida anteriormente como Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin (*Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, HBGDA), establecía los “Estándares de atención para

los trastornos de Identidad de Género” (*Standards of Care for Gender Identity Disorders*, SOC), como protocolo oficial para los tratamientos de cambio de sexo. Dicho protocolo, sigue las pautas para la identificación y criterios diagnósticos propuestos en su momento, por el Dr. H. Benjamin, en los cuales se indica cómo debe realizarse el tratamiento psicológico, hormonal y quirúrgico en las personas trans.

Durante los años 70 y 80, varios países europeos adquirieron dicho protocolo de actuación en el ámbito sanitario, con el objetivo de abordar las diferentes cuestiones relacionadas con la salud que demandan las personas trans adultas, niñxs y adolescentes. Su aplicación ha permitido que los SOC se hayan ido adaptando y perfeccionando, creándose unidades especializadas en identidad de género en hospitales públicos de nuestro país. Asimismo, a partir de la quinta versión (HBIGDA, 1998), se incluía a la población adolescente para ser subsidiaria de tratamientos hormonales para la afirmación del género.

Actualmente, se encuentra vigente la 7^a versión de la HBIGDA publicada en el año 2011, para que profesionales de la salud puedan ayudar a personas trans y con variabilidad de género, a transitar de manera segura y eficaz, y favorecer el bienestar psicológico, maximizar su salud y fomentar la realización personal (WPATH, 2012).

Los SOC establecen una serie de pautas y criterios, para que, de manera estandarizada y flexible, se pueda dar cobertura a las diferentes demandas y necesidades relacionadas con la salud de las personas trans o con variabilidad de género, mediante tratamiento hormonal, cuestiones relativas a la salud reproductiva, la salud mental, la terapia de voz y comunicación, el tratamiento quirúrgico, los cuidados postoperatorios y seguimiento. Asimismo, establece las pautas y criterios específicos para la evaluación y tratamiento de niñas/os y adolescentes con disforia de género (WPATH, 2012).

Actualmente, el sistema sanitario público español atiende a personas con identidades de género trans en Unidades especializadas en la Identidad de Género (UIG), mediante la acción interdisciplinar de diferentes especialistas en medicina, endocrinología, psicología, psiquiatría y trabajo social, entre otros. Las UIG se rigen por criterios internacionales y están acreditadas con criterios de calidad asistencial institucional.

En España, la atención sanitaria a las personas trans se ha llevado a cabo gradualmente. En el año 1999, Andalucía creaba la primera unidad multidisciplinar para el tratamiento completo de la afirmación del género (Gómez Gil et al., 2020). Y desde el

año 2007, se producía un aumento de estas unidades especializadas, observándose que los demandantes eran cada vez más jóvenes. Gracias a ello, los jóvenes trans, recurren menos a la autohormonación, disminuyendo los riesgos para su salud (Fernández et al., 2015).

En relación al protocolo para llevar a cabo el proceso transición anatómica en adolescentes trans en las UIG, éste comprende tres fases. La primera fase se conoce como terapia triádica, que se compone de una evaluación diagnóstica inicial psicológica y psicoterapia. Una segunda fase que consiste en una evaluación endocrinológica y tratamiento farmacológico. Y por último, una tercera fase que comprende cirugías para la afirmación del género (Hurtado, 2015; Moreno y Esteva, 2012).

Es importante destacar, que el diagnóstico de disforia de género debe ser emitido por un profesional de la salud mental, psicólogo clínico, psicólogo general sanitario o psiquiatra. La importancia de dicho diagnóstico radica, en que permite el acceso al tratamiento hormonal y/o quirúrgico para llevar a cabo el tránsito anatómico que algunas personas trans o con género no normativo necesitan realizar.

3.5.1. El diagnóstico de disforia de género

El diagnóstico de disforia de género en personas trans, se elabora mediante el relato de la propia persona y de sus familiares (en el caso de menores), a través de entrevistas semiestructuradas y cuestionarios que puedan ayudar a aportar información adicional y esclarecer dicho diagnóstico.

Hay que tener en cuenta que los criterios diagnósticos del DSM-5, en el caso de adolescentes que manifiestan disforia de género, establecen que determinados síntomas hayan tenido una duración mínima de 6 meses en los últimos 2 años, por lo que dichos síntomas, pueden haber estado presentes o no durante la niñez o etapa prepuberal. De igual modo, el diagnóstico de disforia de género refiere angustia, pero algunos adolescentes que han vivido en base a su identidad de género manifestada no siempre la han padecido, por lo que no cumplirían con dicho criterio diagnóstico (Singh, et. al., 2010).

El acompañamiento psicológico para la afirmación del género puede estar presente durante todo el proceso de transición física, así como en la fase postquirúrgica, con el objetivo de favorecer la salud mental de las personas trans. Como se ve, profesionales de la salud mental desempeñan un papel fundamental durante todo el proceso de transición hacia la identidad de género de las personas trans. Por ello, en el año 2015

la APA publicaba la *Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People*, con el fin de establecer las pautas y directrices para guiar a profesionales de la psicología en la práctica de la terapia psicológica trans-afirmativa, en la atención a personas transgénero y no conformes con el género (TNCG).

A continuación, se destacan las pautas y directrices para una óptima atención psicológica en población adolescentes trans (APA, 2015):

- Pauta 1. Los psicólogos comprenden que el género es una construcción no binaria que permite una variedad de identidades de género y que la identidad de género de una persona puede no coincidir con el sexo asignado al nacer.
- Pauta 2. Los psicólogos comprenden que la identidad de género y la orientación sexual son constructos diferentes pero interrelacionados.
- Pauta 3. Los psicólogos buscan comprender cómo la identidad de género se cruza con las otras identidades culturales de las personas TNCG.
- Directriz 4. Los psicólogos son conscientes de cómo sus actitudes y conocimientos sobre la identidad de género y la expresión de género pueden afectar la calidad de la atención que brindan a las personas TNCG y sus familias.
- Pauta 5. Los psicólogos reconocen cómo el estigma, los prejuicios, la discriminación y la violencia afectan la salud y el bienestar de las personas TNCG.
- Directriz 6. Los psicólogos se esfuerzan por reconocer la influencia de las barreras institucionales en la vida de las personas TGNC y ayudan a desarrollar entornos de TGNC afirmativos.
- Directriz 7: Los psicólogos comprenden la necesidad de promover un cambio social que reduzca los efectos negativos del estigma en la salud y el bienestar de las personas TNCG.
- Directriz 8. Psicólogos que trabajan con cuestiones de género y jóvenes TGNC comprenden las diferentes necesidades de desarrollo de los niños y adolescentes, y que no todos los jóvenes persistirán en una identidad TGNC hasta la edad adulta.
- Pauta 9. Los psicólogos se esfuerzan por comprender cómo los problemas de salud mental pueden o no estar relacionados con la identidad de género de una persona TNCG y los efectos psicológicos del estrés de las minorías.
- Pauta 10. Los psicólogos reconocen que las personas TNCG tienen más probabilidades de experimentar resultados positivos en la vida cuando reciben apoyo social o atención trans-afirmativa.

- Directriz 11. Los psicólogos se esfuerzan por comprender los efectos que los cambios en la identidad de género y la expresión de género tienen en las relaciones románticas y sexuales de las personas TNCG.
- Pauta 12. Los psicólogos buscan comprender cómo la paternidad y la formación familiar entre las personas TNCG adoptan una variedad de formas.
- Pauta 13. Los psicólogos reconocen los beneficios potenciales de un enfoque interdisciplinario al brindar atención a personas TNCG y se esfuerzan por trabajar en colaboración con otros profesionales.

A nivel internacional, se ha publicado recientemente una nueva guía *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society*Clinical Practice Guideline* (2017), para el tratamiento endocrinológico de personas con disforia de género/ incongruencia de género, en la cual destaca la labor de profesionales de la salud mental en la evaluación y diagnóstico de la disforia de género en adolescentes trans y no conformes con el género. En dicha guía se establecen las siguientes recomendaciones (Hembree et al., 2017):

- 1) Estar capacitados en psicología y psicopatología del desarrollo infantil y adolescente.
- 2) Ser competentes en el uso del DSM y / o la CIE para fines de diagnósticos.
- 3) Estar capacitados para distinguir entre disforia de género, incongruencia de género y afecciones que tienen características similares (por ejemplo, trastorno dismórfico corporal).
- 4) Estar capacitados en el diagnóstico de afecciones psiquiátricas.
- 5) Ser capaces de emprender o derivar a un tratamiento apropiado.
- 6) Estar capacitados para evaluar psicosocialmente la comprensión de la persona y las condiciones sociales que pueden afectar la terapia hormonal de afirmación de género.
- 7) Asistir regularmente a reuniones profesionales relevantes.
- 8) Conocer los criterios para el bloqueo de la pubertad y el tratamiento hormonal de afirmación de género en adolescentes trans. (p. 3870)

En relación a estas directrices (Hembree et al., 2017), la Asociación Española de Pediatría (AEP), establece las pautas y criterios del proceso de tránsito anatómico en niñxs y adolescentes con diversidad de género, desde una perspectiva clínica, ética y jurídica. Además, la AEP, señala la necesidad de un trabajo multidisciplinar coordinado

por parte de profesionales del ámbito sociosanitario. Para Riaño et al. (2018), el asesoramiento y evaluación psicológica, han de utilizarse como elementos facilitadores de la transición de género. Del mismo modo, el “acompañamiento psicológico debería estar dirigido a abordar experiencias de sufrimiento, discriminación o acoso escolar, así como, facilitar el bienestar y la estabilidad psicológica” (Riaño et al., 2018, p.123.e3).

3.6. El rol de profesionales de la psicología en la atención a personas trans

Me hubiera gustado que en algunas sesiones de terapia psiquiátrica, de grupo, familiar, de pareja, etc., me hubiesen enseñado a mirar mi cuerpo, me hubiesen dado herramientas para quererlo y, sobre todo, que no lo hubiesen convertido en el responsable de mi malestar ni el motor de mi odio.

Miquel Missé: “Transexualidades. Otras miradas posibles” (2014)

Profesionales de salud mental pueden prestar sus servicios a personas adolescentes trans y con variabilidad de género y a sus familias de múltiples formas, dependiendo de las necesidades particulares de cada usuario, pudiendo ejercer de psicoterapeutas, terapeutas familiares o educadores.

En ocasiones, estos profesionales pueden llevar a cabo sesiones de psicoterapia para la exploración y afirmación de la identidad y expresión del género. También pueden informar y derivar a otro profesional sanitario, para llevar a cabo la transición anatómica mediante tratamientos médicos. Igualmente, pueden ofrecer acompañamiento, asesoramiento y apoyo psicológico a sus familias, o tratar cuestiones no relacionadas con el género.

A continuación, se destacan las funciones generales y específicas de profesionales de la psicología en la atención a las personas adolescentes trans y a sus familias, en relación a cuestiones relativas a la identidad de género manifestada:

Funciones generales:

- ✓ Informar sobre el origen del malestar psicológico que pueda experimentar una persona trans. En la mayoría de los casos se debe a las presiones del entorno social hacia las identidades trans (transfobia).

- ✓ Informar sobre la disforia de género, ya que no todas las personas con identidades trans la experimentan, y si así ocurre, su labor profesional consiste en ayudar a mitigarla.
- ✓ Aclarar términos y conceptos que pueden generar confusión a la hora de identificar la identidad de género del adolescente trans (identidad de género, expresión de género, orientación sexual, identidades no binarias, identidades trans etc.).
- ✓ Orientar a adolescentes trans y sus familias, hacia los recursos sociales y sanitarios a los que pueden acceder las personas trans, y en concreto, los menores de edad.
- ✓ Informar sobre los procedimientos médicos necesarios para realizar el tránsito físico hacia la identidad de género manifestada.
- ✓ Acompañar psicológica y emocionalmente durante el tránsito social y/o anatómico.
- ✓ Facilitar el proceso de visibilidad y aceptación de las identidades trans mediante grupos de apoyo entre iguales. Para ello, se informará sobre grupos existentes de adolescentes trans y sus familias en asociaciones, fundaciones o programas en materia de asuntos sociales, familia y menores para el apoyo a los derechos de las personas LGTBI.
- ✓ Evaluar la seguridad y riesgos del entorno en el que se va a desenvolver el adolescente trans para minimizar su impacto y no poner en peligro su integridad física, social o emocional. Para ello es necesario el acompañamiento y trabajo conjunto por parte de profesionales de la salud mental, del trabajo social, del ámbito educativo y jurídico.

Funciones específicas:

Adolescentes trans

- ✓ Abordaje y tratamiento de la ansiedad y/o depresión subyacente, que pueda manifestar el adolescente trans antes o después de identificar su identidad de género, por falta de apoyo familiar o presiones sociales hacia las identidades trans (transfobia).
- ✓ Acompañar al adolescente trans en la afirmación y expresión del género, teniendo en cuenta que la diversidad sexogenérica abarca múltiples posibilidades que van más allá de los modelos binarios heteronormativos socialmente establecidos.
- ✓ Abordar de manera individualizada los deseos y expectativas de cada adolescente trans respecto a su identidad de género y la relación con su propio cuerpo.

Familias

- ✓ Tranquilizar y orientar a las familias cuando creen que su hijo/a/e es una persona trans.
- ✓ Informar a las familias de que el género puede ser cambiante a lo largo del tiempo, y que con frecuencia es no binario, sobre todo durante la infancia y adolescencia.
- ✓ Normalizar la situación de su hijx trans, aclarar que no se trata de algo raro o poco común. Las identidades trans forman parte de la diversidad de los seres humanos, y bajo ningún concepto se debe considerar o tratar como una patología o enfermedad mental.
- ✓ Concienciar a las familias acerca de la importancia de la aceptación y apoyo que den a sus hijxs , y el impacto directo que tiene sobre la salud física y mental.

3.7. Cuestiones éticas y aspectos jurídicos de menores trans

3.7.1. Cuestiones éticas

La identidad de género trans se considera desde el ámbito sanitario la “condición y categoría médica atravesada por cuestiones éticas que se hacen más patentes en el caso de los niños y adolescentes” (Gabaldón y Román, 2020, p.157).

Desde el momento en el que las identidades y expresiones de género no binarias como el transexualismo, transgenerismo o travestismo se consideran categorías médicas, se cuestiona la implicación de factores bioéticos para su abordaje desde el ámbito de la salud. En un inicio, el tratamiento de la disforia de género es un acto marcado por una ética humanista, motivado por aliviar el sufrimiento de aquellas personas que manifestaban sentir un “doloroso desacuerdo entre su identidad - masculina o femenina - y su morfología física” (Soley, 2014, p. 23).

En la actualidad, profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) que abordan el diagnóstico de las identidades trans consideran que la diversidad de género no es algo patológico, ya que tal y como afirman Coolhart & Shipman (2017), las identidades transgénero y no conforme con el género, son variaciones de la humanidad y deben de ser normalizadas y afirmadas.

En concreto, profesionales de la psicología tienen el compromiso de respetar y proteger los derechos civiles y humanos de todas las personas a las que atienden. (APA, 2003). Tal y como se ha comentado en el presente capítulo, profesionales de la salud mental se encargan de la evaluación y diagnóstico de la disforia de género en personas trans, así como de la realización de sesiones de psicoterapia para el acompañamiento psicológico durante todo el proceso de transición hacia la identidad de género.

El tratamiento médico para la afirmación del género en jóvenes trans, ha de realizarse bajo los principios éticos de libertad y autonomía, sin que el entorno (profesionales y familia) deba influir sobre su toma de decisiones, evaluándose de manera permanente la capacidad de comprensión y razonamiento sobre el tipo de tratamiento a seguir, ofreciendo las diferentes opciones existentes de tratamiento e informando, sobre las posibles consecuencias adversas que pueden acontecer, así como de la reversibilidad e irreversibilidad de los cambios anatómicos (Gabaldón, 2016).

La población infantil y adolescente trans se considera especialmente vulnerable, ya que la minoría de edad y el abordaje de la identidad de género, son factores atravesados por principios bioéticos.

A nivel internacional, la APA establece los principios éticos por los que han de regirse profesionales de la psicología, entre los cuales se destaca el respeto por los derechos y dignidad de las personas, que incluye el respeto a la autodeterminación de las personas, y que afecta directamente a las personas trans. Los principios éticos propuestos por la APA, son los siguientes (APA, 2003; Kimberly et al., 2018):

- ✓ Beneficencia y No maleficencia. Maximizar los esfuerzos por “hacer el bien”, promover el bien o bienestar. Así como, no producir daño intencionadamente y prevenirlo.
- ✓ Fidelidad y Responsabilidad. Establecer relaciones de confianza a quienes atienden. Tiene responsabilidades profesionales, éticas y científicas tanto con las personas a las que se atiende como con otros profesionales.
- ✓ Integridad. Promover la honestidad, veracidad y exactitud tanto a nivel científico como en la praxis de la psicología.
- ✓ Justicia. Proporcionar un tratamiento justo y equitativo para todas las personas, evitando todo tipo de discriminación.
- ✓ Respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Respetar el valor y la dignidad de todas las personas, respetando la autodeterminación, privacidad y confidencialidad de los sujetos.

En España, profesionales de la psicología cuentan con un Código Deontológico, cuyos Principios Generales siguen las directrices de la APA. El código deontológico de los psicólogos vigente es la *Modificación del Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, para su adaptación a la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. (Ley Ómnibus) Aprobada en Junta General de 6 de marzo de 2010* (CGCOP, 2010). Dicho Código puede ser consultado en la página web del Consejo General de la Psicología de España.

Actualmente, existen diversas opciones de tratamiento para el abordaje de la disforia de género en personas trans. En el caso de población infantil y adolescente trans, se aplican con el fin de disminuir la disforia de género y evitar efectos negativos sobre la salud física y mental futuros, derivados del no tratamiento. Pero al mismo tiempo, surgen desafíos éticos para garantizar que los jóvenes trans reciban un trato y tratamiento adecuado, asequible, seguro y que el acceso a los mismos sea equitativo y justo (Kimberly et al., 2018).

Como afirma el psiquiatra Sabel Gabaldón Fraile, especialista en variabilidad de género y conductas de género no normativas: “una asistencia fundada en la ética reconoce a los niños y adolescentes como individuos sociales, personas vulnerables, sujetos de derecho y agentes morales más o menos autónomos” (Gabaldón y Román, 2020, p.157).

Es necesario destacar el principio de la autonomía en la población adolescente trans, ya que en ocasiones no se sienten legitimados ni escuchados para la toma de decisiones sobre su propio tratamiento para la afirmación del género, debido a la minoría de edad. La legislación española concede la mayoría de edad sanitaria a partir de los 16 años, lo que es conocido como el “menor maduro”, dotando a la persona el derecho a ser informada y a tomar decisiones sobre su propia salud. Por ello, menores trans cuya edad sea inferior a los 16 años de edad dependerán de sus figuras parentales para que les consientan la administración de terapia hormonal cruzada, y por ello, lo ideal es que exista una armonía de opinión y toma de decisiones acerca del tratamiento a seguir, entre el menor, la familia y el profesional.

Según la 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, tiene por objeto “la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como, de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica”. En base a esta ley, se garantiza que el tratamiento en menores trans se está llevando a cabo bajo la autonomía, voluntariedad y comprensión de los beneficios y consecuencias del tratamiento por parte del paciente, siendo necesario el procedimiento de consentimiento informado para autorizar los diversos tratamientos.

En ocasiones, el tratamiento sanitario de las identidades trans adolescentes no se ajusta a las necesidades de cada persona, bien por cuestiones burocráticas, falta de recursos sanitarios o factores humanos (carencia de formación y experiencia en atención sanitaria trans-específica en población infantil y adolescente o prejuicios hacia las identidades no normativas), produciéndose “tanto los intervencionismos exagerados, como las exclusiones fruto de rigideces o intolerancias ideológicas y culturales” (Gabaldón y Román, 2020, p. 10). Por ello, la AEP señala los principios éticos que están implicados de manera concreta en la atención sanitaria a población infantil y adolescente trans (Riaño et al., 2018):

1. Velar por el interés superior del menor, respetando su voluntad y deseos.
2. Principio de protección frente a la vulnerabilidad humana, especialmente la vulnerabilidad por ser menores de edad.
3. Acompañamiento y escucha activa del relato del niño o adolescente trans.
4. Responsabilidad. El papel de profesionales servirá para garantizar el bien del menor. Entendida como «el deber de cuidar y preocuparse del otro vulnerable».
5. Prudencia. La construcción de la identidad de género es un proceso único e individual, hay que respetar los ritmos evolutivos de cada sujeto.
6. Reconocimiento. Es un imperativo ético reconocer un valor positivo a la diversidad. Supone el reconocimiento emocional (aceptación de la individualidad de los sujetos con todas sus características), legal (reconocer sus derechos y deberes) y social (respeto a la autonomía).
7. Respeto a la diversidad. Tratando la diversidad sexual y de género desde un enfoque despatologizante.

Por último, hay que señalar que la causa principal del sufrimiento de los niños y adolescentes trans no radica en la diferencia respecto a las normas o convencionalismos socialmente establecidos en torno al género, sino a la intolerancia hacia la expresión y manifestación de su identidad género (del Río, 2019). Por lo tanto, no sólo se trata de promover un cambio legislativo en contra de la discriminación, tal y como afirma la profesora y activista trans Susan Stryker (2013):

El respeto a las personas trans no consiste en “tolerar” las expresiones no convencionales de género; no solo hay que cambiar las leyes para prohibir la discriminación, sino que forma parte de un “imperativo ético” más amplio que supone reconocer un valor positivo en la diversidad. Es decir, el respeto depende de un reconocimiento del valor de “lo otro,” de lo distinto a uno. (citado en, del Río, 2019, p. 190)

3.7.2. Protección jurídica de adolescentes trans

3.7.2.1. Derechos humanos

En la actualidad, se han conseguido grandes avances a nivel social, jurídico y sanitario respecto al reconocimiento de los derechos de las personas LGTBIQ+, pero lamentablemente, a día de hoy algunos países no sólo no reconocen los derechos de dicho colectivo como al resto de ciudadanos, sino que la identidad sexual y de género no normativa se criminaliza (persigue y castiga), como ocurre con la homosexualidad y

la transexualidad. Señalar, que países desarrollados donde es aceptada la diversidad sexual y de género, se producen casos de rechazo, discriminación y violencia, especialmente hacia las personas trans.

Las personas trans con frecuencia ven vulnerados sus derechos, y han de enfrentarse a un alto grado de intolerancia, discriminación y violencia directa, produciéndose una constante violación de los derechos humanos fundamentales, como por ejemplo el derecho a la salud, a la vida, a la integridad física o el derecho a la dignidad, incluyendo el respeto a la libre autodeterminación personal.

Ante la necesidad de velar por los derechos humanos de las personas trans, En el año 2007 se publicaban los “Principios de Yogyakarta”, con el fin de promover unos estándares internacionales respecto a la orientación sexual e identidad de género. Se destaca entre ellos por el tema objeto de estudio de este trabajo de investigación, el principio número 18, relativo a la protección contra abusos médicos o psicológicos de las personas, en relación a su identidad de género u orientación sexual (Alston, et al., 2007):

Ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un centro médico, en base a su orientación sexual o identidad de género. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son, en sí mismas, condiciones médicas y no deberán ser tratadas, curadas o suprimidas. (p. 25)

A nivel europeo, se cuenta con el documento publicado sobre “Derechos Humanos e Identidad de Género”, del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (Hammarberg, 2009). Dicho documento establece las recomendaciones que han de adoptar los estados miembros de Europa respecto a la variabilidad de la identidad de género, haciendo alusión a la atención sanitaria y la cualificación de profesionales sanitarios (psicólogos, psiquiatras y médicos en general) en la atención a personas trans (ver Anexo II).

La libre expresión y autodeterminación de la identidad de género, es un derecho fundamental, por lo que no puede estar sujeta a condicionamientos de índole clínica. Por ello, algunos países como Dinamarca, Bélgica, Malta o Portugal, ya contemplan un sistema legislativo en los que no se incluye ningún criterio diagnóstico ni terapéutico

para realizar el cambio de nombre y de sexo en los documentos oficiales, pudiéndose realizar a partir de los 18 años de edad. Y existen otros como Países Bajos y Noruega, en los que se pueden realizar estos mismos trámites a partir de los 16 años.

3.7.2.2. Aspectos jurídicos en el territorio español

La normativa relativa a los derechos de las personas trans en España ha experimentado avances significativos en los últimos años. Sin embargo, previo a la entrada en vigor de la Ley estatal *4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*, el marco legal presentaba un carácter fragmentado y, en muchos casos, resultaba insuficiente o incluso patologizante. En respuesta a esta situación, diversas Comunidades Autónomas desarrollaron y actualizaron su propia legislación, influenciadas por las recomendaciones europeas e internacionales en materia de derechos humanos, especialmente en lo relativo a la protección de los derechos de menores trans.

Sin embargo, los principios rectores de estas normativas autonómicas han sido desiguales, y no siempre han estado fundamentados en la autodeterminación de la identidad de género ni en la despatologización, tal como señala la Asociación Chrysallis (Chrysallis.org). Esta entidad, que agrupa a familias de menores trans, recoge en su página web en el apartado “marco legal” un compendio actualizado de las legislaciones autonómicas que regulan los derechos de las personas trans, tanto adultas como menores de edad.

Destaca la *Convención sobre los Derechos del Niño, de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989, ratificada el 30 de noviembre* fundamentada en diez principios básicos de la Declaración de los Derechos del Niño del año 1959, que entró en vigor en España, el día 5 de enero de 1995. Ello supuso un gran avance en el establecimiento de las bases para promover y fomentar la protección social de menores de 18 años y desarrollar políticas de Bienestar Social. Constituyó el primer instrumento jurídico, donde se reconocía de manera global, los derechos de niños y adolescentes, estableciendo mecanismos de protección para tal efecto. Y a día de hoy, se considera el tratado de Derechos Humanos de carácter vinculante más ampliamente ratificado hasta el momento, que implica al 96 % de todos los niños y adolescentes a nivel mundial (Ocón, 2006; UNICEF, 1998).

A nivel estatal, la Constitución española de 1978, norma suprema del ordenamiento jurídico español, establece el deber de protección a la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, igualdad ante la ley, así como el derecho a la vida e integridad física de todos los españoles, que aparecen recogidos en los siguientes artículos (CE, 1978):

- Artículo 10. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.
- Artículo 14. Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- Artículo 15. Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.
- Artículo 18. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Entre las necesidades básicas de la población adolescente trans que están sujetas al marco jurídico, destacamos fundamentalmente tres: el derecho al cambio de nombre, el derecho al cambio de sexo y el acceso a los tratamientos sanitarios (médicos y psicológicos) para realizar la transición social y/o anatómica, hacia la identidad de género manifiesta, que se desarrollarán a continuación.

3.7.2.2.1. Cambio de sexo y nombre

En el marco legislativo español, la ley estatal *3/2007, de 15 de marzo para la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*, legitima únicamente a las personas mayores de edad y con “suficiente capacidad” para ello, estableciendo en su artículo 4 los requisitos necesarios, y donde la persona deberá acreditar el diagnóstico de disforia de género, emitido por un médico o psicólogo clínico, debiendo hacer referencia dicho informe a:

La existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia. Así como, la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada. (Ley 3/2007 de 15 de marzo, artículo 4)

El propio colectivo trans instaba el establecimiento de una nueva ley estatal que contemplara los derechos de todas las personas trans (adultos y menores de edad), y no patologizase las identidades de género no normativas.

No obstante, el 24 de octubre de 2018, se publicaba en el Boletín Oficial del Estado (BOE), la *Instrucción de la Dirección General de Registros y Notariado para resolver las solicitudes de cambio de nombre de las personas transexuales*, donde se tenían en cuenta a menores de edad trans. En esta nueva Instrucción, por primera vez, el Estado español despatologizaba la identidad de género trans, estableciendo qué personas podían solicitar el cambio de nombre acorde a la identidad de género. Por un lado, las personas mayores de edad o menores emancipados podrían solicitar el cambio de nombre, “para la asignación de uno correspondiente al sexo diferente del resultante de la inscripción de nacimiento [...], el solicitante declara que se siente del sexo correspondiente al nombre solicitado”. (Instrucción de 23 de octubre de 2018, directriz primera). Y por otro lado, las figuras parentales también podrían solicitar el cambio de nombre del menor trans, según lo establecido:

Los padres de los menores de edad, actuando conjuntamente, o quienes ejerzan la tutela sobre los mismos, podrán solicitar la inscripción del cambio de nombre [...] siempre y cuando declaren que el mismo siente como propio el sexo correspondiente al nombre solicitado de forma clara e incontestable. La solicitud será también firmada por el menor, si tuviera más de doce años. Si el menor tuviera una edad inferior, deberá en todo caso ser oído, mediante una comunicación comprensible para el mismo y adaptada a su edad y grado de madurez”. (Instrucción de 23 de octubre de 2018, directriz segunda)

La *Sentencia del Tribunal Constitucional de 18 de julio de 2019*, establece que las personas menores de edad con “suficiente madurez” y que se encuentren en una “situación estable de transexualidad” puedan exigir el cambio de sexo en el Registro Civil, sin esperar a cumplir la mayoría de edad (Pleno. Sentencia 99/2019, de 18 de julio de 2019). La situación estable de transexualidad, es un requisito que cuestiona la persistencia y estabilidad de la identidad sexual de las personas trans, y en concreto de menores trans respecto de las personas cis, teniéndose incluso que determinar por un tercero, lo que provoca la incomodidad e insatisfacción legislativa de la población trans.

Asimismo, la suficiente madurez es un concepto indeterminado, que aparece recogido en el artículo 9 de la *Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor*, donde establece la edad de 12 años para que menores de edad tengan el derecho a ser oídos y escuchados. Y la legislación española, instaura la edad de 16 años, a partir de la cual, menores de edad pueden tomar decisiones sanitarias (Ley 41/2002). Se ha de decir, que en la mayoría de los países a nivel mundial, se establece la edad de 18 años para el ejercicio completo de la toma de decisiones.

Recientemente, el 1 de marzo de 2023, se publicó en el BOE la *Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*, también conocida como “Ley Trans” que tiene la finalidad de “garantizar y promover el derecho a la igualdad real y efectiva de las personas lesbianas, gais, trans, bisexuales e intersexuales (en adelante, LGTBI), así como de sus familias” (Ley 4/2023, artículo 1).

Es relevante destacar, que el procedimiento de rectificación registral de la mención relativa al sexo y la correspondiente adecuación documental, también contempla a las personas menores de edad. De acuerdo con el artículo 43 de la Ley 4/2023, se reconoce el derecho de toda persona con nacionalidad española mayor de 16 años a solicitar, de forma autónoma, la modificación de la mención registral del sexo ante el Registro Civil. En el caso de personas menores de 16 años y mayores de 14, se podrá realizar la solicitud por iniciativa propia, asistidas de sus representantes legales durante el procedimiento. Por su parte, las personas menores de 14 años y mayores de 12 podrán acceder a este derecho previa obtención de una autorización judicial, conforme a lo dispuesto en el capítulo I bis del título II de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria.

Esta ley supone un gran avance al reconocer la autodeterminación de género a partir de los 14 años, lo que significa que las personas a partir de esa edad podrán modificar su nombre y sexo en los documentos oficiales, sin la necesidad de aportar informes médicos, psiquiátricos ni psicológicos. Y sin tener que estar dos años en tratamientos médicos, para acomodar sus características físicas a su identidad de género, tal y como dictaba la ley 2007.

El ejercicio del derecho a la rectificación registral de la mención relativa al sexo en ningún caso podrá estar condicionado a la previa exhibición de informe médico o psicológico relativo a la disconformidad con el sexo mencionado en la inscripción de nacimiento, ni a la previa modificación de la apariencia o función

corporal de la persona a través de procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole". (Ley 4/2023, artículo 44)

3.7.2.2.2. Acceso a los tratamientos sanitarios

La toma de decisiones sanitarias para menores trans, se establecerá en función de las consecuencias reversibles o irreversibles para su integridad física o impliquen riesgos de especial relevancia, quedando la capacidad de decisión limitada o anulada respecto a los tratamientos con consecuencias irreversibles, hasta que no hayan alcanzado la mayoría de edad de 18 años. (Riaño, 2020)

Según el artículo 9, de la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información* se entregará el consentimiento por representación de menores de edad en el supuesto de que el paciente tenga mermada la capacidad de decisión, debido a que su estado físico o psicológico no lo permita. O cuando no sea capaz emocional o intelectualmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso el representante legal del menor dará su consentimiento, tras haber escuchado su opinión. En todo caso siempre se buscará el mayor beneficio e interés superior del menor, bajo criterios éticos y legales.

La *Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*. A efectos de la interpretación y aplicación en cada caso del interés superior del menor, atenderá a las siguientes circunstancias:

- a) La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas. b) La consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior. c) La conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Se priorizará la permanencia en su familia de origen y se preservará el mantenimiento de sus relaciones familiares, siempre que sea posible y positivo para el menor. (Ley Orgánica 8/2015 de 22 de julio, artículo 2)

Los tratamientos médicos para la afirmación del género en adolescentes trans concurren diferentes intereses y valores de conflicto. A nivel general, se podría afirmar que la población adolescente trans tienen acceso a dichos tratamientos, pero a nivel jurídico

intervienen diferentes factores como la edad legal para ser escuchado y la toma de decisiones con autonomía e independencia, así como las consecuencias transitorias, permanentes o la gravedad de dichos tratamientos sobre la salud.

En relación a la primera fase del tratamiento, consistente en tratamientos farmacológicos mediante la administración de bloqueadores hormonales, no se plantean demasiados problemas, ya que se trata de una intervención sin muchos riesgos y sus consecuencias son reversibles, permitiendo el desarrollo puberal en caso de interrupción de dicho tratamiento. Según el marco jurídico mencionado, menores de edad que alcancen los 16 años no necesitarán el consentimiento informado de sus progenitores o tutores legales para su inicio, y a partir de 12 años, el menor será escuchado.

La segunda fase del tratamiento, consistente en el tratamiento hormonal cruzado, aparecen una serie de riesgos asociados pudiendo tener consecuencias irreversibles sobre la integridad física del paciente como por ejemplo la esterilidad.

En la última fase correspondiente al tratamiento quirúrgico, el menor no podría autorizar una cirugía para la afirmación del género, aunque tuviera 16 años. Por lo tanto, el adolescente trans no podrá consentir dicho tratamiento hasta haber alcanzado la mayoría de edad de 18 años (de Montalvo, 2018; Gabaldón y Román, 2020).

Respecto a ello, recordemos el caso ya mencionado en el aparto “Primeros tratamientos médicos”, cuando en 2010, un juez permitió la cirugía de afirmación del género en un adolescente trans de 16 años de edad, pero al no cumplir con los protocolos de salud pública, la operación se llevó a cabo en una clínica privada en la ciudad Barcelona.

Con todo ello, se abre el debate social acerca de la edad recomendada de consentimiento en menores de edad trans, en los tratamientos quirúrgicos de reasignación sexual, así como, la evidente situación de desamparo que viven muchos de ellos, sin que se esté priorizando la atención a sus necesidades comunitarias y sociales (Platero, 2014).

Como se ha evidenciado, el Estado español ha experimentado importantes avances en materia de garantía de los derechos humanos de las personas trans, especialmente con la entrada en vigor de la Ley Trans de 2023, que supuso un cambio significativo hacia el reconocimiento legal de la identidad de género basada en la autodeterminación. Esta legislación ha permitido eliminar requisitos médicos y psicológicos para el cambio registral de nombre y sexo, ampliando así el acceso a derechos fundamentales y reforzando el enfoque basado en la dignidad y la libertad individual.

Sin embargo, pese a estos avances legislativos, continúan existiendo importantes desafíos en la práctica cotidiana. La plena integración social de las personas trans aún se ve obstaculizada por actitudes discriminatorias, estigmatización y barreras estructurales, que limitan su participación en igualdad de condiciones en distintos ámbitos de la vida como el educativo, el laboral o el sanitario. Además, muchas personas trans siguen afrontando dificultades para acceder de forma equitativa a servicios públicos, especialmente aquellos relacionados con la salud integral y la atención especializada para la afirmación de género. Estos obstáculos se ven agravados en determinados contextos territoriales donde la implementación de la ley no ha sido uniforme o ha encontrado resistencias institucionales y sociales.

En este sentido, resulta fundamental continuar impulsando políticas públicas inclusivas, procesos de sensibilización social y formación profesional en todos los niveles, que contribuyan a reducir la discriminación, y garanticen el ejercicio pleno de los derechos de las personas trans en todo el territorio español.

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN DE CAMPO

En esta segunda parte de la presente tesis doctoral, se desarrolla y presenta la investigación de campo realizada. A raíz de la identificación de un problema de investigación y de la necesidad de abordarlo de manera sistemática, esta parte inicia con el Capítulo 4, en el cual se establece el objetivo general del estudio, que será respondido a través del análisis de los objetivos específicos y la formulación de hipótesis. Estas hipótesis, serán evaluadas con el propósito de proporcionar respuestas fundamentadas y científicas al fenómeno en cuestión.

A continuación, se presentará el enfoque metodológico y el diseño de estudio empleados en la investigación. Para ello, se ha adoptado un enfoque metodológico mixto, que integra tanto los métodos cuantitativos como cualitativos, dada su adecuada compatibilidad con el fenómeno objeto de estudio y los objetivos formulados. Posteriormente, se definirá la muestra de participantes que ha formado parte de la investigación.

Seguidamente, se expondrá el conjunto de técnicas de recogida de datos empleadas en el estudio, las cuales incluyen: la observación participante, el cuestionario y la entrevista semiestructurada en profundidad. En esta sección, se realizará un análisis detallado de la aplicación de cada una de estas técnicas, en función de los objetivos planteados y las variables que se pretenden explorar, discutiendo su pertinencia y utilidad en el contexto de la investigación.

A continuación, se detallará el procedimiento seguido para el análisis de datos, la temporalidad del estudio y las consideraciones éticas que han sido contempladas en el desarrollo de esta investigación. El análisis de datos se ha estructurado conforme a los enfoques metodológicos adoptados, aplicando técnicas estadísticas y de interpretación cualitativa según corresponda. En cuanto a la dimensión temporal, se especifican las fases de implementación del estudio, desde la planificación hasta la recolección y análisis de la información. Finalmente, se abordarán los principios éticos fundamentales, tales como el consentimiento informado, la confidencialidad, la protección de la identidad de los participantes y el respeto por su integridad, de acuerdo con los estándares establecidos por la normativa vigente en investigación científica con seres humanos.

Seguidamente, se presenta el Capítulo 5, en el cual se expondrá el análisis de los resultados empíricos obtenidos. En esta sección se detallan los hallazgos derivados de la aplicación de cuestionarios estructurados y entrevistas semiestructuradas en profundidad, realizadas tanto a adolescentes trans como a sus figuras parentales. Con

el objetivo de favorecer una comprensión clara y coherente de los datos, se ha optado por la organización de los resultados según las variables de estudio, acompañada de sus respectivos análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central). Estos resultados cuantitativos se verán enriquecidos por la integración de los datos cualitativos, obtenidos a partir de las preguntas abiertas del cuestionario y de las entrevistas en profundidad, los cuales se presentan mediante tablas analíticas y se interpretan en relación con los objetivos del estudio.

Finalmente, se expondrá el último capítulo de esta tesis doctoral, correspondiente a la *Discusión y Conclusiones*, en el cual se realiza una contrastación crítica de los resultados obtenidos con los objetivos e hipótesis inicialmente planteados. Asimismo, se llevará a cabo una triangulación teórica, comparando los hallazgos con los aportes de otras investigaciones previas sobre temáticas afines, lo que permitirá situar los resultados en el marco del conocimiento científico actual y valorar sus implicaciones teóricas y prácticas. Para concluir, se abrirán diversas perspectivas que permitirán proyectar futuras líneas de investigación, quedando múltiples vertientes aún inexploradas que invitan a un abordaje más profundo y multidisciplinario del objeto de estudio.

CAPÍTULO 4: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

4.1. OBJETIVOS

El presente estudio se ha llevado a cabo a partir de la definición de un objetivo general y unos objetivos específicos que han orientado el diseño del trabajo de campo realizado.

Objetivo general

- Examinar las características del acompañamiento psicológico recibido, según la experiencia personal de adolescentes trans y sus familias, al ser atendidos por profesionales de la psicología del ámbito sanitario, para poder establecer acciones de mejora.

Objetivos específicos

- Describir el perfil sociodemográfico de adolescentes trans y figuras parentales que acuden a profesionales de la psicología por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada.
- Conocer las demandas y necesidades manifestadas por adolescentes trans y sus figuras parentales cuando son atendidos por profesionales del ámbito sanitario.
- Explorar y describir las actitudes de profesionales de la psicología del ámbito sanitario, percibidas por adolescentes trans y sus figuras parentales, al ser atendidos por la identidad de género manifestada.
- Identificar factores de riesgo en el entorno de adolescentes trans y sus figuras parentales para proporcionar herramientas y habilidades de afrontamiento adaptadas a las necesidades que presentan.
- Analizar la relación existente entre recibir acompañamiento psicológico durante la transición de género y beneficios en la salud mental.

4.2. HIPÓTESIS

El presente estudio parte de la detección de un problema al que se pretende dar respuesta y partiendo de su planteamiento inicial se han definido las siguientes hipótesis:

- El desconocimiento de profesionales de la psicología en el ámbito sanitario acerca de las identidades trans, contribuye a que adolescentes trans y sus figuras parentales opten por ser atendidos fuera de los circuitos públicos establecidos dentro de la asistencia sanitaria y elijan alternativas de atención privadas.
- Las figuras parentales con un mayor nivel de estudios ofrecen mayor apoyo a sus hijos/as/es adolescentes trans en la afirmación del género.
- La detección precoz de la identidad de género trans a edades tempranas reporta beneficios en la salud mental.

4.3. METODOLOGÍA

4.3.1. Enfoque metodológico

Para el abordaje de los objetivos formulados en la presente investigación, se ha optado por el uso de una investigación mixta, es decir, un enfoque cuantitativo y cualitativo, al ser la que mejor se adaptaba al fenómeno objeto de estudio y a los objetivos planteados.

La metodología mixta es utilizada con frecuencia en las ciencias de la salud y en concreto en el campo de la Psicología, ya que la combinación de las fortalezas de ambos enfoques metodológicos permite obtener una visión más profunda del objeto de estudio, que se centra en la comprensión y el entendimiento del ser humano (Pereira, 2011). Así mismo, la metodología mixta enriquece la obtención de información tanto de datos concretos objetivos como de percepciones experienciales de los participantes (Grilletes et al., 2013; Hamui, 2013), obteniéndose a través de la combinación de diferentes herramientas metodológicas diseñadas para tal fin, como han sido en este trabajo de investigación el cuestionario y la entrevista. Tras su análisis mediante la triangulación de datos, se ha procedido a la contrastación de las hipótesis y los objetivos formulados en esta investigación para finalmente, poder establecer unas conclusiones sobre el fenómeno de estudio.

Por un lado, el enfoque metodológico cuantitativo permite evidenciar qué parte de la muestra de los dos grupos de participantes en esta investigación (adolescentes trans y sus figuras parentales) se ha sentido satisfecha con el acompañamiento psicológico recibido por parte de profesionales de la psicología. Y por otro lado, el enfoque cualitativo permite explorar las particularidades de la transición hacia la identidad de género manifestada por adolescentes trans, el impacto sobre su núcleo familiar y analizar las características del acompañamiento psicológico que están recibiendo para identificar aspectos de mejora en la intervención y en la calidad de la atención recibida por parte de profesionales de la psicología.

4.3.2. Tipo de estudio

Para la realización del presente estudio, se ha utilizado un diseño de investigación de carácter observacional descriptivo y exploratorio.

Se considera un estudio de tipo observacional descriptivo ya que trata de describir las características del acompañamiento psicológico en adolescentes trans y sus familias por parte de profesionales de la psicología en el ámbito sanitario, en las diferentes Comunidades Autónomas del territorio español, mediante la experiencia personal de los participantes, sin influenciar sobre los mismos en el momento de la realización de los cuestionarios y las entrevistas en profundidad semiestructuradas realizadas *ad hoc* para esta investigación.

Asimismo, es una investigación de carácter exploratorio, al tratarse de un fenómeno de estudio complejo, y a su vez, un fenómeno poco estudiado desde las diferentes ramas de la ciencia de la psicología, aunque el interés por las identidades de género no normativas cada vez es mayor.

Además, la recopilación de datos sobre las variables establecidas, se ha llevado a cabo durante un período de tiempo concreto, por lo que se trata de un estudio de corte transversal.

4.3.3. Población de estudio

La población diana de esta investigación se ha dividido en dos grupos de personas

- 1) Grupo de adolescentes trans. Según la OMS, una persona adolescente es aquella cuyo rango de edad se encuentra comprendida entre los 10 y los 19 años, siendo ese el rango etario seleccionado para esta investigación. Así

mismo, definirse como una persona trans, es decir, no sentirse identificada con el sexo asignado en el nacimiento.

2) Grupo de figuras parentales con hijxs adolescentes trans

4.3.4. Muestra

4.3.4.1. Criterios de selección de la muestra

La selección de los participantes que componen la muestra de este estudio, es de tipo no probabilístico de carácter intencional, es decir, se han seleccionado a los participantes de manera intencionada, mediante el establecimiento de unos criterios de inclusión y exclusión.

Debido a la complejidad y dificultad de acceso a la muestra objeto de estudio de esta investigación el método utilizado para la selección de los participantes ha sido el muestreo no probabilístico. Éste ha consistido en el muestreo en cadena o bola de nieve, en el que se solicitó a las personas que habían decidido participar en el estudio que invitaran a otras posibles participantes en función del perfil indicado por la doctoranda, favoreciendo de este modo el incremento del tamaño muestral.

La muestra de este estudio, está conformada por aquellos participantes que han cumplido con todos los criterios de inclusión establecidos, siendo excluidos los que aun habiendo participado no cumplían dichos criterios. Los criterios para la selección y exclusión de los participantes son los siguientes:

Criterios de selección para el grupo de adolescentes trans

Criterios de inclusión:

- Ser adolescente (edad comprendida entre los 10 y los 19 años).
- Autodefinirse como persona trans, no siendo necesario haber sido diagnosticada con disforia de género según el DSM-V.
- Haber sido atendido/a por al menos un profesional de la psicología en el ámbito sanitario por cuestiones relativas con la identidad de género manifestada.
- Residir en España.

Criterios de exclusión:

- Todos aquellos adolescentes que no cumplan con todos los criterios de inclusión.

Criterios de selección para el grupo de figuras parentales

Criterios de inclusión:

- Ser la figura parental (biológico, adoptivo o tutor legal) de un hijo/a/e adolescente que se autodefina como persona trans.
- Haber sido atendido/a por un profesional de la psicología en el ámbito sanitario por cuestiones relativas con la identidad de género manifestada de su hijo/a/e adolescente trans.
- Residir en España.

Criterios de exclusión:

- Todas aquellas figuras parentales que no cumplan con todos los criterios de inclusión establecidos.

4.3.4.2. Acceso a la muestra

El acceso a la muestra se ha llevado a cabo contactando a través de diferentes formas (personalmente, telefónicamente o bien a través de correo electrónico) con asociaciones y entidades que trabajan por y para la defensa de los derechos de las personas lesbianas, gais, transexuales, intersexuales, queer y otros (LGTBIQ+), así como con asociaciones formadas por figuras parentales de jóvenes y adolescentes trans, que trabajan de manera específica por la defensa de sus derechos y la visibilidad de su realidad. Todas las entidades o asociaciones con las que se ha contactado tienen un ámbito de acción tanto a nivel provincial como estatal, aparecen recogidas en la tabla 8.

Tabla 8

Asociaciones, entidades, ONGS y fundaciones LGTBIQ+ contactadas para el acceso a la muestra

Asociación	Entidades Federadas (FELGTB)	Ámbito de actuación
CHRYSALLIS		Estatal
EL HOMBRE TRANSEXUAL		Estatal
EUFORIA (FAMILIAS TRANS-ALIADAS)		Estatal
Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más (FELGTB)	DIVERSITAT	Alicante
	LESGÁVILA	Ávila
	EXTREMADURA ENTIENDE	Badajoz
	GAY SITGES LINK ASOCIACIÓN LGTBI	Barcelona
	SINVERGÜENZA	Barcelona
	ACATHI	Barcelona
	CASAL LAMBDA	Barcelona
	GAG	Barcelona
	GAYLESPOL	Barcelona
	LGBT TERRASA	Barcelona
	STOP SIDA	Barcelona
	ORTZADAR	Bizkaia
	ERRESPETUZ	Bizkaia
	JERELESGAY	Cádiz
	ALEGA	Cantabria
	GALACTYCO	Cartagena
	CASTELLÓ LGTBI	Castellón
	PLURAL	Ciudad real
	XEGA	Gijón

Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más (FELGTB) <i>(continuación)</i>	GEHITU	Gipuzkoa
	LA LLAVE DEL ARMARIO	Islas Baleares
	BEN AMICS	Islas Baleares
	ALGARABÍA	Islas Canarias
	ALTIHAY	Islas Canarias
	COLECTIVO VIOLETAS	Islas Canarias
	DIVERSAS	Islas Canarias
	GAMÁ	Islas Canarias
	LÁNZATE	Islas Canarias
	ALAS A CORUÑA	La Coruña
	LES CORUÑA	La Coruña
	GYLDA	La Rioja
	ARCÓPOLI	Madrid
	COGAM (Familias Transformando)	Madrid
	CRISMHOM	Madrid
	DIVERSAH	Madrid
	FUENLA ENTIENDE	Madrid
	IT GETS BETTER	Madrid
	LGBTIPOL	Madrid
	VOCES LGTB	Madrid
	OJALÁ	Málaga
	JUNT@S TPI	Málaga
	AMLEGA	Melilla
	ASFAGALEM	Murcia
	Chiguitxs LGTB+	Palencia
	NÓS MESMAS	Pontevedra
	IGUALES USAL	Salamanca

Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más (FELGTB)	SEGOENTIENDE	Segovia
	DEFRENTE	Sevilla
	BOLO BOLO	Toledo
	LAMBDA	Valencia
	SOMOS	Zaragoza
FUNDACIÓN ARELAS		Galicia
FUNDACIÓN TRIÁNGULO		Estatal
NAIZEN		Álava, Bizkaia, Gipuzkoa y Navarra
TRANSEXUALIA		Estatal
TRANSFAMILIA.ORG		Estatal

Aquellas asociaciones que cuentan con sede física en la Comunidad Autónoma de Madrid, han permitido a la doctoranda poder personarse en ellas directamente y conversar con la persona responsable de la asociación y con las personas encargadas de la coordinación del departamento de jóvenes trans y de sus familias. Ello ha facilitado y contribuido a una rápida resolución de posibles dudas surgidas en relación a la investigación por parte de las asociaciones y entidades colaboradoras.

Respecto a las asociaciones que no desarrollan su actividad o no cuentan con sede física en Madrid, el acceso a la muestra se ha realizado a través de contacto telefónico y/o mediante correo electrónico.

Se debe destacar que la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales (FELTB), al tratarse de una federación con ámbito de actuación nacional cuenta con más de cincuenta entidades federadas en distintas provincias del territorio español, con las cuales se ha contactado individualmente para solicitar su colaboración y participación en esta investigación.

4.3.4.3. Tamaño muestral

En total han cumplimentado los cuestionarios 165 participantes: 54 adolescentes trans y 111 figuras parentales. Del total, se han excluido las respuestas de aquellos participantes que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Por lo tanto, la muestra total de esta investigación está compuesta por 150 participantes: 50 adolescentes trans y 100 figuras parentales, habiendo sido excluidos 15 participantes.

De las personas que conforman la muestra y que han cumplimentado el cuestionario 15 participantes: 3 adolescentes trans y 12 figuras parentales han querido participar en la ampliación de información aportada realizando las entrevistas semiestructuradas en profundidad.

4.3.5. Técnicas para la recogida de datos e información

Las técnicas utilizadas para la recogida de datos e información han sido múltiples, adquiriendo mayor o menor protagonismo cada una de ellas según el momento del proceso investigativo, las variables planteadas y el proceso analítico. Todo ello en consonancia con el enfoque metodológico mixto escogido para el presente estudio.

La combinación o triangulación de diferentes técnicas para la recogida de datos ha permitido la realización de un trabajo investigativo a través de diferentes canales de comunicación, posibilitando la obtención y análisis de datos de diferente naturaleza, permitiendo obtener una visión más clara de nuestro fenómeno de estudio.

4.3.5.1. Observación participante

La observación participante se ha utilizado como método de recogida de datos e información, para observar la realidad social de las personas trans en un contexto real.

Debido al desconocimiento de la realidad vivencial de las personas trans por parte de la doctoranda, junto a la necesidad de llevar a cabo una inmersión cautelosa en el campo objeto de estudio, se ha utilizado esta técnica en la fase inicial del proceso de investigación, permitiendo tomar conciencia de la realidad y problemática social de una parte de población de personas trans.

La observación participante se ha realizado en asociaciones con sede en la Comunidad de Madrid, que luchan y revindican los derechos de las personas L.G.T.B.I., a las que la doctoranda ha podido asistir como oyente y participante a reuniones grupales organizadas por personas trans. La asistencia y participación por parte de la doctoranda consistió en:

- Asistencia a dos sesiones de una hora de duración cada una, en la asociación estatal El Hombre Transexual. El grupo participante en las mismas, estaba conformado por personas trans adultas masculinas y femeninas, figuras parentales con hijos/as/es trans y otros profesionales interesados en investigar sobre la población trans.

- Asistencia a una sesión de una hora, en la O.N.G. del Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid (C.O.G.A.M.), cuyo grupo de participantes estuvo comprendido por mujeres trans junto con la doctoranda.
- Asistencia a una sesión de una hora en la Asociación Española de Transexuales - Transexualia, donde el grupo de participantes estuvo formado por personas trans y cis adultas que acompañaban a su pareja o familiar trans.

Destacar que no todas las reuniones están abiertas al público en general. Se observó que algunas asociaciones cuentan con un departamento específico para informar, asesorar y acompañar a jóvenes trans y sus familias en la afirmación del género mediante la transición social y/o sanitaria hacia la identidad de género manifestada y surgió la necesidad de llevar a cabo aún más específico el presente estudio, enfocado concretamente en población adolescente trans y sus familias.

Para llevar a cabo esta observación participante, la doctoranda tomó notas en un diario de campo durante las diferentes sesiones, registrando los datos del fenómeno observado de la manera más detallada y precisa, con el objetivo de complementar la visión de la realidad de las personas trans.

4.3.5.2. Cuestionario

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos, en base a los objetivos planteados, se consideran herramientas *ad hoc*, es decir, instrumentos no estandarizados que se han elaborado de manera específica para dicha investigación, con una finalidad exploratoria, descriptiva, explicativa, predictiva y evaluativa sobre el fenómeno de estudio. Para ello, se han utilizado diferentes técnicas como han sido, el cuestionario y la entrevista semiestructurada en profundidad que veremos en el siguiente apartado.

Se ha optado por el uso del cuestionario ya que es una herramienta de investigación que permite la obtención de información pertinente y necesaria en función del objeto de estudio y las variables a investigar, garantizando la confidencialidad. Este instrumento se utiliza en investigaciones de tipo mixto, con el fin de contrastar diferentes puntos de vista, permitiendo estandarizar e integrar el proceso de recopilación de datos.

Para ello, se han elaborado dos cuestionarios, uno dirigido a adolescentes trans y otro a figuras parentales con hijos/as/es adolescentes trans (ver Anexo III y Anexo IV).

En la elaboración de ambos cuestionarios se han operativizado las variables objeto de estudio y sus indicadores. Por ello, se han creado preguntas abiertas que no delimitan las alternativas de respuesta y preguntas cerradas con categorías fijas, como son de tipo dicotómico (sí o no), de respuesta múltiple (a elegir entre varias alternativas) y de tipo *likert*, con una gradación de las alternativas, que permiten conocer el grado de satisfacción de los participantes sobre diferentes aspectos.

En la formulación de las preguntas se ha utilizado un lenguaje sencillo, concreto e inclusivo, teniendo en cuenta la diversidad sexual y de género de los participantes, con el fin de obtener toda la información necesaria. Para su diseño y elaboración se ha utilizado la herramienta digital Google Drive, permitiendo generar un cuestionario en línea, facilitando su distribución entre la población diana, la exportación de datos y análisis de los resultados.

Los cuestionarios se han estructurado en dos partes con una extensión de sesenta y cinco ítems de respuesta corta. En primer lugar, se ha incluido la lectura y aceptación de un consentimiento informado, tras el cual las personas pueden decidir participar o no en el estudio marcando una casilla de verificación, donde se especifica la aceptación y entendimiento de la participación en el cuestionario de la investigación. Tras la aceptación (y sólo entonces) se accede a las preguntas a responder. En segundo lugar, se han incorporado 25 ítems dirigidos a la exploración de datos sociodemográficos de la muestra (edad, sexo, ocupación laboral, nivel académico, etc.). Y a continuación, se han incluido 40 preguntas con el fin de explorar y evaluar las variables establecidas en el estudio. La última pregunta del cuestionario hace referencia al interés en participar a su vez en una entrevista en profundidad. En el caso de estar de acuerdo, cada participante interesado, se pondrá en contacto con la doctoranda a través de correo electrónico.

La administración de los cuestionarios se ha llevado a cabo de manera individualizada. El formato *online* ha permitido el acceso a personas ubicadas en diferentes lugares del territorio español, permitiendo la ampliación de la representatividad de la información obtenida. La difusión de los cuestionarios se ha realizado a través de correo electrónico y de la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp. Tras la aceptación por parte de las asociaciones de los instrumentos utilizados para la recogida de datos de este trabajo de investigación (cuestionarios), se ha procedido a su envío y difusión entre la población objeto de estudio: adolescentes trans y sus figuras parentales, que es la población diana de este estudio.

Se han establecido las siguientes variables de estudio, desglosadas en indicadores:

Variables cuestionarios adolescentes trans

Variables sociodemográficas

- Edad
- Identidad de género
- Nivel de estudios
- Centro escolar (público/ concertado/ privado)
- Unidad convivencial
- Lugar de residencia

Variables relacionadas con la detección de la identidad de género

- Conocimientos previos sobre identidad de género trans en adolescentes (si / no)
- Características de la detección identidad de género trans
- Fuentes de información (libros, internet, otras fuentes de información)
- Búsqueda de ayuda de un profesional (Si / No). Tipo de profesional: médico, psicólogo, psiquiatra, endocrino, trabajador social, profesor@
- Edad detección identidad de género trans
- Percepción beneficios psicológicos de la detección precoz de la identidad de género trans en menores (si /no /Justificación)

Variables relacionadas con la expresión de la identidad de género sentida

- Actitudes /comportamiento
- Expresión identidad de género manifestada en diferentes contextos vitales (casa / familia / amigos / centro escolar / actividades extraescolares o deportivas / por la calle / todos los contextos vitales / No expresión de la identidad de género manifestada en contextos vitales)
- Reacción del entorno (centro escolar)
- Miedos surgidos (Sí / No). Tipos de miedos surgidos (propios, reacción social, reacción familiar, acerca el futuro, salud, otros).
- Beneficios psicológicos (cambios experimentados)
- Red de apoyo (familia / pareja / amigos / otras personas trans/ nadie)

Variables relacionadas con la transición hacia la identidad de género sentida

- Motivos para retrasar la transición (Si / No / Justificación)
- Edad autodefinición persona trans entorno cercano
- Tipo de transición realizada (social y/o sanitaria)

Variables relacionadas con el acompañamiento psicológico recibido

- Acompañamiento psicológico por parte de un profesional de la psicología (sí/no)
- Percepción de beneficios del acompañamiento psicológico a adolescentes trans para la afirmación del género (si /no / Justificación)
- Aspectos de mejora en el acompañamiento psicológico recibido

Variables relacionadas con la calidad asistencial recibida

- Actitudes de profesionales sanitarios
- Percepción mejor atención profesional recibida por parte de médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, endocrino u otro. Justificación de la respuesta
- Percepción peor atención profesional recibida por parte de médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, endocrino u otro. Justificación de la respuesta. Conocimientos suficientes sobre diversidad sexual y de género en concreto sobre identidad de género trans. (si / no)
- Evaluación cumplimiento expectativas profesionales sanitarios

Variables relacionadas con la calidad asistencial por parte de profesionales de la psicología

- Demandas psicológicas no relacionadas con la identidad de género manifestada. Duración /número sesiones. Evaluación grado satisfacción.
- Demandas psicológicas relacionadas con la identidad de género manifestada. Duración / número de sesiones
- Ámbito ejercicio profesional psicología (sector público / UIG / sector privado)
- Formación en diversidad sexual y de género (identidad de género trans) (sí / no). Percepción atención recibida (adecuada / no adecuada). Actitud manifestada
- Evaluación grado satisfacción

Variables relacionadas con la red de apoyo

- Búsqueda de apoyo en otros adolescentes trans (si /no)
- Contacto (internet / grupos apoyo / asociaciones)
- Red de apoyo actual (profesionales / familia / pareja / amigos / asociaciones LGTBI / otros jóvenes trans / No existe red de apoyo)

Variables cuestionario figuras parentales

Variables sociodemográficas

- Edad
- Identidad de género
- Nivel de estudios
- Ocupación laboral
- Estado civil
- Lugar de residencia

Variables relacionadas con la detección de la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans

- Conocimientos previos sobre identidad de género trans en personas adolescentes (si / no)
- Características de la detección identidad de género trans:
 - Fuentes de información (libros, internet, otras fuentes de información)
 - Reacción de sorpresa al detectar la identidad de género trans en su hijo/a/e adolescente (si/ no)
 - Ayuda de un profesional (si / no). Tipo de profesional: médico, psicólogo, psiquiatra, endocrino, trabajador social, profesor@
 - Edad hijo/a/e
- Beneficios psicológicos de la detección precoz de la identidad de género trans (si /no /Justificación)

Variables relacionadas con la expresión de la identidad de género manifestada de su hijo/a/e adolescente trans

- Actitudes /comportamiento
- Expresión identidad de género manifestada en diferentes contextos vitales (casa / familia / amigos / centro escolar / actividades extraescolares o deportivas / por la calle / todos los contextos vitales / No expresión de la identidad de género manifestada en contextos vitales). Reacción del entorno (centro escolar)
- Miedos surgidos (Sí / No). Tipos de miedos surgidos (propios, reacción social, reacción familiar, acerca el futuro, salud).
- Beneficios psicológicos (cambios observados en su hijo/a/e adolescente trans)

Variables relacionadas con la transición hacia la identidad de género manifestada en su hijo/a/e adolescente trans

- Motivos para retrasar la transición de su hijo/a/e adolescente trans (Si / No / Justificación)
- Edad transición hijo/a/e adolescente trans
- Tipo de transición realizada (social y/o sanitaria)

Variables relacionadas con el acompañamiento psicológico recibido

- Percepción de necesidad del acompañamiento psicológico a adolescentes trans por parte de un profesional de la psicología (si /no / Justificación)
- Propuestas de mejora en el acompañamiento psicológico a adolescentes trans
- Percepción de necesidad del acompañamiento psicológico a familias con hijos/as/es trans por parte de profesionales de la psicología (si/no)
- Propuestas de mejora en el acompañamiento psicológico a figuras parentales con hijos/as/es adolescentes trans

Variables relacionadas con la calidad de la atención profesional recibida

- Actitudes de profesionales sanitarios
- Percepción de la mejor atención profesional recibida por un médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, endocrinólogo. Justificación respuesta
- Percepción de la peor atención profesional recibida por un médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, endocrinólogo. Justificación respuesta
- Formación en diversidad sexual y de género, en concreto sobre identidad de género trans (Si / No)

Variables relacionadas con la calidad de la atención recibida por parte de profesionales de la psicología

- Demandas psicológicas no relacionadas con la identidad de género manifestada.
 - Duración /número sesiones.
 - Evaluación grado satisfacción
- Demandas psicológicas relacionadas con la identidad de género manifestada.
 - Duración /número sesiones.
 - Evaluación grado satisfacción
 - Ámbito ejercicio profesional (sector público / UIG/ sector privado)
 - Formación en diversidad sexual y de género en concreto en identidad de género trans) (sí / no)
 - Actitudes manifestadas
 - Percepción atención recibida (adecuada / no adecuada)
 - Evaluación grado satisfacción

Variables relacionadas con la red de apoyo

- Búsqueda de apoyo en otras familias con hijos/as/es trans. (Sí/ No). Contacto (internet / grupos apoyo / asociaciones)
- Red de apoyo actual (profesionales / familia / pareja / amigos / asociaciones LGTBI / otras figuras parentales con hijxs trans / No existe red de apoyo)

4.3.5.3. Entrevista semiestructurada en profundidad

La entrevista en profundidad semiestructurada es una herramienta para la recogida de datos que permite ahondar en la interrelación entre fenómenos psicológicos y sociológicos, es decir, cómo la persona entrevistada colabora en la construcción de una realidad social y cómo ésta influye en ella. Además, durante su desarrollo permite la resolución de dudas sobre la formulación de las preguntas, aclaración de términos o cuestiones sobre la propia investigación, así como, la introducción de preguntas adicionales pertinentes para de obtención de la máxima información sobre los objetivos formulados.

Dado que el objetivo principal de la presente investigación consiste en conocer la experiencia personal y la opinión de personas adolescentes trans y de sus familias acerca del acompañamiento psicológico recibido por parte de profesionales de la psicología del ámbito sanitario, dichos aspectos forman parte de su construcción

biográfica en un contexto determinado. Por lo tanto, la entrevista semiestructurada en profundidad se ajusta a los intereses de la presente investigación permitiendo ahondar en las vivencias de las personas participantes en relación al objeto de estudio y de este modo contextualizar sus experiencias.

La entrevista semiestructurada se caracteriza por el uso de un guion con preguntas abiertas en base a los objetivos formulados. Para este trabajo de investigación, se han elaborado dos guiones, uno dirigido a adolescentes trans y otro a sus figuras parentales (ver Anexo V y Anexo VI).

El guion de ambas entrevistas se ha estructurado en dos partes. La primera, lleva a cabo una exploración de datos sociodemográficos. Y la segunda, está compuesta por las cuestiones a responder que están relacionadas con la identidad sexual manifestada, el proceso de transición, las necesidades psicológicas percibidas durante dicho proceso y la evaluación personal de la calidad en la atención recibida por partes de profesionales de la psicología del ámbito sanitario que les han atendido.

Las entrevistas se harán manera individualizada, excepto en el caso de menores de 16 años, quienes deberán estar acompañados de sus figuras parentales. Como se ha comentado anteriormente en el apartado del cuestionario, los participantes en la entrevista en profundidad, serán aquellos que hayan respondido afirmativamente a la última pregunta de dicho cuestionario, y que de manera voluntaria hayan decidido realizar la entrevista en profundidad.

Para las entrevistas se ha escogido un lugar cómodo y controlado, siendo el propio despacho donde reciben atención psicológica a los pacientes de la propia doctoranda. No obstante, y debido a la situación de emergencia sanitaria vivida por la pandemia a consecuencia de COVID-19, dificultades de desplazamiento y la distancia geográfica de algunos de los participantes al residir en diferentes provincias, algunas entrevistas se han realizado telefónicamente o mediante videollamada utilizando la herramienta informática Skype y WhatsApp.

Durante el desarrollo de las entrevistas en profundidad, se ha respetado su duración (30 minutos), los tiempos de la persona entrevistada y la confidencialidad de la información.

El contenido de las entrevistas se ha grabado mediante herramienta digital (grabadora), excepto en los casos en los participantes no han consentido su grabación y se han transcrita a mano durante el desarrollo de las mismas. Posteriormente, se procedió con la transcripción de cada una de las entrevistas a formato texto, con la ayuda de un

programa informático gratuito (transkriptor.com). Se transcribió un total de 15 entrevistas (13 figuras parentales y 3 adolescentes trans). La transcripción de las entrevistas se ha llevado a cabo mediante la reproducción fiel del lenguaje utilizado por los participantes para mantener la literalidad de las respuestas emitidas.

A continuación, se detallan las preguntas relativas a las variables establecidas en la investigación para las entrevistas a adolescentes trans y figuras parentales:

Tabla 9

Preguntas entrevistas adolescentes trans

Adolescentes trans
<i>Preguntas relativas a la identidad de género sentida</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ ¿Recuerdas a qué edad o desde cuándo no te identificas con el sexo asignado al nacer?▪ ¿Recuerdas a qué personas les decías que tu identidad de género no era la que te decían tus figuras parentales o los médicos?▪ ¿Qué hacías para expresar tu identidad de género sentida?▪ ¿Recuerdas cuando se lo dijiste a tu familia y a tus amigos? ¿a qué edad?▪ ¿Cuál fue la reacción de tus figuras parentales?▪ ¿Cuál fue la reacción de tus amigos?▪ ¿Cuál fue la reacción en tu centro escolar?▪ ¿A qué edad realizaste la transición social hacia tu identidad de género?▪ ¿Existió o existe actualmente algún motivo para retrasar tu transición hacia tu identidad de género?
<i>Preguntas relativas a la atención profesional recibida</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ ¿Has acudido con tus figuras parentales a algún profesional (médico, psicólogo, trabajador social, etc.) para identificar tu identidad de género sentida?▪ Valora tu experiencia.▪ ¿Sentías que te estaban ayudando?▪ ¿Consideras que dicho profesional/es estaban formados en diversidad sexual y de género (identidades trans)?
<i>Preguntas relativas a la atención recibida por parte de profesionales de la psicología</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ ¿Cuándo fue la primera vez que acudiste a un/a psicólogo/a?▪ ¿Sabías para qué ibas?▪ ¿Te gustaba ir? ¿Por qué?▪ ¿Consideras que el/la psicólogo/a que te atendió sabía que era la identidad de género trans?▪ Después de acudir a consulta ¿te sentías mejor?

Pregunta relativa al acompañamiento psicológico recibido

- ¿Hubieras cambiado o mejorado algún aspecto respecto a la atención psicológica recibida?

Pregunta relativa a la red de apoyo

- En todo este proceso de transición hacia la identidad de género sentida ¿quién es tu mayor apoyo (profesional, familia, amigos, otros adolescentes trans, nadie)?

Tabla 10

Preguntas entrevistas figuras parentales adolescentes trans

Figuras parentales

Preguntas relativas a la detección de identidad de género del hijo/a/e adolescente trans

- Antes de conocer o identificar la identidad de género de su hijo/a/e trans. ¿Sabía qué era la transexualidad?
- ¿Qué opinión tenían acerca de las personas transexuales?
- ¿En qué momento se dieron cuenta de que su hijo/a/e era una persona trans?
- ¿Cuál fue su reacción?
- ¿Cómo se sintió?

Preguntas relativas con la atención profesional recibida

- ¿En qué momento decidieron acudir a un profesional?
- ¿A qué profesionales acudieron? ¿Por qué? o ¿con qué objetivo?
- ¿Cómo valora el trato recibido por los mismos?

Preguntas relativas con la atención recibida por parte de profesionales de la psicología

- ¿Acudieron o acuden actualmente a un/a psicólogo/a por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida de su hijo/a/e? ¿Por qué?
- ¿Con qué objetivo o expectativas?
- ¿Cómo lo conocieron o quién se lo recomendó?
- ¿En qué consistían o consisten las sesiones con ustedes y su hijo/a/e adolescente trans?
- ¿Saben qué tipo de terapia realiza?
- ¿Son sesiones individuales o grupales?
- ¿Durante cuánto tiempo les ha estado atendiendo?

Preguntas relativas al acompañamiento psicológico recibido

- ¿Cómo se sentían después de acudir al psicólogo/a?
- ¿Cómo valoraría la atención recibida?
- ¿Qué ha echado en falta o mejoraría de la atención psicológica recibida?

Preguntas relativas con la red de apoyo

- Quién o quiénes son sus mayores apoyos en este momento (familia, amigos, otras figuras parentales con hijos/as/es trans, nadie).

4.3.6 Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22.0.

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas expresando su distribución en términos de frecuencias absolutas y porcentajes, acompañándose los resultados de forma gráfica mediante diagrama de barras o de sectores. En primer lugar, se expondrán los resultados de los cuestionarios realizados por las personas adolescentes trans. En segundo lugar, los resultados de los cuestionarios realizados por las figuras parentales. Y, en tercer lugar, se expondrán los resultados de las entrevistas semiestructuradas en profundidad.

Para el análisis de datos de las entrevistas semiestructuradas en profundidad se ha extraído la información de forma significativa y estructurada para ayudar a dar sentido a los datos presentados. El enfoque analítico que se ha llevado a cabo se fundamenta en la categorización y codificación del análisis del contenido, siguiendo las variables establecidas en la investigación.

Así mismo, los resultados han sido complementados con asociaciones entre variables que pueden contribuir a la comprensión de los datos y a ofrecer una visión del alcance de los resultados obtenidos. Para este estudio se han establecido las siguientes posibles asociaciones:

- Variable edad e identidad de género.
- Variable lugar de residencia (Comunidad Autónoma) y Profesional que te ayudó a identificarte como persona trans.

- Distribución de la muestra de figuras parentales por lugar de residencia (Comunidad Autónoma) y profesional que les ayudó a identificar la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans.
- Nivel académico FP1 (madres) y apoyo familiar.
- Nivel académico FP2 (padres) y apoyo familiar.

Para el análisis cualitativo de las respuestas emitidas a las preguntas de tipología abierta, se ha elaborado una tabla con el programa Excel, en la que se ha dado registro a las respuestas emitidas, agrupándose posteriormente por similitud y semejanza.

4.3.7. Temporalidad

La recogida de datos e información se ha realizado en el periodo de tiempo que abarca desde marzo de 2018 a marzo de 2022, en dos fases diferenciadas, como podemos observar en la tabla 11.

La fase inicial para la recogida de datos e información, ha consistido en la toma de contacto y entrada al campo de estudio, mediante observación participante. Posteriormente, en la segunda fase, se procedió a la definición del problema y objeto de estudio, así como, el diseño y elaboración de la metodología e instrumentos para la recogida de datos. Para finalmente, en una tercera fase, realizar las entrevistas y difundir los cuestionarios entre la muestra de participantes.

Tabla 11

Temporalidad en la recogida de datos

Fases	Características	Instrumentos para la recogida de datos	Tiempo
1 ^a Fase	Fase inicial de la investigación. Entrada al campo de estudio.	Observación participante	De marzo a junio de 2018
2 ^a Fase	Definición del problema y objeto de estudio. Elección y diseño instrumentos para la recogida de datos.		De septiembre a diciembre de 2019
3 ^a Fase	Realización entrevistas y difusión cuestionarios	Cuestionarios Entrevistas en profundidad	De diciembre 2019 a marzo de 2022

4.3.8. Consideraciones éticas

Para el mantenimiento del rigor científico y la exigencia ética de este trabajo de investigación se han seguido los “Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta” de la American Psychological Association (APA) que entró en vigor en el año 2003 y que establece a nivel internacional para profesionales de la psicología los siguientes: Principio de beneficencia y no maleficencia, principio de fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia y respeto por los derechos y dignidad de las personas. Asimismo, se han tenido en cuenta los principios éticos, legales y jurídicos para la investigación con seres humanos, establecidos en la “Declaración de Helsinki” por la Asociación Médica Mundial (AMM) (World Medical Association, 2013).

Consentimiento informado

Con el fin de asegurar la ética de la investigación se ha llevado a cabo un procedimiento de consentimiento informado genérico, pero por cada participante. Para ello, se les ha informado de manera detallada previo a la participación acerca del propósito de la investigación, los riesgos y beneficios.

Cada participante, de manera autónoma y voluntaria ha debido consentir o no su participación en el estudio, respetándose en todo momento, el principio de libertad para aquellas personas que decidan no participar o incluso de abandonarlo una vez iniciada la realización del cuestionario y/o entrevistas en profundidad, sin ningún perjuicio y sin tener que argumentar el motivo de tal decisión.

Para ello, como ya se ha reflejado en el apartado relativo al cuestionario, al comienzo de los mismos se ha incorporado una casilla de verificación relativa al consentimiento informado a través de la cual, cada persona tiene la opción de participar o no en el estudio.

En el caso de las entrevistas en profundidad, que se han llevado a cabo manera presencial, se ha obtenido el consentimiento informado tanto verbal como por escrito. Para tal fin, se han elaborado dos modelos, uno dirigido a participantes menores de 16 años de edad (ver Anexo VII) y otro dirigido a adultos (ver Anexo VIII). Así mismo, se les ha hecho entrega de la Hoja de Información (ver Anexo IX) a cerca del propósito del estudio, participación y manejo de datos personales.

Para las entrevistas que se han realizado telefónicamente o mediante videollamada, se ha pedido previamente el consentimiento verbalmente, tanto para participar en las entrevistas, como para su grabación en audio.

Anonimato y confidencialidad

La gestión de los datos se ha realizado bajo la responsabilidad de la doctoranda, garantizándose en todo momento el anonimato y confidencialidad de los participantes, respetándose la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Procedimiento para la recogida de datos de carácter personal

Los datos recogidos tras la cumplimentación de los cuestionarios, se recopilará y guardará de manera automática en una base de datos con el único acceso de la doctoranda.

Algunas entrevistas serán grabadas en formato audio, tras el consentimiento de cada participante. Dichas grabaciones se custodiarán y tendrá acceso únicamente la doctoranda.

Los datos recogidos se conservarán durante el desarrollo de la investigación hasta finalizar este estudio que tendrá una duración de 5 años y al finalizar el mismo se destruirán.

Para la codificación de datos, se ha asignado un código alfanumérico a cada participante compuesto por las letras FP (figura parental) y AT (adolescente trans) seguidos de un número según el orden de cumplimentación de los cuestionarios.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados derivados de los cuestionarios y entrevistas semiestructuradas en profundidad realizadas a adolescentes trans y figuras parentales. En total, la muestra de los cuestionarios ha estado conformada por un total de 50 adolescentes trans y 100 figuras parentales, ver guiones de los cuestionarios (Anexo III y el Anexo IV). Por otro lado, la muestra de entrevistas semiestructuradas realizadas la han conformado 3 adolescentes trans y 12 figuras parentales, ver guion de las entrevistas en profundidad (Anexo V y el Anexo VI), así como, las respuestas emitidas por los participantes (Anexo X y Anexo XI).

Para un mejor entendimiento de los resultados expuestos, la doctoranda ha optado por la unificación de los resultados por variables y sus correspondientes análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes y medias), complementados con los resultados de las preguntas abiertas, expuestas a través de tablas, así como, de las respuestas emitidas en las entrevistas semiestructuradas en profundidad. Por lo tanto, por cada variable se recogerán los resultados obtenidos por el grupo de adolescentes trans, seguido por el grupo de figuras parentales.

A continuación, se muestran los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos, siguiendo el orden de las diferentes variables establecidas.

5.1. RESULTADOS OBTENIDOS

5.1.1. Datos sociodemográficos

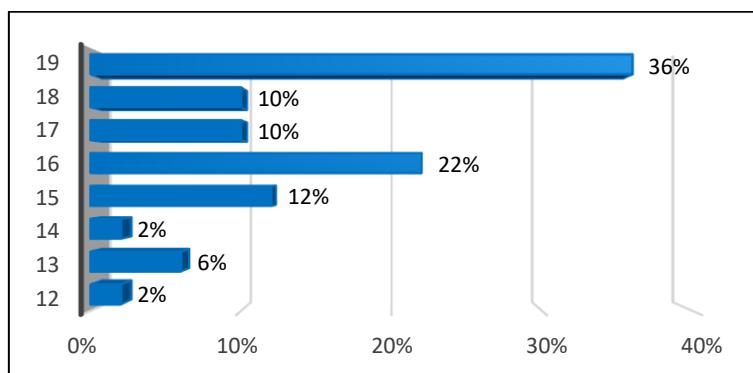
Se han estudiado los aspectos sociodemográficos de los participantes, a través de diferentes variables como edad, identidad de género, nivel académico, ocupación laboral, estado civil, núcleo convivencial, número de hermanos/as y lugar de residencia. El fin ha sido obtener un conocimiento en profundidad de sus características, cuyos resultados puedan proporcionar datos significativos para el presente estudio.

5.1.1.1. Distribución de la muestra por edad e identidad de género

En relación a la *variable edad*, la muestra de adolescentes trans se ha estructurado en 8 grupos de edad comprendidos entre los 12 y los 19 años. Como se puede observar en la figura 3, el porcentaje mayoritario corresponde al grupo de adolescentes trans de 19 años, que representa el 36% ($n = 18$) del total. Le sigue el grupo de participantes de 16 años, con un 22% ($n = 11$), y en tercer lugar el grupo de 15 años, con un 12% ($n = 6$). La edad media de la muestra de adolescentes trans es de 16,96 años.

Figura 3

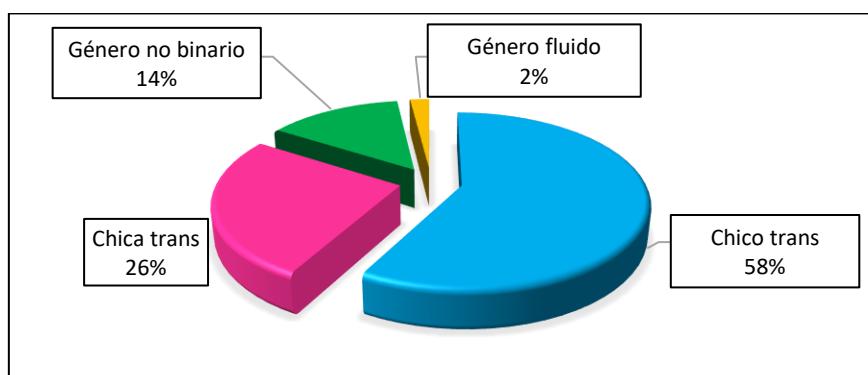
Distribución de la muestra de adolescentes trans por edad



En cuanto a la *variable identidad de género*, los resultados indican que el mayor porcentaje de la muestra de adolescentes trans se autodefine como chico trans, con un 58% ($n = 29$), seguido por un 26% ($n = 13$) que se identifica como chica trans, un 14% ($n = 7$) como género no binario, y sólo un 2% ($n = 1$) como género fluido (figura 4).

Figura 4

Distribución de la muestra de adolescentes trans por identidad de género



Al cruzar los datos de las *variables edad e identidad de género*, se puede observar que predominan con un 18% ($n = 9$) los chicos trans de 19 años, seguidos por un 14% ($n = 7$) de los chicos trans de 16 años, y con el 12% ($n = 6$) las chicas trans de 19 años (ver distribución de la muestra en la tabla 12).

Tabla 12

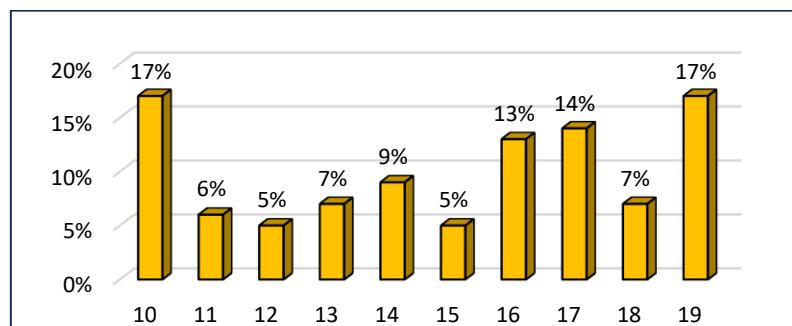
Distribución de la muestra de adolescentes trans por edad e identidad de género (tabla cruzada)

Edad	Chico trans	Chica trans	Género no binario	Género fluido	Total	Total
	Frecuencia (f)	Frecuencia (f)	Frecuencia (f)	Frecuencia (f)	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
12	1	0	0	0	1	2%
13	1	1	1	0	3	6%
14	1	0	0	0	1	2%
15	4	1	1	0	6	12%
16	7	3	0	1	11	22%
17	3	0	2	0	5	10%
18	3	2	0	0	5	10%
19	9	6	3	0	18	36%
Total	29	13	7	1	50	100%

En cuanto a la distribución de la muestra de figuras parentales en relación a la *variable edad* de sus hijos/as/es adolescentes trans, la figura 5 muestra 10 grupos etarios comprendidos entre los 10 y los 19 años. Se puede observar que mayoritariamente, el 17% ($n = 17$), corresponde en la misma proporción a los grupos de adolescentes de 10 y 19 años, observándose una gran disparidad en la distribución por edad dentro de la muestra. En segundo lugar, en orden decreciente con un 14% ($n = 14$), se encuentra el grupo de adolescentes de 17 años, seguido en tercer lugar el 13% ($n = 13$) correspondiente al grupo de 16 años. La edad media de hijos/as/es adolescentes trans es de 14,83 años.

Figura 5

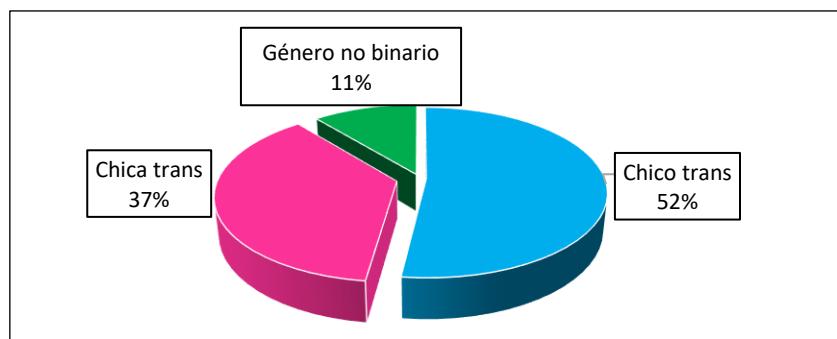
Distribución de la muestra de figuras parentales por edad de sus hijos/as/es adolescentes trans



Tal y como podemos observar en la figura 6, la distribución de la muestra de figuras parentales en relación a la *variable identidad de género* de su hijo/a/e adolescente trans refleja que la mayoría el 52% ($n = 52$) se autodefine como chico trans, el 37% ($n = 37$) como chica trans y el 11% ($n = 11$) como género no binario (ver figura 6).

Figura 6

Distribución de la muestra de figuras parentales por identidad de género de sus hijos/as/es adolescentes trans



A continuación, en la tabla 13 se han cruzado las *variables edad e identidad de género de sus hijos/as/es adolescentes trans*. Los resultados indican que predominan con un 11% ($n = 11$) las chicas trans de 10 años, seguidas con un 9% ($n = 9$) de los chicos trans de 19 años, observándose diferencias significativas en cuanto al género y la edad. Respecto al grupo adolescentes que se identifica como género no binario, la mayoría 3% ($n = 3$) cuenta con 19 y 18 años, seguido con un 2% ($n = 2$) de quienes tienen 16 y 13 años de edad.

Tabla 13

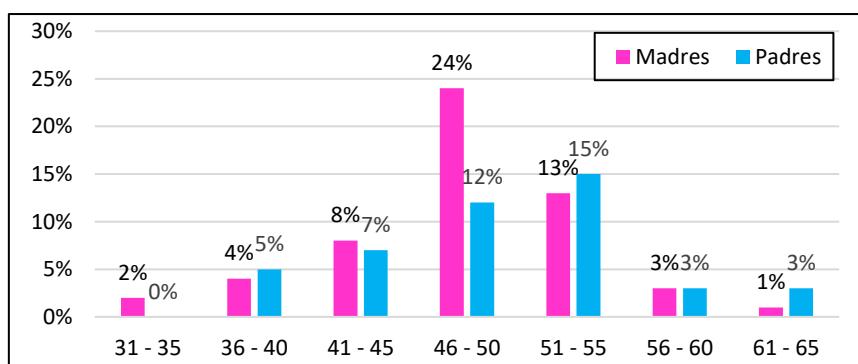
Distribución de la muestra de figuras parentales por edad e identidad de género de sus hijos/as/es adolescentes trans (tabla cruzada)

Edad	Identidad de género			Total Frecuencia (fr)	Total Porcentaje (%)
	Chico (trans) Frecuencia (f)	Chica (trans) Frecuencia (f)	Género no binario Frecuencia (f)		
10	5	11	1	17	17%
11	4	2	0	6	6%
12	3	2	0	5	5%
13	3	2	2	7	7%
14	7	2	0	9	9%
15	4	1	0	5	5%
16	7	4	2	13	13%
17	7	7	0	14	14%
18	3	1	3	7	7%
19	9	5	3	17	17%
Total	52	37	11	100	100%

La variable *edad* de la muestra de figuras parentales se ha dividido en 7 grupos etarios comprendidos entre los 31 y los 65 años. Como se puede observar en la figura 7, los resultados muestran una distribución asimétrica hacia la derecha, lo que indica una población de mediana edad. El mayor porcentaje 36% ($n = 36$) corresponde al grupo de figuras parentales cuyas edades se sitúan entre los 46 y los 50 años, seguido en orden decreciente 28% ($n = 28$) por el grupo de participantes de entre 51 y 55 años.

Figura 7

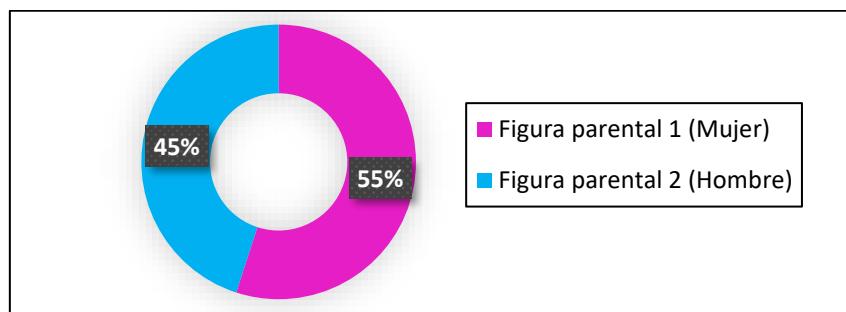
Distribución de la muestra de figuras parentales por edad



En relación a la variable *identidad de género*, los resultados indican que el 55% ($n = 55$) de las figuras parentales se identifica como mujer cis (figura parental 1), mientras que el 45% ($n = 45$) se identifica como hombre cis (figura parental 2). No se ha registrado ningún caso de figura parental que se identifique como persona trans, persona no binaria u otro (figura 8).

Figura 8

Distribución de la muestra de figuras parentales por identidad de género



Al cruzar las variables *edad e identidad de género*, se puede apreciar que predominan con un 24% ($n = 24$) las madres con edades comprendidas entre los 46 y los 50 años, seguidas por un 15% ($n = 15$) de los padres que tienen entre 51 y 55 años (tabla 14 y figura 7).

Tabla 14

Distribución de la muestra de figuras parentales por edad e identidad de género (tabla cruzada)

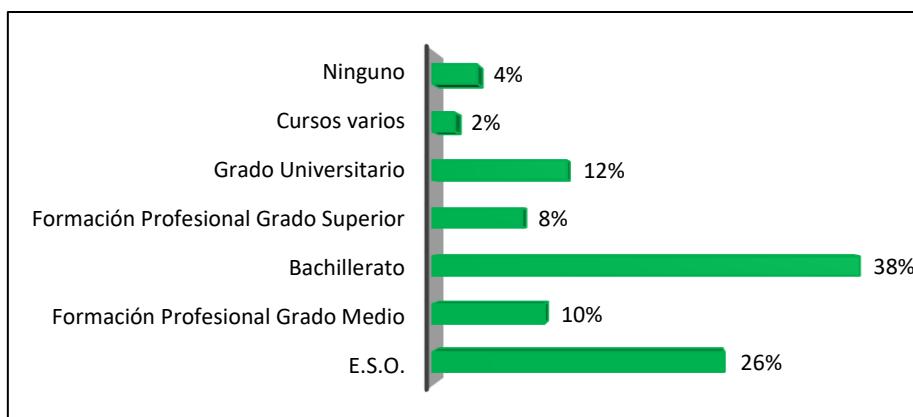
Rango edad (años)	Madres Frecuencia (f)	Padres Frecuencia (f)	Total Frecuencia (f)	Total Porcentaje (%)
31 - 35	2	0	2	2%
36 - 40	4	5	9	9%
41 - 45	8	7	15	15%
46 - 50	24	12	36	36%
51 - 55	13	15	28	28%
56 - 60	3	3	6	6%
61 - 65	1	3	4	4%
Total	55	45	100	100%

5.1.1.2. Distribución de la muestra por nivel académico

La distribución de la muestra de adolescentes trans por *nivel académico* (figura 9) refleja que mayoritariamente el 38% ($n = 19$) cursa Bachillerato, seguido por el 26% ($n = 13$) que estudia Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) y en tercer lugar un 12% ($n = 6$) se encuentra estudiando un Grado Universitario.

Figura 9

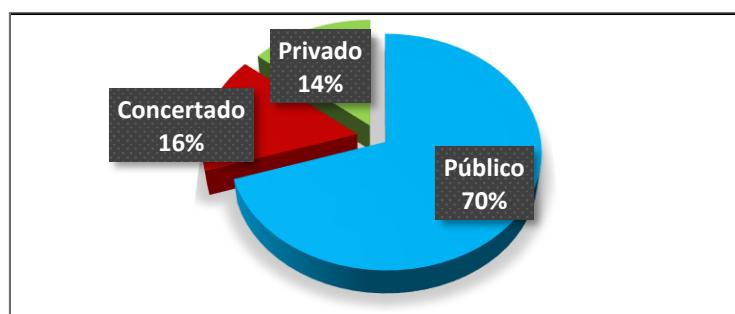
Distribución de la muestra de adolescentes trans por nivel académico



En cuanto a la variable *tipo de centros de estudios*, los resultados muestran que la mayoría de adolescentes trans, el 70% ($n = 35$) realiza sus estudios en centros públicos, seguido por el 16% ($n = 8$) que estudia en centros concertados, y un 14% ($n = 7$) que asiste a centros privados (figura 10).

Figura 10

Distribución de la muestra de adolescentes trans por tipo de centro de estudios

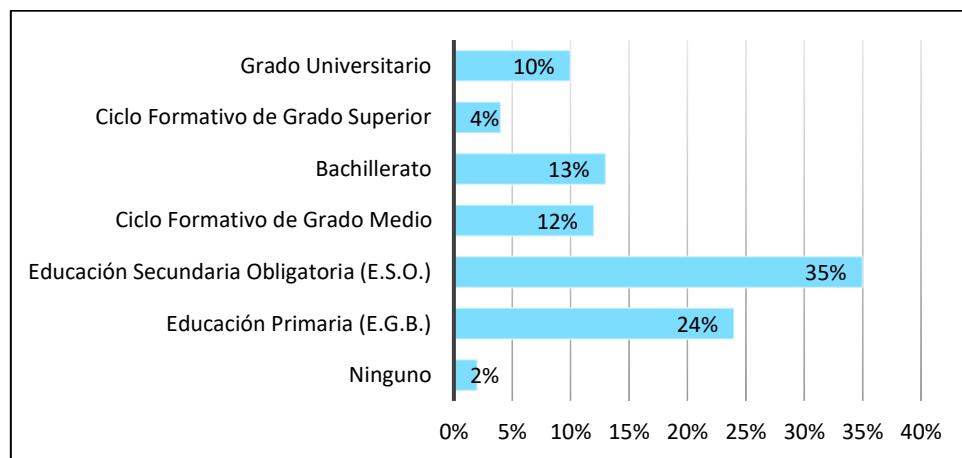


Respecto a la distribución de la muestra de figuras parentales en relación a la variable *nivel académico* de sus hijos/as/es adolescentes trans, se observa que mayoritariamente, el 35% ($n = 35$) estudia Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.). A continuación, un 24% ($n = 24$) cursan Educación Primaria, y un 12% ($n = 12$) se

encuentra realizando un Ciclo Formativo de Grado Medio. El hecho de que exista un predominio de hijos/as/es adolescentes trans que cursa dichos estudios está en consonancia con las edades predominantes en la muestra de adolescentes de 19, 17 y 10 años (ver figura 11 para la distribución).

Figura 11

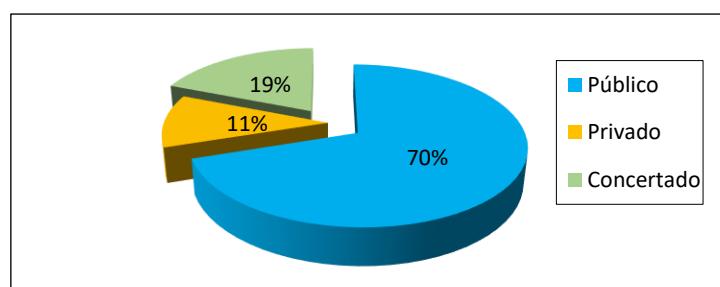
Distribución de la muestra de figuras parentales por nivel académico de sus hijos/as/es adolescentes trans



En relación a la variable *tipo de centro académico* donde sus hijos/as/es adolescentes trans cursan sus estudios, la mayoría, el 70% ($n = 70$) estudia en centros académicos públicos. Le sigue con un 19% ($n = 19$) quienes estudian en centros concertados, y un 11% ($n = 11$) que asiste a centros privados (ver figura 12).

Figura 12

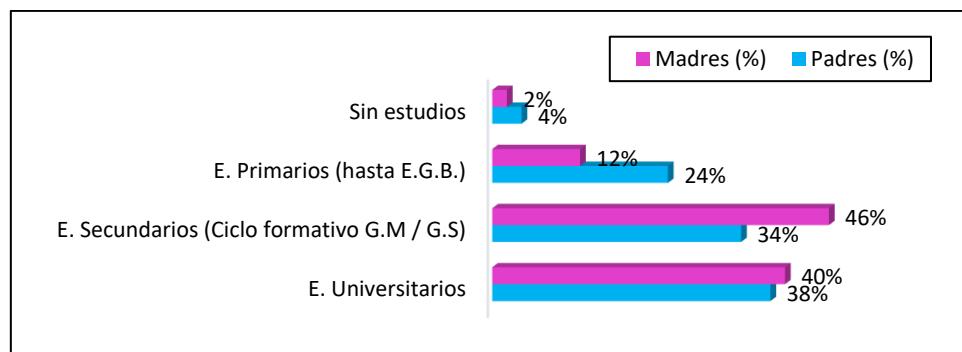
Distribución de la muestra de figuras parentales por tipo de centro de académico en el que estudian sus hijos/as/es adolescentes trans



En cuanto a la variable *nivel académico* de sus figuras parentales, los resultados reflejan que la mayoría tiene estudios superiores. El 46% ($n = 23$) de las madres posee titulación de estudios secundarios (Ciclo Formativo de Grado Medio o de Grado Superior), seguido por un 40% ($n = 20$) de madres que posee titulación universitaria. En términos de género, se observan diferencias poco significativas, ya que el 38% ($n = 19$) de los padres también posee una titulación universitaria, y el 34% ($n = 17$) ha completado estudios secundarios (Ciclo Formativo), ver distribución de la muestra en la figura 13.

Figura 13

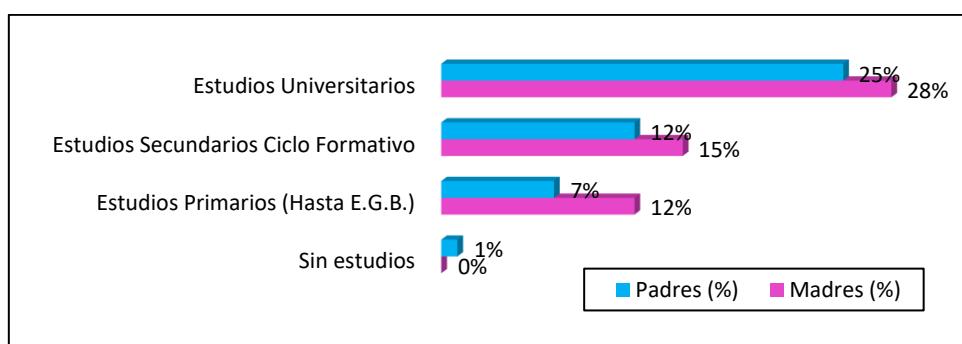
Distribución de la muestra de adolescentes trans por nivel académico de sus figuras parentales



Con respecto a la variable *nivel académico* de la muestra de figuras parentales, los resultados reflejan que el mayor porcentaje, el 53% ($n = 53$), posee titulación universitaria, seguido por un 27% ($n = 27$) que cuentan con estudios secundarios (Ciclo Formativo de Grado Medio o de Grado Superior). Al analizar la distribución por géneros, se puede observar que las madres superan a los padres en las 4 categorías establecidas de nivel académico (ver distribución en la figura 14).

Figura 14

Distribución de la muestra de figuras parentales por nivel académico

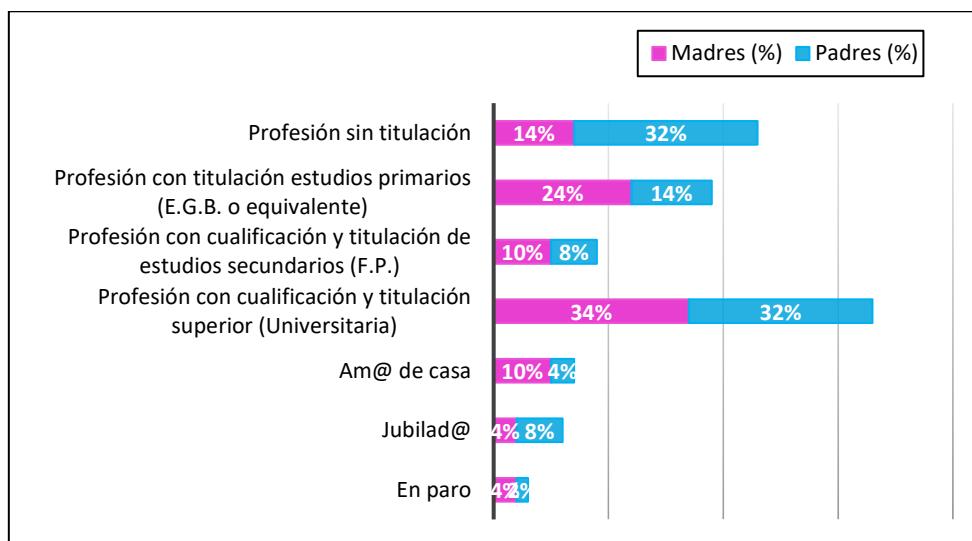


5.1.1.3. Distribución de la muestra por ocupación laboral

En cuanto a la *ocupación laboral* de las figuras parentales de la muestra de adolescentes trans, nos llama la atención que, aunque es mayoritario el porcentaje de madres que cuenta con estudios secundarios (formación profesional), los resultados reflejan que la mayoría de ellas, el 34% ($n = 17$) desempeña una profesión que requiere titulación universitaria. Siguiendo este patrón, un 32% ($n = 16$) de los padres también desempeñan una profesión con cualificación universitaria. En contraste, en la misma proporción, el 32% ($n = 16$) de los padres ejerce una profesión para la que no se requiere cualificación, resaltándose una gran disparidad de los participantes tanto en términos del tipo de profesión como del género (ver distribución de la muestra en la figura 15).

Figura 15

Distribución de la muestra de adolescentes trans por ocupación laboral de sus figuras parentales

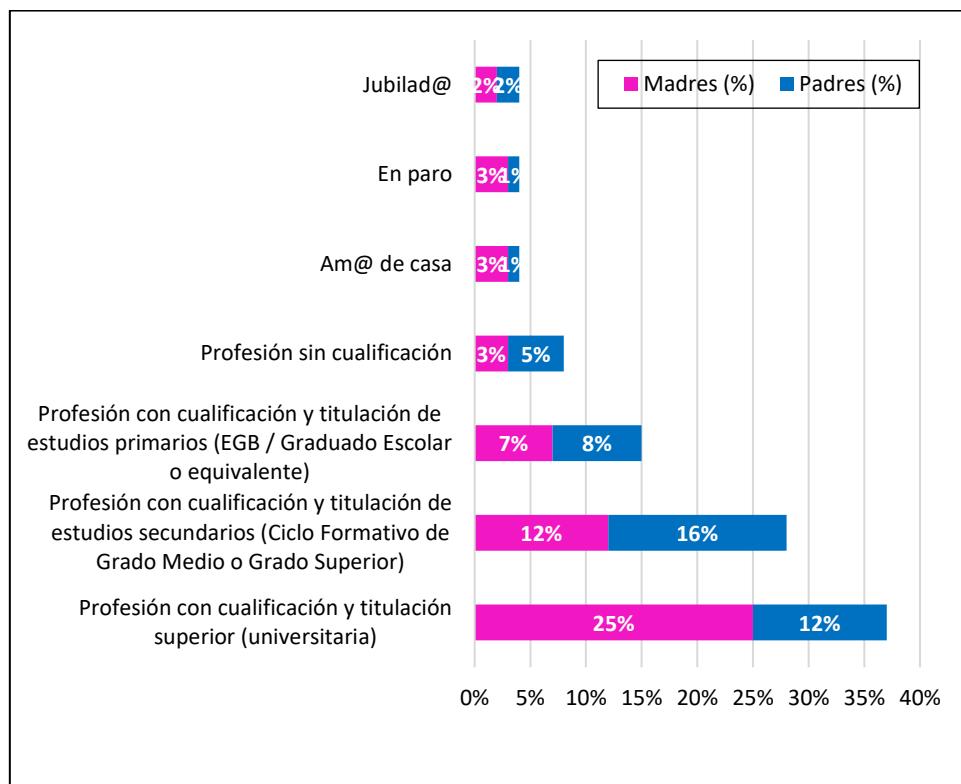


En lo que concierne a la distribución de la muestra de figuras parentales según su *ocupación laboral*, la mayoría de participantes, el 37% ($n = 37$), ejerce una profesión que requiere titulación universitaria, donde predominan las madres que representan el 25% ($n = 25$). En segundo lugar, el 28% ($n = 28$) de la muestra ejerce una profesión que requiere titulación de formación profesional, donde predominan los padres 16% ($n = 16$). En tercer lugar, el 15% ($n = 15$) de figuras parentales desempeñan una profesión que sólo requiere estudios primarios, sin observarse diferencias significativas entre padres y madres en esta categoría. En cuarto lugar, un 8% ($n = 8$) desempeña profesiones sin cualificación, donde predominan los padres 5% ($n = 5$). Y en último lugar, en la misma

proporción de 4% ($n = 4$), se encuentran las figuras parentales que se dedican al cuidado del hogar, son personas jubiladas o están en situación de desempleo (ver distribución en figura 16).

Figura 16

Distribución de la muestra de figuras parentales por ocupación laboral

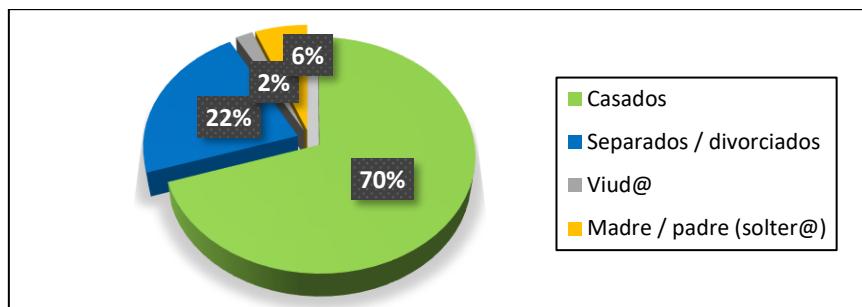


5.1.1.4. Distribución de la muestra por estado civil

Respecto a la distribución de la muestra de adolescentes trans en relación a la *variable estado civil* de sus figuras parentales, los resultados muestran que la gran mayoría de figuras parentales están casadas 70% ($n = 35$). En segundo lugar, se encuentran el 22% ($n = 11$) de figuras parentales que se han separado o divorciado. En tercer lugar, el 6% ($n = 3$) son madres o padres soltera/os. Finalmente, un 2% ($n = 1$) de las figuras parentales es viudo/a (ver figura 17).

Figura 17

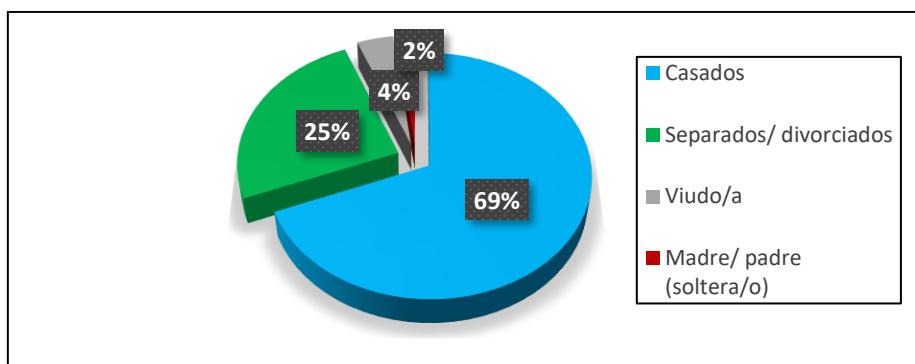
Distribución de la muestra de adolescentes trans por estado civil de sus figuras parentales



En cuanto a la distribución de la muestra de figuras parentales teniendo en cuenta la variable *estado civil* se presenta en la figura 18. Mayoritariamente, el 69% ($n = 69$) de los participantes están casados. Seguido de este grupo, el 25% ($n = 25$) corresponde a las figuras parentales que se encuentran separados/as o divorciados/as, un 4% ($n = 4$) son viudo/as, y finalmente, el 2% ($n = 2$) son madres o padres solteras/os.

Figura 18

Distribución de la muestra de figuras parentales por estado civil

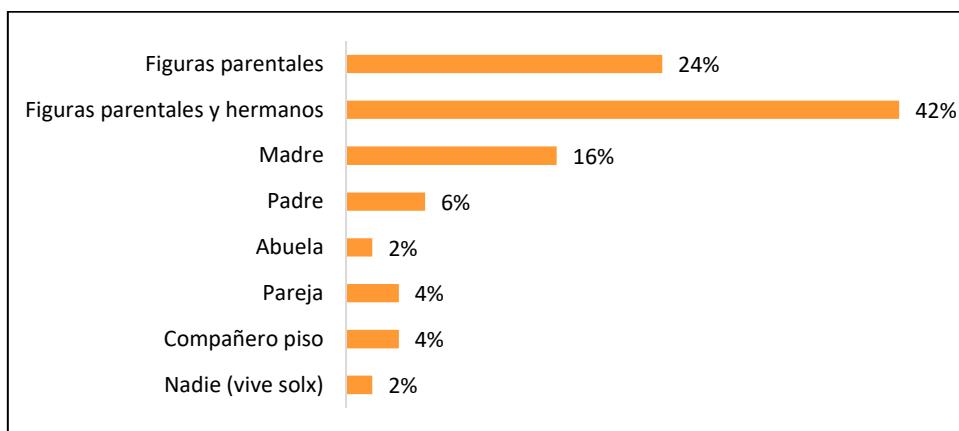


5.1.1.5. Distribución de la muestra por núcleo convivencial

En la figura 19 podemos observar la distribución de la muestra de adolescentes trans en relación variable *núcleo convivencial*, los resultados indican que la mayoría de los participantes, un 42% ($n = 21$), conviven con sus familias. Esto es seguido por un 24% ($n = 12$) de adolescentes trans que conviven con ambas figuras parentales. Un 16% ($n = 8$), convive únicamente con su madre, mientras que el 6% ($n = 3$) convive sólo con su padre. En la misma proporción, un 4% ($n = 2$) convive con su pareja o compañeros de piso, y finalmente, un 2% ($n = 1$) vive solo.

Figura 19

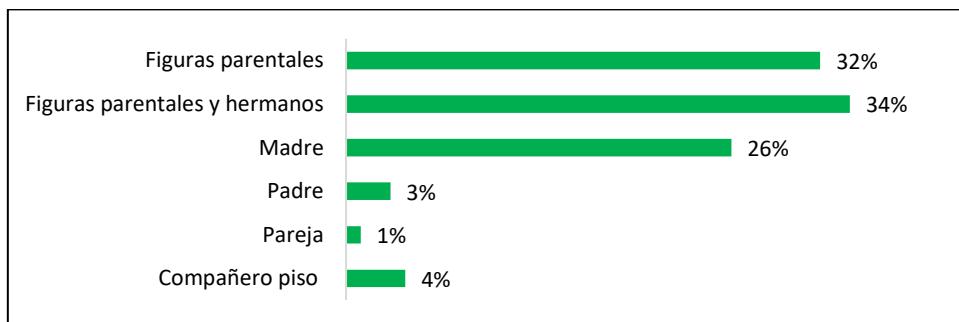
Distribución de la muestra de adolescentes trans por núcleo convivencial



En cuanto a la distribución de la muestra de figuras parentales en relación a la *variable núcleo convivencial* de sus hijos/as/es adolescentes trans, se puede observar que predominan con un 34% ($n = 34$), quienes conviven con sus figuras parentales y hermanos/as, seguidos por un 32% ($n = 32$) de adolescentes que conviven con sus dos figuras parentales. Este grupo es seguido por un 26% ($n = 26$) de adolescentes que vive únicamente con su madre, el 4% ($n = 4$) convive con compañeros de piso, mientras el 3% ($n = 3$), vive sólo con su padre. Por último, el 1% ($n = 1$) comparte su residencia con su pareja (ver figura 20).

Figura 20

Distribución de la muestra de figuras parentales por núcleo convivencial de sus hijos/as/es adolescentes trans

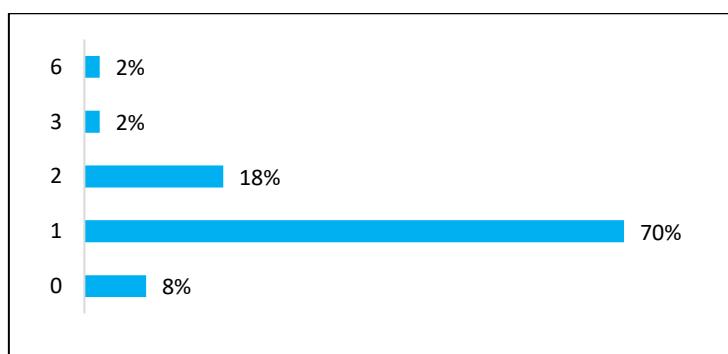


5.1.1.6. Distribución de la muestra por número de hermanos/as

Respecto a la variable *número de hermanos/as*, un alto porcentaje de la muestra de adolescentes trans, el 70% ($n = 35$), cuenta con un hermano/a. En segundo lugar, el 18% ($n = 9$) tiene dos hermanos/as, el 8% ($n = 4$) de adolescentes trans no tiene ningún hermano/a, y en la misma proporción el 2% ($n = 1$), cuenta con tres o con seis hermanos/as (ver figura 21).

Figura 21

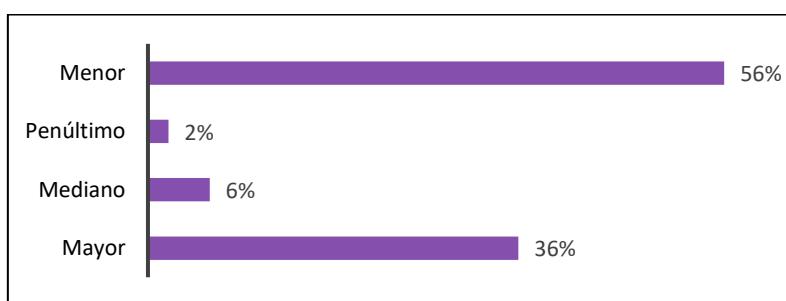
Distribución de la muestra de adolescentes trans por número de hermanos/as



En relación a la variable *orden de nacimiento*, los resultados indican que predominan con un 56% ($n = 28$) la muestra de adolescentes trans que ocupan el último lugar entre sus hermanos/as, es decir, son los/las/les hermanos/as menores. Por el contrario, en segundo lugar, el 36% ($n = 18$) son los/las/les hermanos/as mayores (ver figura 22).

Figura 22

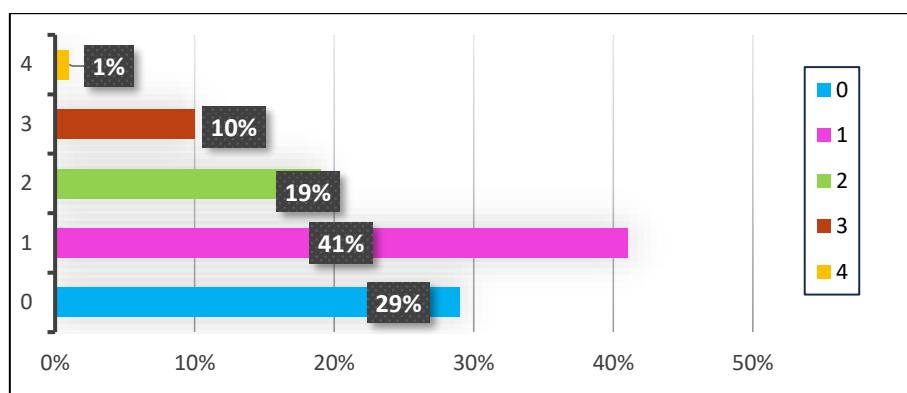
Distribución de la muestra de adolescentes trans por orden de nacimiento entre sus hermanos/as



En cuanto a la distribución de la muestra de figuras parentales en relación a la *variable número hermanos/as* de sus hijos/as/es adolescentes trans, la mayoría de adolescentes trans, el 41% ($n = 41$), cuenta con un hermano/a. Seguido por un 29% ($n = 29$) que son hijos/as/es únicos/as/es, y el 19% cuenta con dos hermanos/as. Además, el 10% ($n = 10$) tiene tres hermanos/as, y tan sólo el 1% ($n = 1$) cuenta con cuatro hermanos/as (ver figura 23).

Figura 23

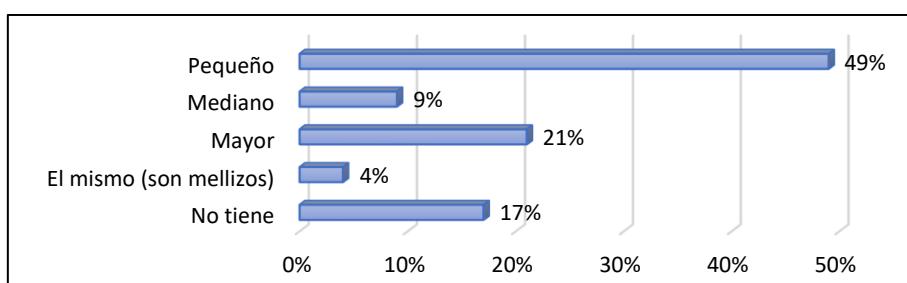
Distribución de la muestra de figuras parentales por número de hermanos/as de sus hijos/as/es adolescentes trans



Respecto a la *variable orden de nacimiento* de sus hijos/as/es adolescentes trans, la distribución de la muestra refleja que la mayoría, el 49% ($n = 49$) son los/as/es hermanos/as menores. Esto es seguido por un 21% ($n = 21$), que son los/as/es hermanos/as mayores, el 17% ($n = 17$) no tiene hermanos/as, un 9% ($n = 9$) son los/as/es hermanos/as medianos/as en sus familias, y finalmente, el 4% ($n = 4$) tiene un/a hermano/a mellizo/a (ver figura 24).

Figura 24

Distribución de la muestra de figuras parentales por orden de nacimiento de sus hijos/as/es adolescentes trans



5.1.1.7. Distribución de la muestra por lugar de residencia

En relación a la variable *lugar de residencia* de la muestra de adolescentes trans, hemos considerado dos distribuciones. En primer lugar, por Comunidades Autónomas y en segundo lugar por Provincias. Esta doble perspectiva permite un análisis más detallado de las áreas geográficas y facilita la identificación de posibles similitudes o diferencias entre variables.

Distribución por Comunidades Autónomas (adolescentes trans)

Los resultados de la variable lugar de residencia por Comunidades Autónomas, también presentan una diversidad geográfica significativa. El porcentaje mayoritario de adolescentes trans, con un 24% ($n = 12$) reside en el País Vasco, seguido de Andalucía 22% ($n = 11$), y en tercer lugar, en la Comunidad de Madrid 12% ($n = 6$) (ver distribución de la muestra en la figura 25).

Distribución por Provincias (adolescentes trans)

Respecto a la variable lugar de residencia por Provincias, se observa en los resultados gran disparidad en la distribución de la muestra. El mayor porcentaje de adolescentes trans reside en la provincia de Madrid 12% ($n = 6$), seguido por un 10% ($n = 5$) de quienes residen en la provincia de Guipúzcoa, y en tercer lugar y en la misma proporción con un 8% ($n = 4$), residen en Barcelona, Málaga y Vizcaya (ver distribución de la muestra en la figura 26).

Figura 25

Distribución de la muestra de adolescentes trans por lugar de residencia (Comunidades Autónomas)

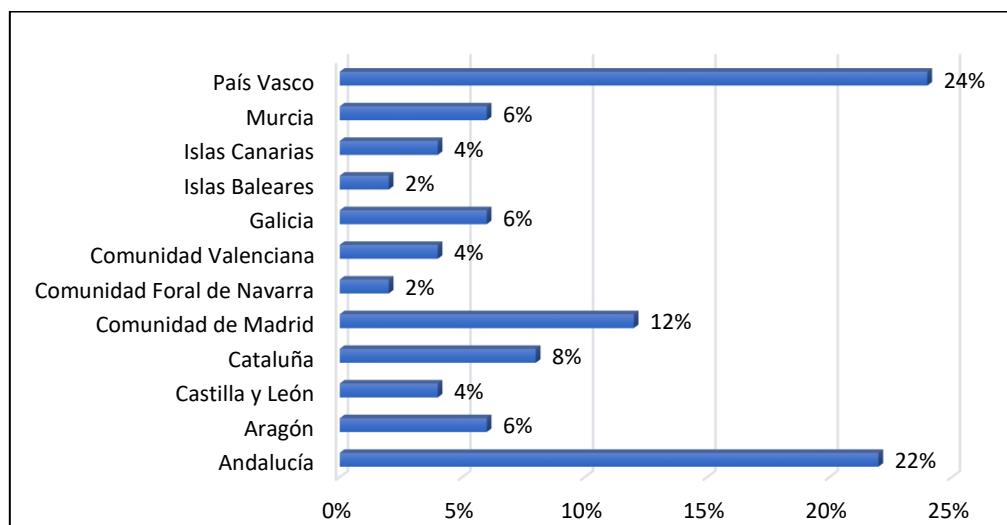
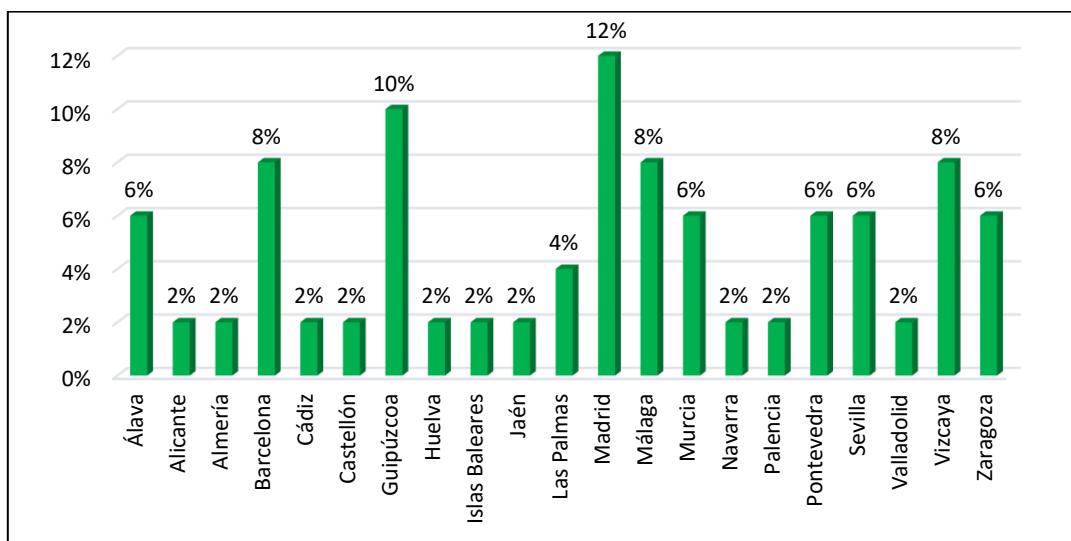


Figura 26

Distribución de la muestra de adolescentes trans por lugar de residencia (Provincias)



Distribución por Comunidades Autónomas (figuras parentales)

Asimismo, en la distribución de la muestra de figuras parentales por Comunidades Autónomas, se sigue reflejando una marcada concentración en ciertas regiones. Sigue destacando con un alto porcentaje, el 33% ($n = 33$) la Comunidad de Madrid como región con la mayor proporción de figuras parentales, seguido por la comunidad autónoma de Andalucía con un 14% ($n = 14$), y Galicia, que se posiciona en tercer lugar con un 8% ($n = 8$), como puede verse su distribución en la figura 27.

Distribución por Provincias (figuras parentales)

En lo que concierne a la distribución de la muestra de figuras parentales por lugar de residencia (Provincia), se observa una clara heterogeneidad en su distribución geográfica a nivel provincial, siendo su distribución dispersa por todo el territorio español. La mayor concentración de figuras parentales reside en la provincia de Madrid con un 33% ($n = 33$), seguido en claro descenso y en la misma proporción, en las provincias de Las Palmas de Gran Canaria y Pontevedra con un 6% ($n = 6$) cada una, y las provincias de Islas Baleares, Málaga y Valencia, con un 5% ($n = 5$) en cada una de ellas, como se puede observarse en la distribución en la figura 28.

Figura 27

Distribución de la muestra de figuras parentales por lugar de residencia (Comunidades Autónomas)

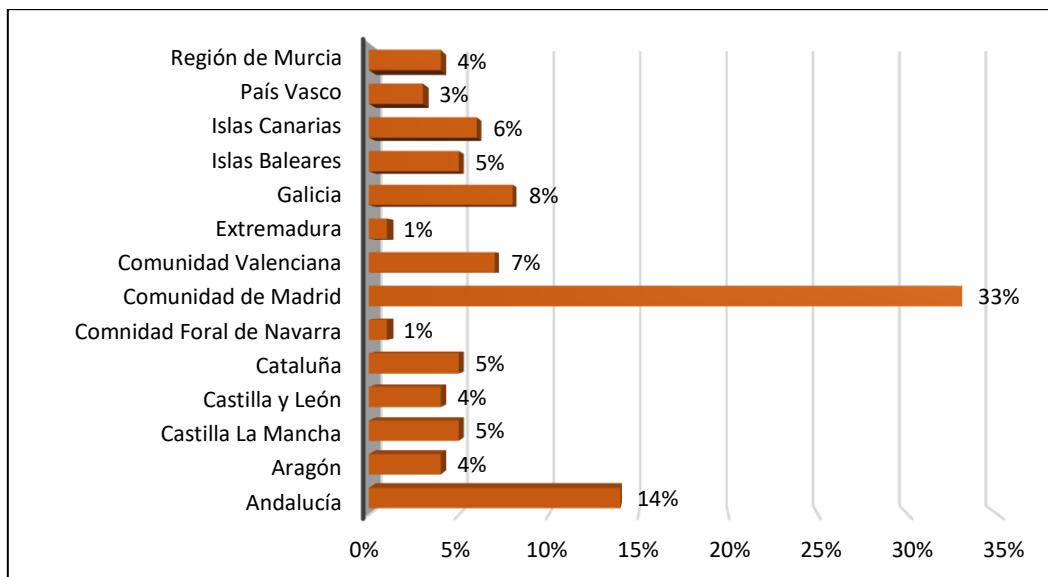
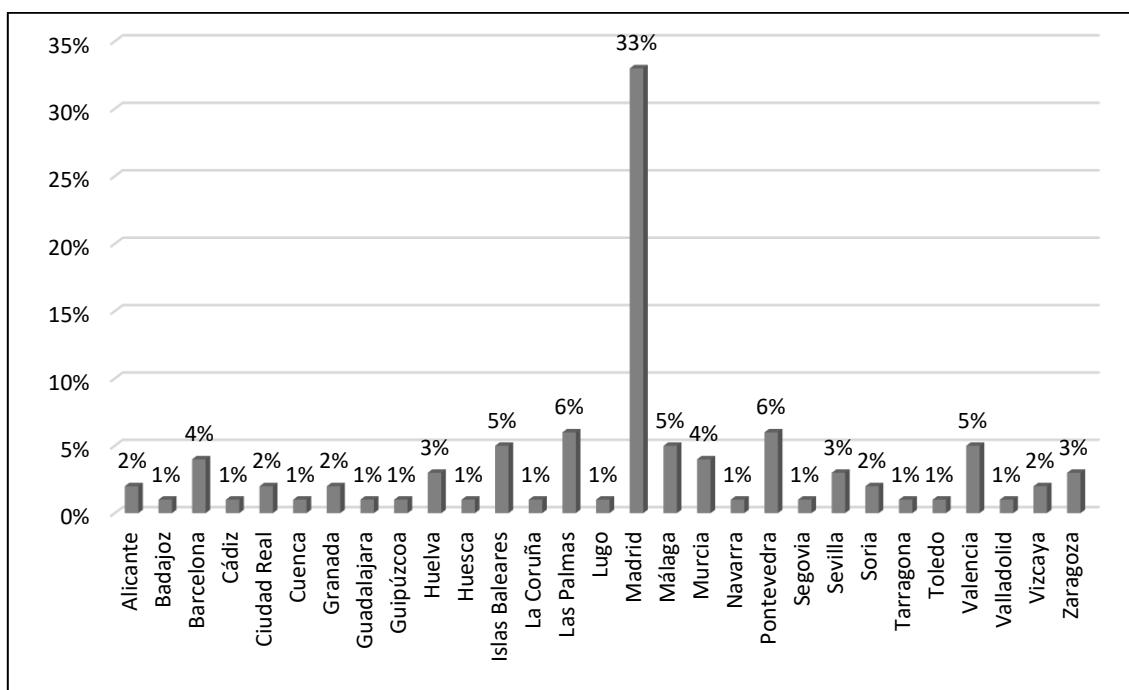


Figura 28

Distribución de la muestra de figuras parentales por lugar de residencia (Provincias)



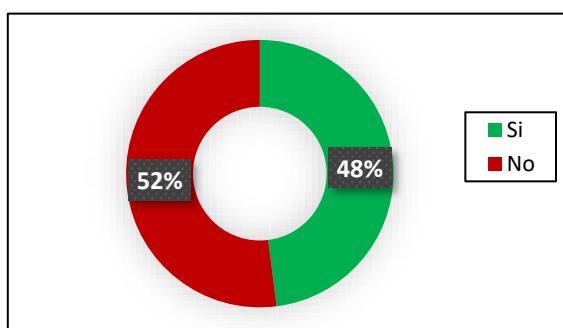
5.1.2. Variables relacionadas con la detección de la identidad de género

a) Conocimientos previos sobre transexualidad

Respecto a la distribución de la muestra de adolescentes trans por la variable, *Antes de saber o darte cuenta de que no te identificabas con el sexo que te asignaron al nacer ¿Sabías qué era la transexualidad o las personas trans?*, los resultados obtenidos muestran unos datos de distribución casi equitativos en términos de conocimiento y desconocimiento de la transexualidad antes de su autodescubrimiento. Resulta llamativo que prácticamente la mitad de la muestra de adolescentes trans antes de identificarse como persona trans, con un 52% ($n = 26$) desconocía qué era la transexualidad frente a un 48% ($n = 24$), que sí lo sabía (ver figura 29). Estos resultados son particularmente significativos para este trabajo de investigación, ya que puede poner de manifiesto que la falta de información, conocimiento o de educación previa, puede influir en el proceso de autoconocimiento y de aceptación de la identidad de género. Además, esto puede conllevar desventajas en el acceso a recursos específicos para la afirmación del género (sanitarios, psicosociales, legales etc.) ante su desconocimiento, así como un afrontamiento de la transición del adolescente trans menos fluida y más compleja, tanto personal como socialmente.

Figura 29

Distribución de la muestra de adolescentes trans por conocimientos previos sobre transexualidad



Igualmente, en relación a los conocimientos previos sobre la transexualidad de las figuras parentales, los resultados indican que la mayoría, el 65% ($n = 65$), sí sabían qué era la transexualidad antes de saber que su hijo/a/e era una persona trans, frente al 35% ($n = 35$) que lo desconocía, tal y como podemos observar en la figura 30 y en

algunas de las respuestas de las entrevistas realizadas, que proporcionan una visión más profunda acerca del tema:

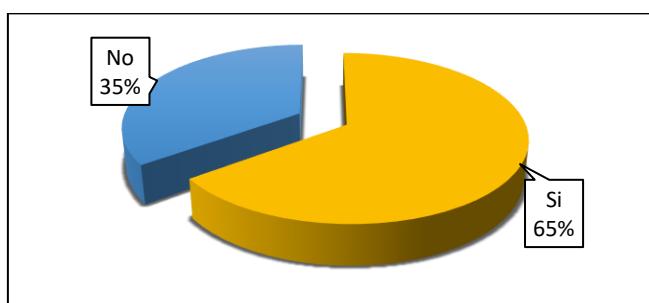
FP (1): “*Conocía la existencia de personas trans. Pero no había ahondado mucho más en ese tema*”.

FP (2): “*No, no sabía lo que era*”.

FP (5): “*La transexualidad me parecía algo anecdótico. Lo único que sabía era por la prensa*”.

Figura 30

Distribución de la muestra de figuras parentales por conocimientos previos sobre transexualidad

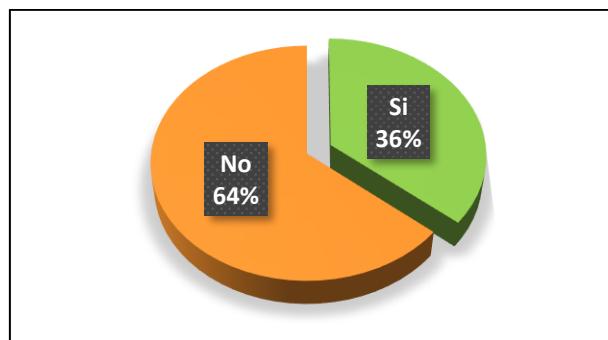


b) Conocimientos previos sobre infancias y adolescencias trans

En relación a la variable *conocimientos previos sobre infancias y adolescencias trans*, se observan hallazgos significativos que indican que la mayoría de adolescentes trans, el 64% ($n = 32$), antes de identificarse como persona trans, desconocía la existencia de niños/as/es y adolescentes trans, frente un 36% ($n = 18$), que sí tenía constancia sobre ello (ver figura 31). Dichos resultados nos invitan a plantearnos las dudas y dificultades a las que se han podido enfrentar gran parte de la muestra de adolescentes trans, para identificar qué les ocurría, cómo se sentían y cuándo pudieron poner un nombre a su propia identidad de género. Este hecho ha podido retrasar la capacidad de la muestra adolescente trans para identificar y afirmar su identidad de género, y afrontar posibles dificultades a nivel psicológico, emocional y social.

Figura 31

Distribución de la muestra de adolescentes trans por conocimientos previos sobre infancias y adolescencias trans



Asimismo, los resultados reflejan que la mayor parte de figuras parentales el 60% ($n = 60$), antes de saber que su hijo/a/e era una persona trans, desconocía la existencia de niños/as/es y adolescentes transgénero, y un 40% ($n = 40$) de figuras parentales, afirma que sí tenía conocimiento acerca de ello, tal y como podemos observar en la figura 32 y en algunas de las respuestas emitidas en las entrevistas realizadas, en las que aportan su testimonio:

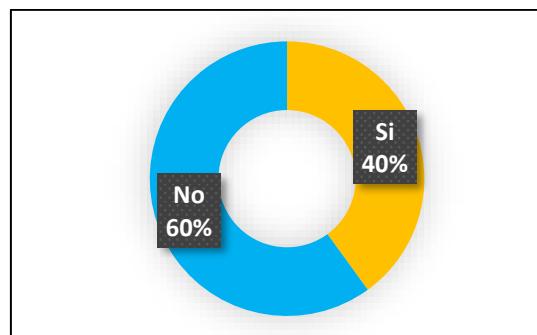
FP (3): “*Me merecen respeto. No había ahondado sobre la transexualidad, ni me había planteado la existencia de niños transexuales*”.

FP (11): “*En ningún momento habíamos pensado que nuestro hijo era trans. No teníamos ningún referente de menores trans, solamente de personas adultas, como Bibi Andersen*”.

FP (12): “*No nos habíamos planteado qué era la transexualidad, ni sabíamos que existían menores trans*”.

Figura 32

Distribución de la muestra de figuras parentales por conocimientos previos sobre infancias y adolescencias trans



Respecto a la variable “*¿Qué opinión tenía acerca de las personas transexuales antes de saber que su hijo/a/e era una persona trans?*”, las respuestas emitidas por las figuras parentales en las entrevistas realizadas, reflejan disparidad de opiniones y perspectivas:

FP (1): “*Si me hubieran preguntado en aquel momento, lo hubiera equiparado a un travesti. Un hombre que deseaba ser mujer o se vestía de mujer. Para mí la transexualidad masculina no existía en mi imaginario. Esa es la idea que yo tenía. Poca información*”.

FP (2): “*Tenía una opinión negativa, mala. Personas fuera de la sociedad*”.

FP (4): “*Positiva, no tenía demasiados datos. Me creaba curiosidad*”.

c) Edad detección identidad de género

Respecto a la variable “*¿A qué edad te diste cuenta que tu identidad de género no coincidía con el sexo que te asignaron al nacer?*”, la distribución de la muestra de adolescentes trans refleja que mayoritariamente, el 20% ($n = 10$) manifestó incongruencia de género desde siempre, es decir, de los 0 a los 3 años de edad. Este grupo es seguido por un 14% ($n = 7$) que se identificó como persona trans a los 15 años. Asimismo, a nivel general podemos observar que el 44 % ($n = 22$) de la muestra experimentó incongruencia de género durante la infancia, es decir, antes de los 10 años.

Además, el 56% ($n = 36$) sintió que su identidad de género no correspondía con su sexo asignado durante la adolescencia, es decir, entre los 10 y 19 años (ver figura 33).

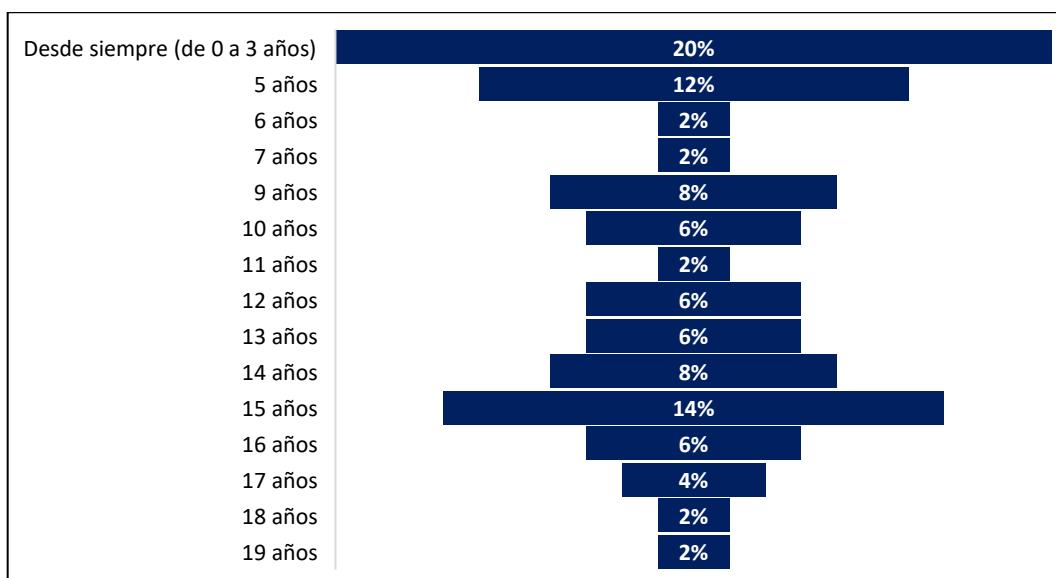
A su vez, se observa heterogeneidad en las respuestas emitidas en las entrevistas realizadas: mientras un adolescente trans manifiesta haberse identificado como persona trans recientemente, otro indica haberse identificado desde siempre:

AT (2): “*Darme cuenta y ser consciente de lo que pasaba, este verano (con 16 años). Que me identifico como trans. Darme cuenta de que algo no encajaba desde siempre. Siempre había algo que me chocaba, pero hasta que no conocí el término, no sabía lo que pasaba*”.

AT (3): “*No me acuerdo, desde pequeño*”.

Figura 33

Distribución de la muestra de adolescentes trans por edad detección de la identidad de género trans



En relación a la pregunta “*¿Qué edad tenía su hijo/a/e cuando supieron que su identidad de género no coincidía con el sexo que le asignaron al nacer?*”, a nivel general se observa disparidad en la distribución de la muestra, ya que el 39 % ($n = 39$) de figuras parentales, percibió que su hijo/a/e era una persona trans durante la infancia, es decir, desde que eran bebés hasta los 9 años de edad y el 41% ($n = 41$) durante la adolescencia, es decir, entre los 10 y los 19 años. Asimismo, tal como podemos ver en la figura 34, la mayoría de figuras parentales, el 15% ($n = 15$), supieron que su hijo/a/e

era una persona trans desde siempre, es decir, desde que tenía menos de 3 años de edad. Este grupo es seguido, con un 14% ($n = 14$), por aquellas figuras parentales que lo detectaron cuando su hijo/a/e tenía 16 años de edad. Y, en tercer lugar, se sitúa el 12% ($n = 12$) que indica que desde que su hijo/a/e tenía 13 años.

De igual modo, las respuestas emitidas por las figuras parentales en las entrevistas realizadas, ponen de manifiesto la individualidad de cada persona en cuanto a la expresión y detección de la identidad de género sentida, tal y como se puede observar:

FP (1): *"Lo supimos sobre los 17,5 años o 18. Lo supimos porque ella nos lo dijo. Anteriormente no habíamos sospechado absolutamente nada de que pudiera ser ni siquiera gay [...]."*

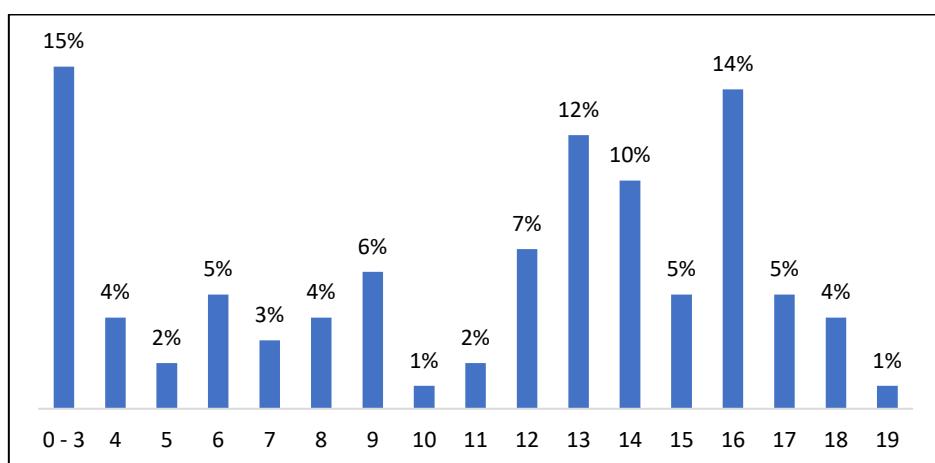
FP (2): *"Desde que nació, yo tenía asumido que era una niña, pero no tenía la etiqueta [...]."*

FP (3): *"A mi hijo le costó mucho decirlo, somatizaba el no decirlo. Observamos que le pasaba algo, pero no sabíamos qué era. No lo intuímos. No supe verlo [...]."*

FP (11): *"Desde pequeño, alrededor de los 3 años, mostraba comportamientos no normativos, aunque no tiene que ver con la identidad. Él jugaba a juegos vinculados tradicionalmente más a niños que a niñas, y nosotros le dejamos esa libertad, que se expresara como quisiera".*

Figura 34

Distribución de la muestra de figuras parentales por edad que tenía su hijo/a/e cuando supieron que su identidad de género no coincidía con el sexo asignado al nacer

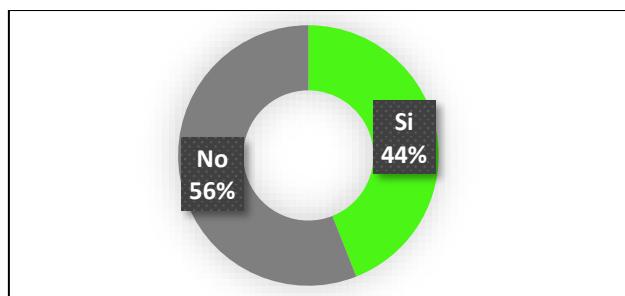


d) Manifestación incongruencia de género de su hijo/a/e adolescente trans antes de identificarse como persona trans

En cuanto a la pregunta “*¿Su hijo/a/e les había verbalizado en algún momento que se identificaba con otro género diferente al que le asignaron al nacer?*”, los resultados indican que la mayoría de hijos/as/es adolescentes trans, el 56% ($n = 56$), no había verbalizado incongruencia de género antes de manifestar que se identificaba como una persona trans, seguido por el 44% ($n = 44$), que sí lo había verbalizado con anterioridad (ver figura 35).

Figura 35

Distribución de la muestra de figuras parentales por verbalización incongruencia de género de su hijo/a/e adolescente trans



e) Reacción al saber que su hijo/a/e es una persona trans

En lo que concierne a la variable “*¿Cuál fue la reacción de tus figuras parentales al saber que eres una persona trans?*”, se observa una amplia diversidad en las respuestas emitidas por los entrevistados. Cada adolescente trans entrevistado, ha manifestado una reacción diferente por parte de sus figuras parentales al conocer su identidad de género sentida. Estas reacciones varían desde la sorpresa y negación hasta la aceptación, poniendo de manifiesto la individualidad y complejidad de cada experiencia personal, tal y como se puede observar a continuación:

AT (1): “*Al principio se negaron. Fue una cosa que a mí me frustró mucho, al principio estuvieron dos horas llamándome por mi nombre. [...]. Poco a poco, después de un mes, ellos sabían el nombre que quería usar, pero no lo usaba (A.). A partir de entonces, empezaron a llamarme por mi nombre. No fue inmediato, pero no costó tanto como otros casos que conozco*”.

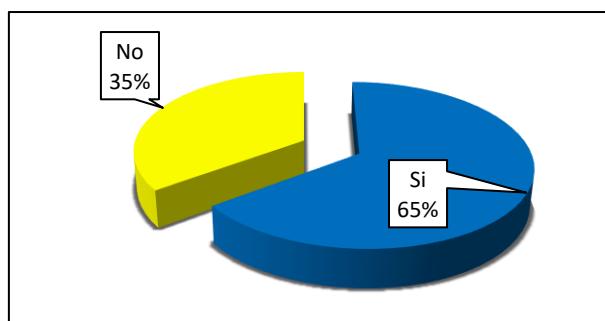
AT (2): “*Mi madre siempre ha pensado que yo era un chico trans, por no seguir con el estereotipo femenino. Ella siempre me lo preguntaba, pero ¿tú eres un chico? Cuando se lo dije, no le sorprendió, pero no era exactamente, ya que yo soy “no binarie”. Encontré la Asociación COGAM y encontré a otras personas no binarias, que nos ayudaron*”.

AT (3): “*Creo que se sorprendieron saber que soy trans, aunque desde siempre había manifestado que me sentía un chico*”.

Respecto a la variable “*¿Le sorprendió saber que su hijo/a/e era una persona trans?*”, se observa que el mayor porcentaje de figuras parentales, un 65% ($n = 65$), manifiesta que sí se sorprendió al saber que su hijo/a/e era una persona trans, frente al 35% ($n = 35$), que indicó que no se sorprendió (ver figura 36).

Figura 36

Distribución de la muestra de figuras parentales por reacción de sorpresa al saber que su hijo/a/e era una persona trans



Respecto a la pregunta “*¿Cuál fue su reacción al saber que su hijo/a/e es una persona trans?*”, las respuestas emitidas por las figuras parentales en las entrevistas realizadas, han sido heterogéneas. Destacan principalmente reacciones de sorpresa, miedo y aceptación, reflejando la variedad de emociones expresadas ante esta revelación como se muestra a continuación:

FP (1): “*Fue una sorpresa. Nos los dijo ella. Le encontré llorando y nos dijo no se sentía a gusto con su cuerpo, que se miraba al espejo y que no se identificaba. Estamos hablando de una persona de 18 años con barba bien poblada, con novia y que hasta ese momento era buen estudiante y no había dado ningún tipo de problema. [...]*

FP (5): “*Mi reacción fue de miedo por los cambios que se iban a producir [...]*

FP (8): “*Aceptación. Lo más duro fue cuando nos dijo que le cambiáramos el nombre y el género para dirigirnos a él. Primero, nos dijo que era una persona no binaria, a los meses después nos dijo que le cambiáramos el nombre y el pronombre en masculino.*

FP (9): “*Yo tuve dos ataques de ansiedad gordos cuando me lo dijo. Por lo que yo pensaba lo que se me venía encima. Nunca habíamos estado alerta, porque nunca había mostrado actitudes o gustos típicamente femeninos. Si veíamos que tenía depresión, pero no sabíamos por qué. Nos pilló a contrapié*”.

En lo que concierne a la variable *¿Cómo se sintió al saber que su hijo/a/e es una persona trans?* el mayor porcentaje de figuras parentales el 83,33% ($n = 10$) indica que se sintieron sorprendidos y el 16,66% ($n = 2$) sintieron miedo por su hijo/a/e. A continuación, se exponen algunas de las respuestas emitidas durante las entrevistas:

FP (4): “*Me sentí asustada, sensación de inseguridad. Sentía miedo por el futuro de mi hijo, la vida para él iba a ser más difícil*”.

FP (7): “*En el primer momento, lo puse en duda, pensé que era por la edad de la adolescencia. Pero luego veía que no, conforme pasaba el tiempo, veía que todo empezaba a cobrar sentido. Yo pensaba que era un problema, luego no. Pensaba que era un problema, por miedo por él*”.

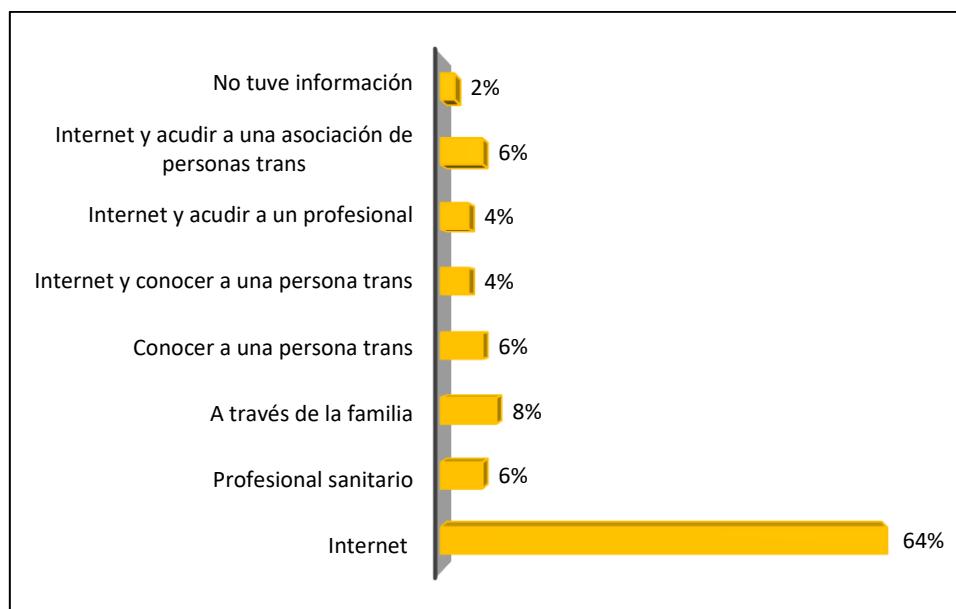
FP (11): “*Al principio nos quedamos sorprendidos de que nuestra niña, en realidad era un niño transexual, aunque desde siempre mostraba comportamientos masculinos, rechazaba el color rosa etc.*

f) Principales fuentes de información

Respecto a la pregunta “*¿Cuál fue tu principal fuente de información para saber qué era la identidad de género trans?*”, la mayoría de adolescentes trans, un 64% ($n = 34$) indicó que su principal fuente de información fue internet, seguidamente, el 8% ($n = 4$) señaló que se informó a través de su familia, y en tercer lugar, el 6% ($n = 3$) se informó acudiendo a una asociación de personas trans, y en la misma proporción, conoció a otras personas trans, o recurrió a un profesional sanitario (ver figura 37).

Figura 37

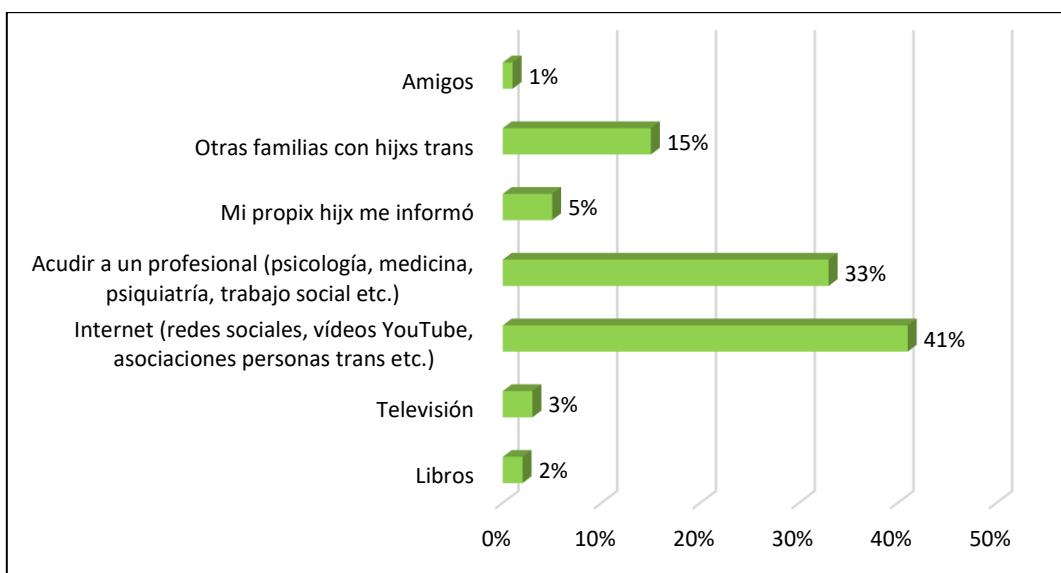
Distribución de la muestra de adolescentes trans por principal fuente de información para saber qué era la identidad de género trans



Asimismo, los resultados revelan que, para la mayoría de figuras parentales la principal fuente de información para saber qué era la identidad de género trans fue internet. El 41% ($n = 41$), recurrió a redes sociales, vídeos de YouTube, páginas web asociaciones personas trans etc. A continuación, en orden decreciente el 33% ($n = 33$), acudieron a un profesional sanitario o del ámbito social como psicólogos/as, médicos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, etc. Y, en tercer lugar, el 15% ($n = 15$) de las figuras parentales, se informó conociendo a otras familias con hijos/as/es trans (ver figura 38).

Figura 38

Distribución de la muestra de figuras parentales por principal fuente de información para saber qué era la identidad de género trans



En relación a la variable “*¿En qué momento decidieron acudir a un profesional?*”, la mayoría de figuras parentales, el 66,66% ($n = 8$), indicó que acudieron a un profesional en el momento en que supieron que su hijo/a/e era una persona trans. Seguido, por un 25% ($n = 3$), de quienes decidieron acudir por cuestiones relacionadas con la salud mental de sus hijos/as/es. Y por último, un único participante representado el 8,33% ($n = 1$), indicó que no tuvo la necesidad de acudir a ningún profesional.

A continuación, se exponen algunas de las respuestas recogidas durante las entrevistas:

FP (1): “*Pasados unos 6 meses después de que me lo dijera. Mi hija (chica trans) me dijo que quería acudir a un profesional porque quería hacer una transición [...].*

FP (7): “*No, no tuve necesidad. Me puse a buscar en internet mucha información, puse en internet “infancia y adolescencia trans” y directamente me salió Chrisallys [...].*

FP (8): “*Cuando empezó a tener crisis de ansiedad*”.

En relación a la pregunta “*¿Con qué objetivo acudieron a un profesional?*”, la mayoría de figuras parentales, un 75% ($n = 9$), afirmó que acudieron a un profesional en busca de ayuda e información en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans. Le sigue con un 16,66% ($n = 2$), quienes acudieron tanto por cuestiones

relacionadas con la salud mental como por la identidad de género de su hijo/a/e, y una persona, indicó que su hijo/a/e acudió al profesional por su cuenta sin conocer exactamente el motivo. A continuación, se presentan algunas de las respuestas recogidas durante las entrevistas realizadas:

FP (5): “*Al ser mayor de edad mi hijo acudió por su cuenta a un especialista en psicología, supongo que para obtener respuestas por lo que le estaba pasando*”

FP (8): “*Resolver dudas sobre cómo llevar a cabo la transición de género de mi hija*”.

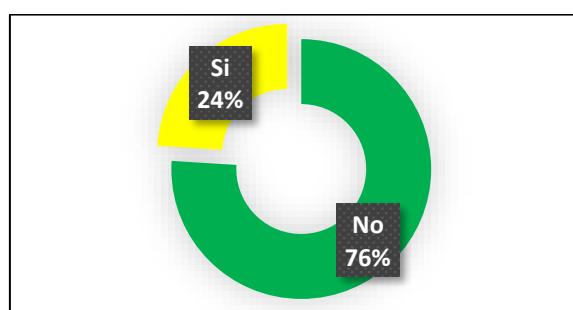
FP (10): “*Por cuestiones relacionadas con ansiedad de mi hija y posteriormente para que nos informara sobre los pasos que había que dar para la transición de género*”.

g) Un profesional ayudó a identificar la identidad de género trans

Respecto a la variable “*¿Hubo algún profesional que te ayudara a saber que eres una persona trans?*”, un alto porcentaje de adolescentes trans, el 76% ($n = 38$) indica que ningún profesional les ayudó a identificar su identidad de género sentida, frente a un 24% ($n = 12$) que respondió afirmativamente (ver figura 39).

Figura 39

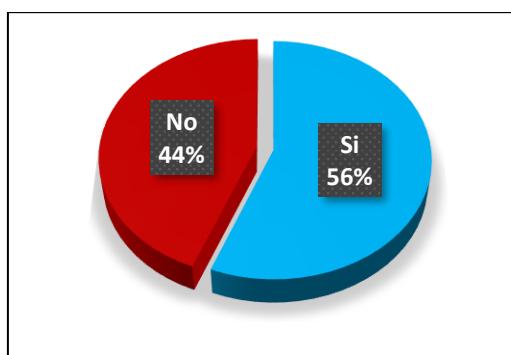
Distribución de la muestra de adolescentes trans por un profesional me ayudó a identificar mi identidad de género trans



Sin embargo, respecto a la distribución de la muestra de figuras parentales se observa que mayoritariamente, al 56% ($n = 56$) un profesional sí les ayudó a identificar la identidad de género sentida por su hijo/a/e adolescente trans, frente al 44% ($n = 44$) que ha indicado que no recibió tal apoyo (ver figura 40).

Figura 40

Distribución de la muestra de figuras parentales por un profesional nos ayudó a identificar la identidad de género de nuestro/a/e hijo/a/e adolescente trans

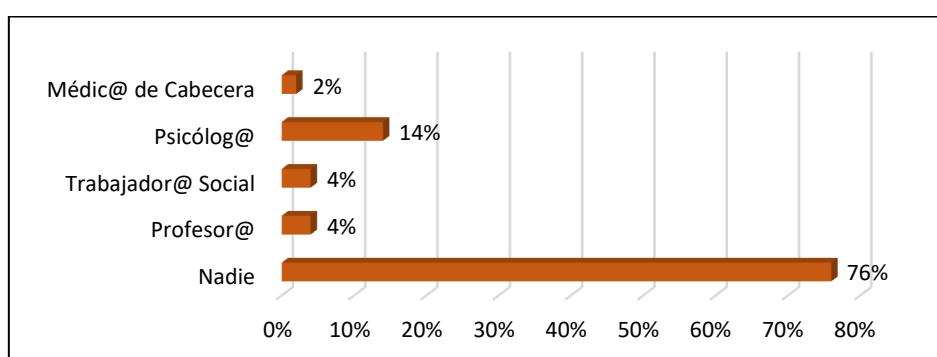


h) El profesional que ayudó a identificar la identidad de género trans

Respecto a la variable “*¿Qué profesional te ayudó a identificar tu identidad de género trans?*”, tal y como podemos observar en la figura 41, profesionales de la psicología son con un 14% ($n = 7$) quienes más han ayudado a la muestra de adolescentes trans a identificar su identidad de género sentida, seguido por un 4% ($n = 2$) de profesionales del trabajo social, y en igual proporción por los de la docencia. Resulta llamativo, que en el último lugar se sitúen los médicos de cabecera con un 2% ($n = 1$) a pesar de ser un profesional de referencia, crucial en el sistema sanitario público español.

Figura 41

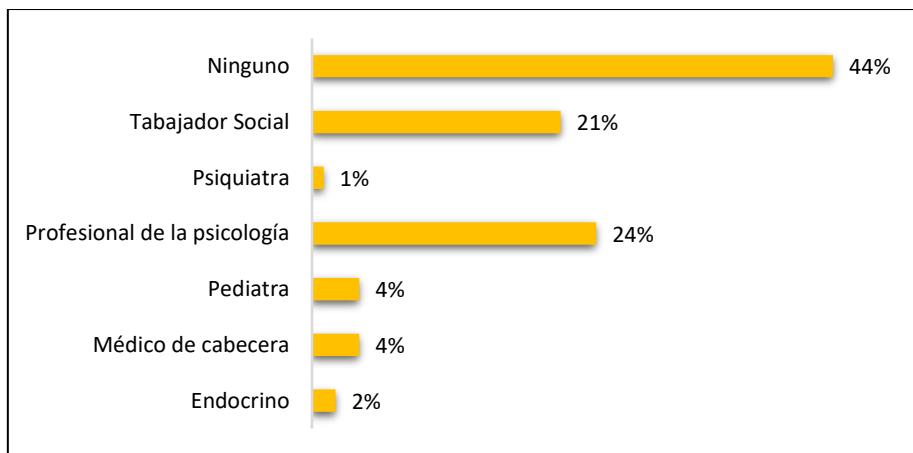
Distribución de la muestra de adolescentes trans por profesional que te ayudó a identificar tu identidad de género sentida



Asimismo, en cuanto a la distribución de la muestra de figuras parentales tal y como se puede observar en la figura 42, son profesionales de la psicología con un 24% ($n = 24$), quienes más les han ayudado a detectar la identidad de género manifestada por su hijo/a/e adolescente trans. En segundo lugar, se sitúan profesionales del trabajo social, con un 21% ($n = 21$). A continuación, se sitúan los médicos de cabecera con un 4% ($n = 4$) y en igual proporción los pediatras. Y finalmente, con los menores porcentajes se encuentran endocrinos 2% ($n = 2$) y psiquiatras 1% ($n = 1$).

Figura 42

Distribución de la muestra de figuras parentales por profesional que les ayudó a identificar la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans



En la tabla 15, se han cruzado las variables *Lugar de residencia (Comunidad Autónoma)* con *Profesional que te ayudó a identificar tu identidad de género sentida*. Los resultados indican que profesionales de la psicología con un 14 % ($n = 7$), son quienes más han ayudado a la muestra de adolescentes trans a detectar su identidad de género sentida. Estos adolescentes trans residen en diferentes Comunidades Autónomas del territorio español, destacando Andalucía con un 8% ($n = 4$), seguido por Galicia con un 2% ($n = 1$), Islas Canarias con un 2% ($n = 1$), y Murcia con un 2% ($n = 1$).

En segundo lugar, se sitúan profesionales del trabajo social con un 4% ($n = 2$), que han atendido a los adolescentes trans que residen en la Comunidad de Madrid y en el País Vasco. Y en tercer lugar, se encuentran profesionales de la docencia con un 4% ($n = 2$), que han ayudado a adolescentes trans residentes en la Comunidad de Madrid.

Tabla 15

Lugar de residencia (Comunidad Autónoma) y Profesional que te ayudó a identificar tu identidad de género sentida (tabulación cruzada)

Lugar de residencia (Comunidad Autónoma)	Profesional que me ayudó a identificar mi identidad de género sentida					Total
	Médico cabecera (f)	Profesional psicología (f)	Trabajador/a Social (f)	Profesor/a (f)	Nadie (f)	
Andalucía	0	4	0	0	7	11
Aragón	0	0	0	0	3	3
Castilla y León	0	0	0	0	2	2
Cataluña	0	0	0	0	4	4
Comunidad de Madrid	0	0	1	2	3	6
Comunidad Foral de Navarra	0	0	0	0	1	1
Comunidad Valenciana	0	0	0	0	2	2
Galicia	0	1	0	0	2	3
Islas Baleares	0	0	0	0	1	1
Islas Canarias	1	1	0	0	0	2
Murcia	0	1	0	0	2	3
País Vasco	0	0	1	0	11	12
Total	1	7	2	2	38	50

Asimismo, al cruzar las variables *Lugar de residencia (Comunidad Autónoma)* y *Profesional que les ayudó a identificar la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans*, en la distribución de la muestra de figuras parentales se puede observar que profesionales de la psicología son quienes más les han ayudado, con 14% ($n = 7$) a detectar la identidad de género sentida por su hijo/a/e trans. Este apoyo como revelan los resultados, muestra una distribución dispersa por diversas Comunidades Autónomas en relación el lugar de residencia de dichos participantes: el 8% ($n = 8$) reside en la Comunidad de Madrid, el 3% ($n = 3$) en Galicia, el 2% ($n = 2$) en Andalucía, Canarias y Comunidad Valenciana. Y en la misma proporción, el 1% ($n = 1$) reside respectivamente en Aragón, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Islas Baleares, País Vasco y la Región de Murcia.

En segundo lugar, estarían profesionales del trabajo social, que han proporcionado con un 21% ($n = 21$) apoyo a las figuras parentales. Este apoyo se ha distribuido entre Comunidades Autónomas como a continuación se detalla: el 12% ($n = 12$) es residente de la Comunidad de Madrid, seguido con un 3% ($n = 3$) por quienes residen en las Islas

Canarias. Y en la misma proporción, el 1% ($n = 1$), reside en Aragón, Castilla La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia e Islas Baleares (ver tabla 16).

Tabla 16

Distribución de la muestra de figuras parentales por Lugar de residencia (Comunidad Autónoma) y Profesional que les ayudó a identificar la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans (tabulación cruzada)

Lugar de residencia (Comunidad Autónoma)	Profesional que ayudó a identificar la identidad de género de su hijo /a/e adolescente trans						Total
	Médico cabecera	Pediatra	Profesional psicología	Psiquiatra	Endocrino	Trabajador/a Social	
	(f)	(f)	(f)	(f)	(f)	(f)	(f)
Andalucía	0	2	2	0	0	0	11 15
Aragón	0	0	1	0	0	1	2 4
Canarias	0	0	2	0	0	3	1 6
Castilla La Mancha	0	0	0	1	0	1	3 5
Castilla y León	0	0	1	0	0	0	3 4
Cataluña	2	0	1	0	0	1	1 5
Comunidad de Madrid	0	1	8	0	0	12	12 33
Comunidad Foral de Navarra	0	0	0	0	1	0	0 1
Comunidad Valenciana	0	0	2	0	0	1	4 7
Extremadura	0	0	1	0	0	0	0 1
Galicia	0	1	3	0	0	1	2 7
Islas Baleares	1	0	1	0	0	1	2 5
País Vasco	0	0	1	0	0	0	2 3
Región de Murcia	1	0	1	0	1	0	1 4
Total	4	4	24	1	2	21	44 100

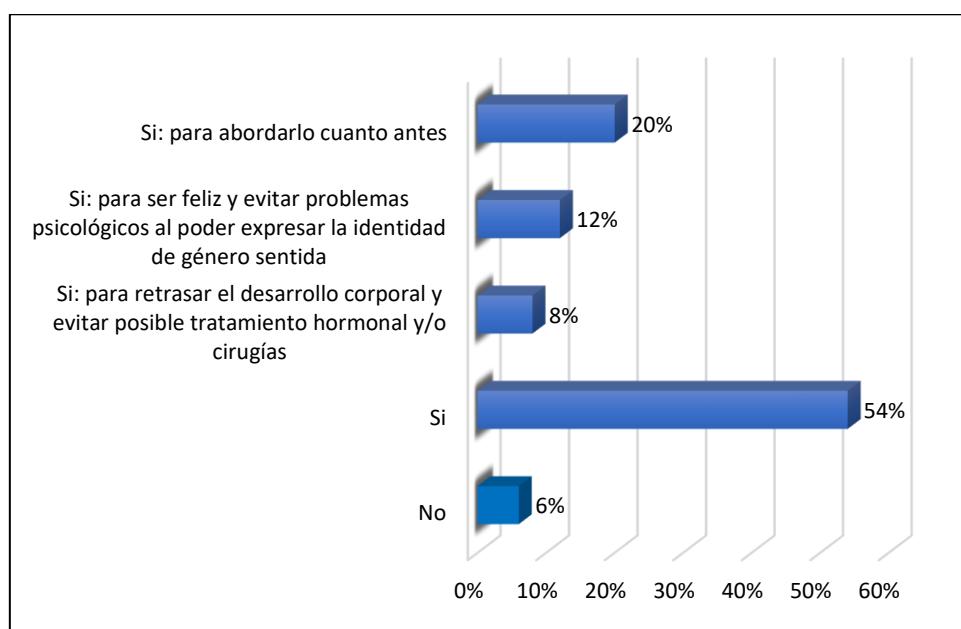
i) Beneficios detección precoz de la transexualidad

En relación a la pregunta “¿Considera que existen beneficios de la detección precoz de la transexualidad?”, la mayoría de adolescentes trans, el 94% ($n = 47$) considera que sí existen beneficios. Entre los motivos principales mencionados se encuentran: abordar cuanto antes cuestiones relacionadas con la afirmación del género por un 20% ($n = 10$), ser feliz y evitar problemas psicológicos como consecuencia de la no expresión de la

identidad de género sentida por un 12% ($n = 6$), y en menor proporción, para retrasar el desarrollo corporal y evitar la necesidad de posibles tratamientos hormonales y/o quirúrgicos por un 8% ($n = 4$) (ver figura 43). Estos datos reflejan que una detección precoz de la transexualidad tiene un impacto positivo en el bienestar de adolescentes trans y su desarrollo.

Figura 43

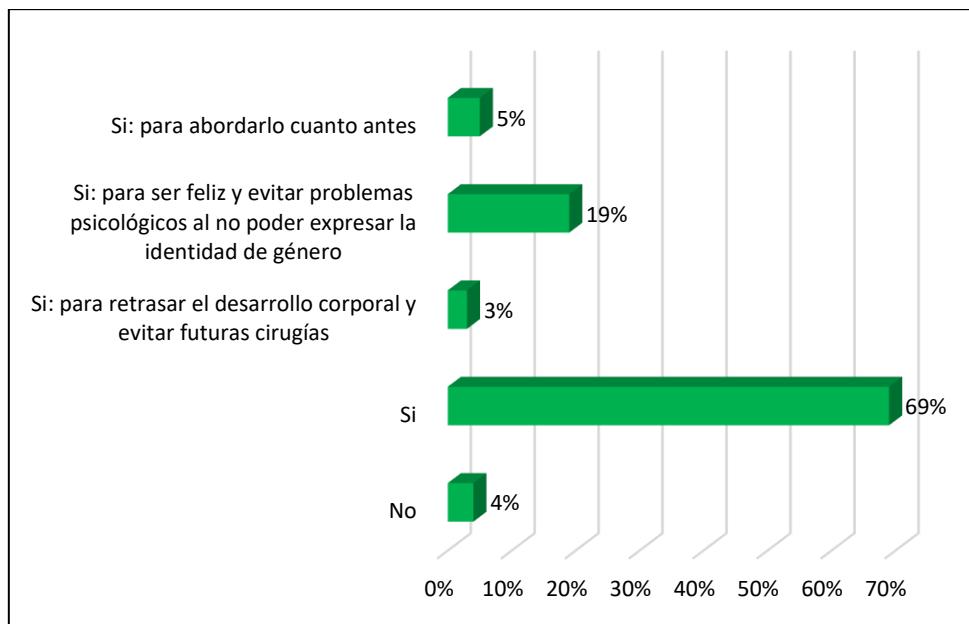
Distribución de la muestra de adolescentes trans por si considera que existen beneficios de la detección precoz de la transexualidad



Igualmente, en relación a la pregunta “*¿Considera que existen beneficios de la detección precoz de la transexualidad?*”, la mayoría de figuras parentales, el 96% ($n = 96$), ha respondido afirmativamente. De los cuales, el 19% ($n = 19$), considera que la detección precoz de la transexualidad resulta beneficiosa, para que tanto niños/as/es como adolescentes sean más felices y se puedan prevenir problemas relacionados con la salud mental al facilitar la expresión de la identidad de género sentida. Seguido del 5% ($n = 5$), de quienes consideran que es importante abordar cuanto antes cuestiones relacionadas con la afirmación del género. Y en último lugar, el 3% ($n = 3$), considera que es importante la detección precoz de la transexualidad, para comenzar lo antes posible con tratamientos hormonales para la afirmación del género. De este modo, se puede retrasar el desarrollo corporal y evitar posibles cirugías en un futuro (ver figura 44).

Figura 44

Distribución de la muestra de figuras parentales por si existen beneficios de la detección precoz de la transexualidad



7.1.3. Variables relacionadas con la expresión de la identidad de género

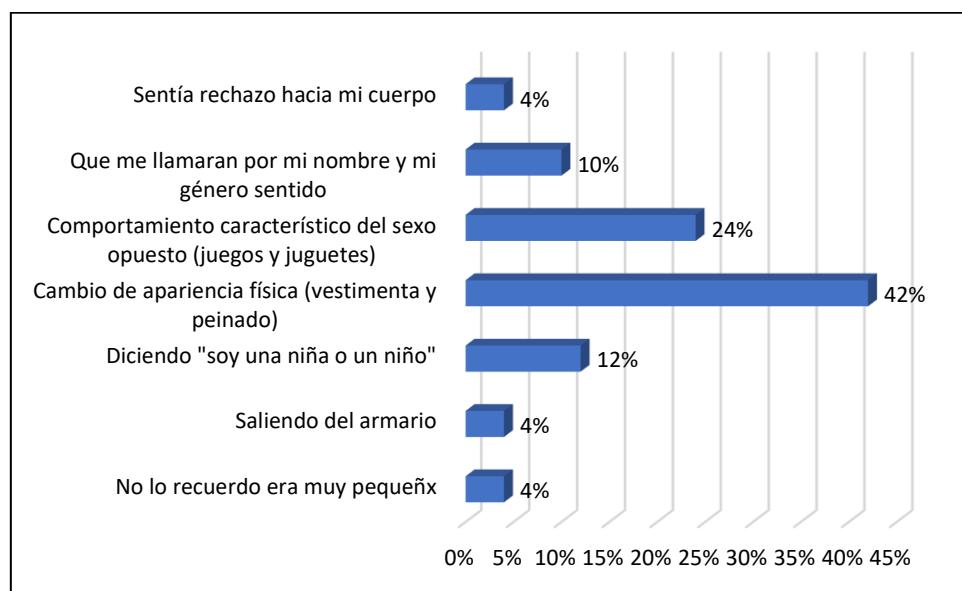
a) *Expresión de la identidad de género sentida antes de identificarse como persona trans*

En relación a la pregunta “*¿Cómo expresabas tu identidad de género sentida al darte cuenta que no te identificabas con el sexo asignado al nacer?*”, la mayoría de adolescentes trans, un 42% ($n = 21$), indica que expresaba su identidad de género sentida a través de la apariencia física, es decir, mediante la vestimenta y el peinado. En segundo lugar, el 24% ($n = 12$), manifestaba su identidad de género con comportamientos socialmente asociados al sexo opuesto, especialmente a través del juego y los juguetes. En tercer lugar, el 12% ($n = 6$), indica que la expresaba verbalmente diciendo frases como “soy una niña” o “soy un niño”. En cuarto lugar, el 10 % ($n = 5$), manifestando que preferían que se les llamaran por el nombre y género sentido. Y los menores porcentajes y en igual proporción 4% ($n = 2$), corresponde a la muestra de adolescentes trans que manifestaron su identidad de género mediante el rechazo hacia su propio cuerpo, “saliendo del armario” (dar el paso de expresar su identidad de género sentida), y por aquellos que no lo recuerdan, ya que dicen manifestar incongruencia de género desde que eran muy pequeños (ver figura 45). Estos resultados ponen de

manifiesto la diversidad de formas que la población adolescente trans ha encontrado para comunicar, expresar y vivir, su identidad de género sentida desde edades tempranas.

Figura 45

Distribución de la muestra de adolescentes trans por expresión de la identidad de género sentida al darse que cuenta que no se identificaban con el sexo asignado al nacer



Asimismo, podemos observar disparidad en las respuestas emitidas por adolescentes trans en las entrevistas realizadas, destacando en particular, que dos personas mencionaron que expresaban su identidad de género sentida mediante la apariencia física a través de la vestimenta o el peinado, y uno de los entrevistados indicó, que desde siempre ha tenido más afinidad con las chicas que con los chicos:

AT (1): “Desde la E.S.O. básicamente yo sabía que me llevaba mucho mejor con las chicas que con los chicos. [...]. Y por otro lado siempre me ha gustado el anonimato en internet, y siempre me ha gustado tener como una máscara, más que ser lo contrario, ser un poco “de nadie” como indefinido. Me considero más en medio del espectro, a veces me salgo un poco de la norma del estereotipo masculino y femenino”.

AT (2): “Por mi estética, me rapaba un lado de la cabeza. Yo nunca he llevado falda, ni maquillaje. Nunca he sido como el estereotipo de mujer. No acababa de sentirme

cómo de ni como chico ni como chica, hasta que me informé más y conocí a otras personas no binarias”.

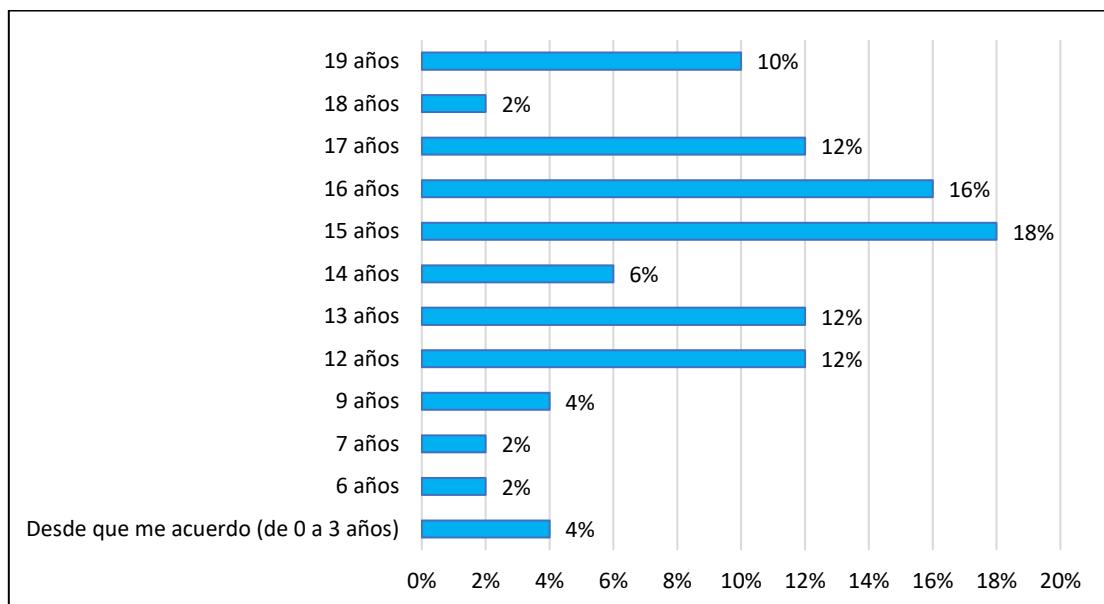
AT (3): “Vestimenta, rechazo color rosa”

b) Edad comunicación al entorno más cercano que te identificabas como una persona trans

En cuanto a la variable “¿A qué edad comunicaste a tu entorno más cercano que te identificabas como una persona trans?”, la distribución de la muestra de adolescentes trans se ha estructurado en 12 grupos de edad, comprendidos entre 1 año y los 19 años. A nivel general, podemos observar que el grupo más numeroso, el 88% ($n = 44$), lo comunicó entre los 12 y 19 años. Predomina un 18% ($n = 9$), que lo hizo con 15 años, seguido en orden decreciente por un 16% ($n = 8$), de quienes comunicaron su identidad de género sentida a su entorno más cercano a los 16 años. Y en tercer lugar y en la misma proporción, con un 12% ($n = 6$), lo comunicaron a la edad de 12, 13 y 17 años (ver figura 46).

Figura 46

Distribución de la muestra de adolescentes trans por edad autodefinición como persona trans al entorno más cercano



Asimismo, se observa una gran heterogeneidad en las respuestas emitidas por la muestra de adolescentes trans entrevistados, ya que cada uno de ellos, comunicó su identidad de género a su entorno más cercano a una edad diferente, tal y como podemos observar a continuación. Lo que pone de relieve, la individualidad y la diversidad de los procesos de autoafirmación de género.

AT (1): “*En marzo... hace un año*”. A mis amigas se lo dije en febrero dos o tres semanas después se lo dije a mis padres. Con 15 años”.

AT (2): “A los 19 años”.

AT (3): “*No lo recuerdo, desde siempre*”.

Respecto a la pregunta “*¿Recuerdas a qué personas les decías que tu identidad de género no era la que te decía tu familia o los médicos?*”, las respuestas emitidas por los/as/es adolescentes trans en las entrevistas realizadas, reflejan variedad en cuanto a las personas a las que cada adolescente manifestó incongruencia de género en su entorno más cercano. Predominan las menciones a amistades y figuras parentales, como las primeras personas confidentes de su identidad de género sentida:

AT (1): “*A mis amigas, sobre todo*”.

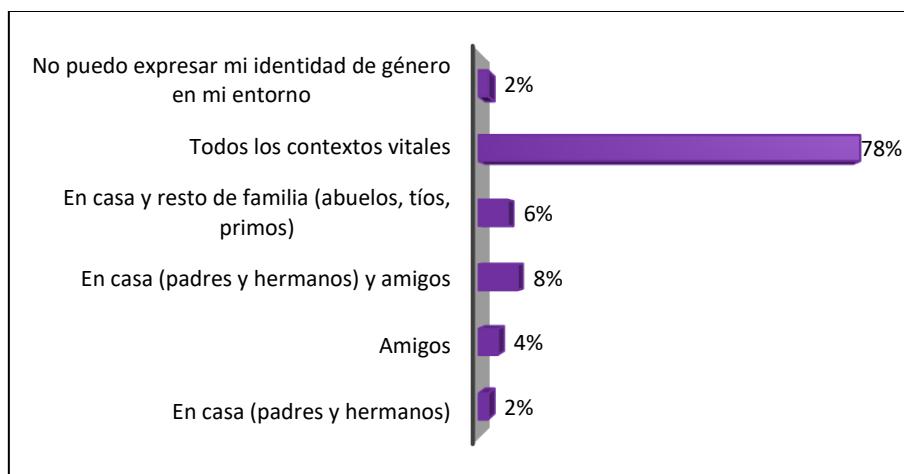
AT (2): “*Desde que me llegó el término trans y lo entendí, se lo comuniqué a mis padres. Y estaba bastante segura de cómo me sentía, se lo dije mi padre, a mi madre y a mi hermana. Al comienzo de este curso en la universidad y al resto de mi familia. El nombre lo elegí yo, que fuera unisex*.

c) **Expresión identidad de género en los diferentes contextos vitales**

En relación a la variable *¿Puedes expresar tu identidad de género con naturalidad en tu entorno?* como podemos observar en la figura 47, una amplia mayoría de adolescentes trans el 78% ($n = 39$) expresa su identidad de género en todos sus contextos vitales, seguido con un 8% ($n = 4$) de quienes únicamente lo hacen en su casa (con sus figuras parentales y hermanos/as) y con sus amistades. Y, en tercer lugar, el 6% ($n = 3$) se sitúa el grupo de adolescentes que expresa su identidad de género únicamente en su casa y con el resto de familia (figuras parentales, hermanos/as, abuelos/as, tíos/as y primos/as).

Figura 47

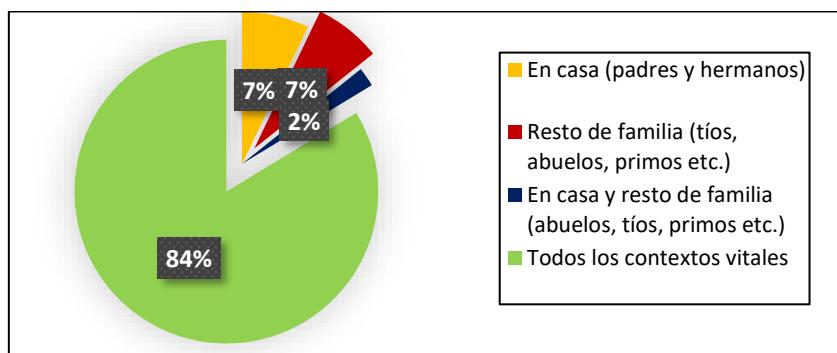
Distribución de la muestra de adolescentes trans por expresión de la identidad de género en los diferentes contextos vitales



Asimismo, tal y como se puede observar en la figura 48, la mayoría de las figuras parentales 84% ($n = 84$), indica que su hijo/a/e adolescente trans expresa su identidad de género sentida en todos sus contextos vitales. En segundo lugar, un 7% ($n = 7$) de figuras parentales señala que la expresión de la identidad de género se da en el hogar, en presencia de las figuras parentales y hermanos/as y en igual porcentaje, con el resto de miembros familia como los abuelos/as, tíos/as y primos/as. Y, en tercer lugar, un 2% ($n = 2$), de figuras parentales indica que su hijo/a/e expresa su identidad de género, tanto en casa (figuras parentales y hermanos/as) como con el resto de familia extensa (abuelos/as, tíos/as y primos/as).

Figura 48

Distribución de la muestra de figuras parentales por expresión de la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans en sus diferentes contextos vitales

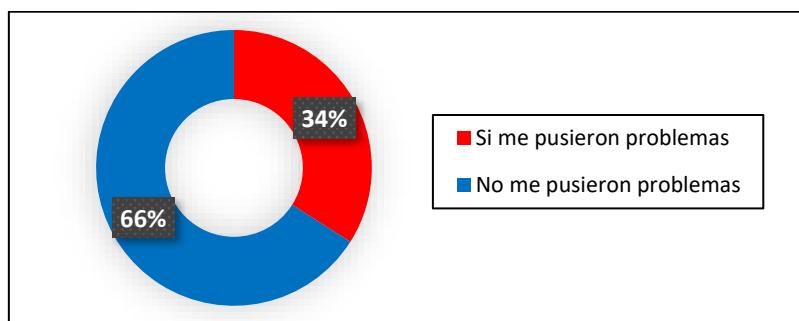


d) Reacción en el centro escolar

Respecto a la variable “*En tu centro escolar, cuando comunicaste tu identidad de género sentida y cómo querías que se dirigieran a ti. ¿Respetaron tu identidad o tuviste algún impedimento?*”, los resultados muestran que la mayoría de adolescentes trans, un 66% ($n = 33$), no tuvo ningún problema en su centro escolar, frente al 34% ($n = 17$) que indica que sí experimentó problemas o impedimentos en el ámbito educativo (ver figura 49).

Figura 49

Distribución de la muestra de adolescentes trans por reacción del centro escolar al comunicar que eres una persona trans



Respecto a las respuestas emitidas por la muestra de adolescentes trans en las entrevistas realizadas, se observa que dos personas experimentaron impedimentos en el centro escolar al comunicar su identidad de género sentida y uno de ellos no tuvo ningún problema.

AT (1): “*Debido a la pandemia, lo puse en el grupo de whatsapp. De 4º me fui a la FP. Por lo que no viví la reacción de ese grupo. Cuando entré en la clase de la FP ya entré con mi expresión e identidad de género como mujer. A los profesores les costaba un poco con el nombre al pasar lista. Pero en general lo han aceptado muy bien*”.

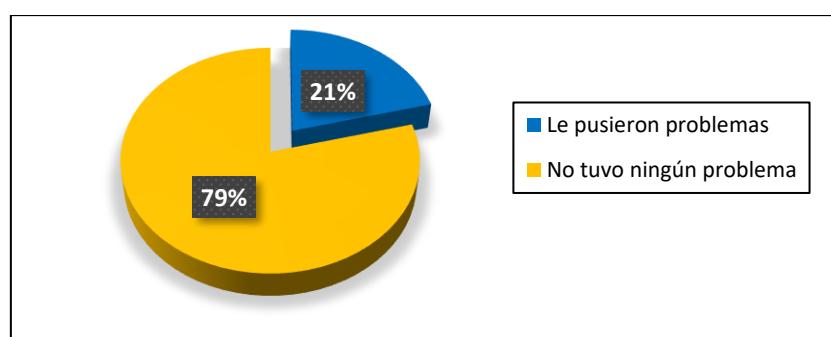
AT (2): “*Al principio, al comienzo de la universidad me pusieron un poco de problemas, en las listas de clase, parece que va informatizado y es un poco complejo el cambio. Actualmente siguen sin cambiar mi nombre. Muchos profesores se equivocan al leer mi nombre. Los pronombres para dirigirse a mí, me dijeron que me olvidara, que hay que seguir la RAE, que es una universidad*”.

AT (3): “Buena reacción en el colegio”.

En la misma línea, y tal y como podemos observar en la figura 50, la mayoría de las figuras parentales 79% ($n = 79$), afirma que sus hijos/as/es no tuvieron impedimentos en el centro escolar al comunicar su identidad de género sentida, frente al 21% ($n = 21$) que indica que sí les pusieron problemas.

Figura 50

Distribución de la muestra de figuras parentales por reacción del centro escolar al saber que su hijo/a/e era una persona trans



Respecto al tipo de impedimentos o problemas a los que se tuvieron que enfrentar la muestra de adolescentes trans al comunicar su identidad de género en el centro escolar, mayoritariamente el 16% ($n = 8$), manifiesta la no aceptación por parte del profesorado de su nombre y pronombre sentido, la obligación de seguir utilizando los aseos asignados en función de su sexo asignado al nacer o impedirles jugar con otros compañeros al no considerarles del mismo sexo que ellos. En segundo lugar, el 10% ($n = 5$) expresa que sufrieron *bullying* por parte de sus compañeros/as manifestándose en acoso psicológico, violencia verbal, violencia física y violencia sexual. En tercer lugar, el 6% ($n = 3$) tuvo problemas y retrasos en la documentación escolar en relación al cambio de sexo y nombre, generando retrasos en el reconocimiento oficial de su identidad de género. Y en último lugar, se ha detectado el caso de un/a/e adolescente trans en el que un/a docente se negó a impartirle clase después de manifestar su identidad de género sentida (ver tabla 17). Estos resultados ponen de manifiesto la diversidad y gravedad de los problemas que afrontan los/as/es adolescentes en el entorno escolar.

Tabla 17

Distribución de la muestra de adolescentes trans por problemas que puso el centro escolar al comunicar que es una persona trans

Respuestas	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Algunos profesores manifestaron impedimentos (rechazo a la identidad de género manifestada, rechazo a llamarle por el nombre y pronombre sentido, petición del uso del baño en función al sexo y no a la identidad de género manifestada, impedimento para jugar con otros alumnos en relación al género sentido)	8	16%
<i>Bullying</i> (diversas manifestaciones): - Acoso psicológico - Violencia física a todo compañero que se le acercase (aislamiento) - Violencia verbal (decir que no es una chica o un chico resaltando sus caracteres sexuales “femeninos” o “masculinos”) - Violencia sexual	5	10%
Dificultades y retraso en el cambio de nombre y sexo en la documentación escolar	3	6%
Negación a darle clase	1	2%
Total	17	34%

Asimismo, tal y como podemos observar en la tabla 18, el 21% ($n = 21$) de la muestra de figuras parentales ha manifestado los tipos de impedimentos a los que se tuvieron que enfrentar sus hijos/as/es adolescentes trans al comunicar su identidad de género sentida en el centro escolar. Al igual que la muestra de adolescentes trans, la mayoría de figuras parentales, un 10% ($n = 10$), manifiesta que sus hijos/as/es percibieron impedimentos por parte de algunos/as docentes, quienes mostraron rechazo hacia la identidad de género manifestada y rechazo a llamarlos por su nombre y pronombre sentido. Seguidamente, el 5% ($n = 5$) afirma que sus hijos/as/es sufrieron *bullying* manifestado en acoso psicológico, violencia física y verbal. En tercer lugar, el 4% ($n = 4$) indica que tuvieron retrasos y dificultades con el cambio de nombre y sexo en los documentos escolares. En menor proporción, 2% se detectaron dos casos en los que algunos/as docentes se negaron a dar clase a sus hijos/as/es, al expresar que era una persona trans y solicitar el cambio de nombre y pronombres en función de su identidad de género sentida.

Tabla 18

Distribución de la muestra de figuras parentales por reacción del centro escolar al saber que su hijo/a/e es una persona trans

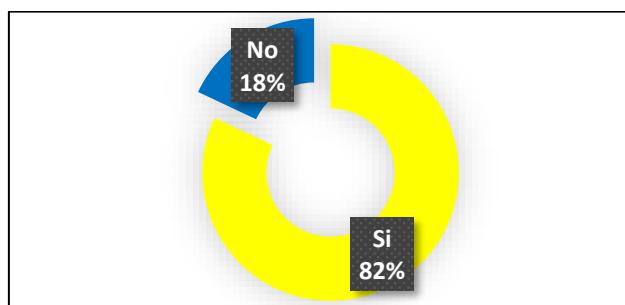
Respuestas	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Algunos profesores manifestaron impedimentos (rechazo a la identidad de género manifestada, rechazo a llamarle por el nombre y pronombre)	10	10%
<i>Bullying</i> (diversas manifestaciones): Acoso psicológico por parte de compañeros (intento de suicidio) Violencia verbal (insultos) Violencia física (empujones, zancadillas, dar una paliza) Otros alumnos se alejaron (aislamiento)	5	5%
Dificultades y retraso en el cambio de nombre y sexo en la documentación escolar	4	4%
Negación a darle clase	2	2%
Total	21	21%

e) **Miedos surgidos**

Respecto a la variable “*¿Sentiste miedo al saber que eras una persona trans?*”, los resultados indican que una amplia mayoría de adolescentes trans, el 82% ($n = 41$), sintió miedo al identificarse como persona trans, frente al 18% ($n = 9$) que manifestó que no (ver figura 51).

Figura 51

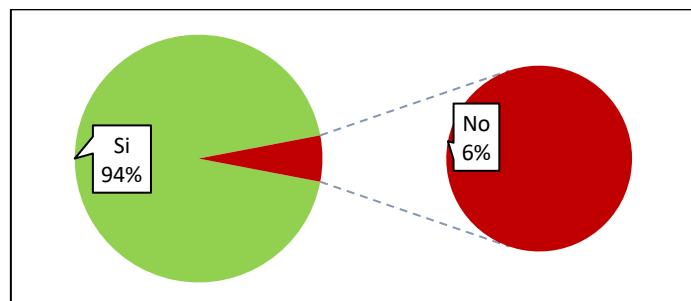
Distribución de la muestra de adolescentes trans por sentiste miedo al saber que eras una persona trans



De igual modo, en relación a la pregunta “*¿Sintió miedo al saber que tu hijo/a/e era una persona trans?*”, la gran mayoría de figuras parentales 94% ($n = 94$), ha manifestado que sintió miedo al conocer la identidad de género sentida por su hijo/a/e, frente al 6% ($n = 6$) que ha indicado que no (ver figura 52).

Figura 52

Distribución de la muestra de figuras parentales por sintió miedo al saber que su hijo/a/e era una persona trans

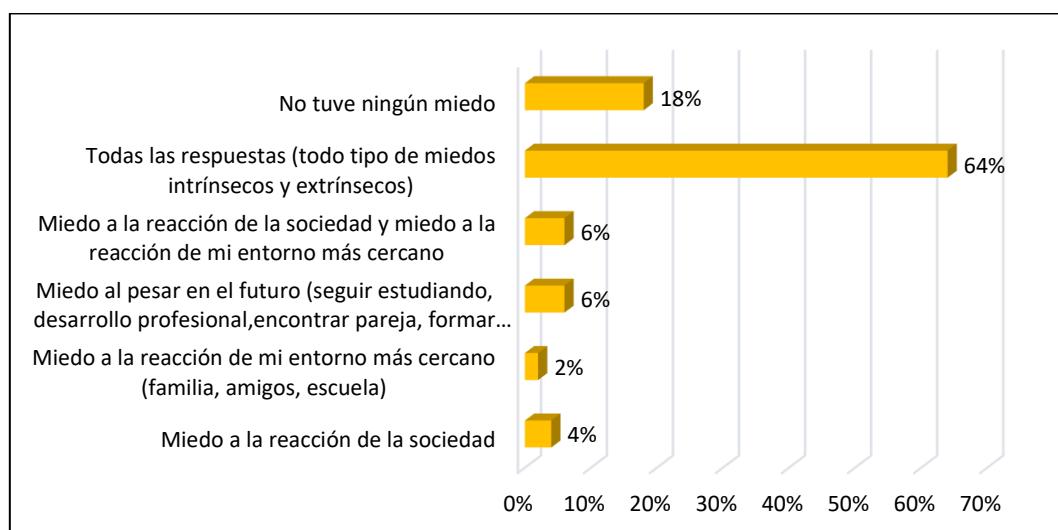


f) Tipos de miedos enfrentados

En cuanto a la pregunta “*¿A qué miedos te tuviste que enfrentar al saber que no te identificabas con el sexo que te asignaron al nacer?*”, tal y como se puede observar en la figura 53, una amplia mayoría de adolescentes trans 64% ($n = 32$), afirma que se tuvo que enfrentar a una variedad de miedos incluyendo miedos propios, miedo a la reacción de la sociedad, miedo a la reacción del entorno más cercano, miedo al pensar en su futuro y miedo por su salud.

Figura 53

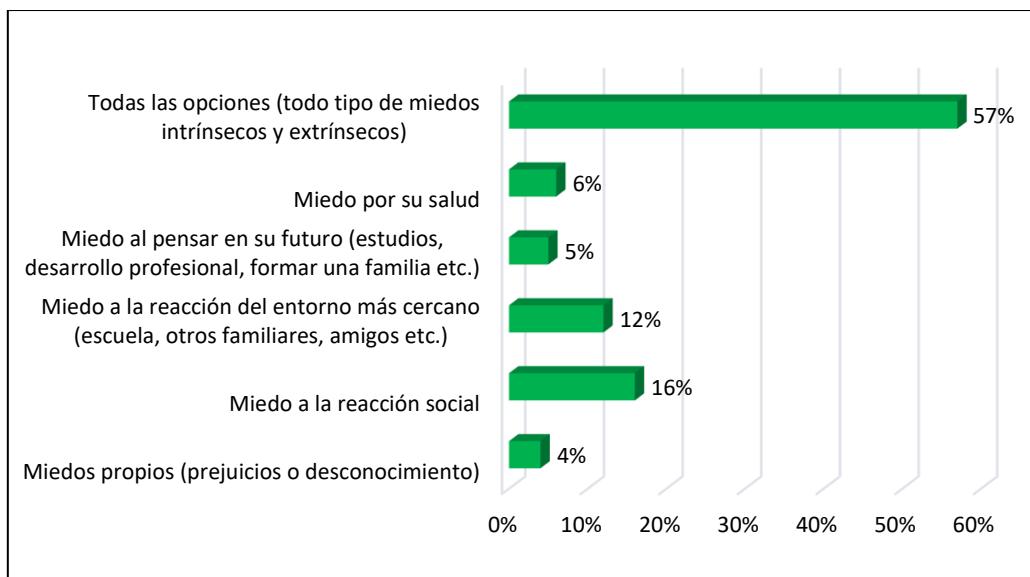
Distribución de la muestra de adolescentes trans por tipos de miedos enfrentados al saber que eres una persona trans



En cuanto a la variable “*¿A qué miedos se tuvo que enfrentar al conocer la identidad de género de su hijo/a/e?*”, se observa que, al igual que en la muestra de adolescentes trans, la mayoría de figuras parentales 57% ($n = 57$) indican que se tuvieron que enfrentar a una variedad de miedos al saber que su hijo/a/e es una persona trans. Estos miedos incluyen miedos propios, miedo a la reacción de la sociedad, miedo a la reacción del entorno más cercano, miedo al pensar en su futuro y miedo por su salud. Seguidamente, un 16% ($n = 16$) del grupo de figuras parentales indica que su mayor miedo era la reacción de la sociedad hacia las personas trans, y el 12% ($n = 12$) indica que tuvo miedo a la reacción del entorno más cercano (ver distribución en la figura 54).

Figura 54

Distribución de la muestra de figuras parentales por tipos de miedos a los que se tuvo que enfrentar al saber que su hijo/a/e es una persona trans

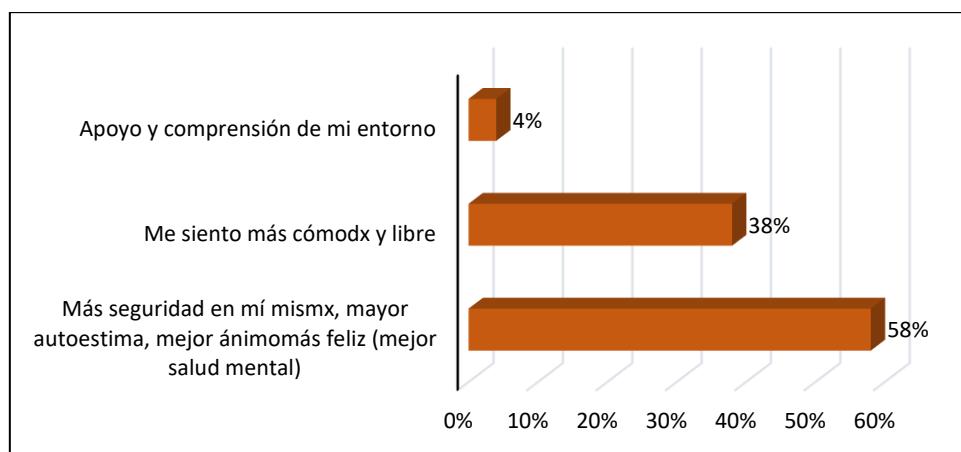


g) Cambios experimentados al manifestar la identidad de género sentida

En lo que concierne a la pregunta “*¿Qué cambios has experimentado desde que expresas tu identidad de género sentida?*”, los resultados reflejan que la mayoría de adolescente trans 58% ($n = 29$), desde que expresan su identidad de género sentida, sienten mayor seguridad en sí mismos/as/es, mayor autoestima, aumento del estado de ánimo, mayor felicidad (mejor salud mental). Seguido de quienes se sienten más cómodos y libres 38% ($n = 19$), y en menor proporción 4% ($n = 2$), se encuentran quienes afirman que han sentido apoyo y comprensión por parte de su entorno más cercano (ver figura 55).

Figura 55

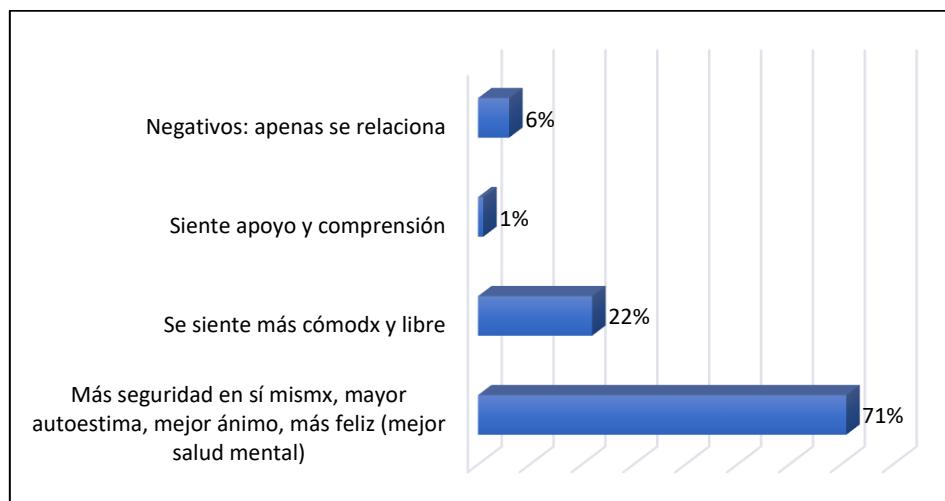
Distribución de la muestra de adolescentes trans por cambios experimentados al expresar la identidad de género sentida



En lo que concierne a los *cambios observados en su hijo/a/e al expresar la identidad de género sentida*, la gran mayoría de figuras parentales 71% ($n = 71$), indica que ha observado en su hijo/a/e adolescente trans más seguridad en sí mismo/a/e, mayor autoestima, mejor ánimo y una mayor felicidad (mejor salud mental). Seguido de quienes han observado que su hijo/a/e se siente más cómodo y libre 22% ($n = 22$). Cabe destacar que un 6% ($n = 6$) ha percibido cambios negativos en su hijo/a/e al relacionarse e interaccionar menos con los demás (ver figura 56).

Figura 56

Distribución de la muestra de figuras parentales por cambios observados en su hijo/a/e al expresar la identidad de género sentida



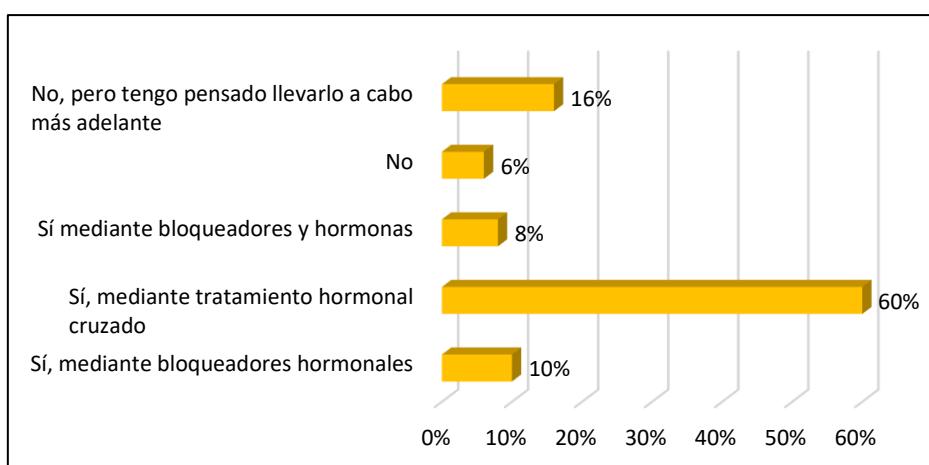
5.1.4. Variables relacionadas con la transición de género

a) Recibir tratamiento médico para la afirmación del género

En lo que concierne a la variable “*¿Estás recibiendo tratamiento médico para afirmar tu género sentido?*”, los resultados indican que la mayoría de adolescentes trans, un 60% ($n = 30$), recibe tratamiento hormonal cruzado. Seguidamente, el 16% ($n = 8$) de adolescentes no está recibiendo tratamiento médico para la afirmación del género, pero tiene pensado realizarlo más adelante. En tercer lugar, el 10% ($n = 5$) está recibiendo tratamiento médico mediante bloqueadores hormonales, y el 8% ($n = 4$) recibe tratamiento médico mediante bloqueadores hormonales junto con tratamiento hormonal cruzado. Tan sólo, el 6% ($n = 3$) de la muestra indica que no recibe tratamiento médico para la afirmación del género (ver figura 57).

Figura 57

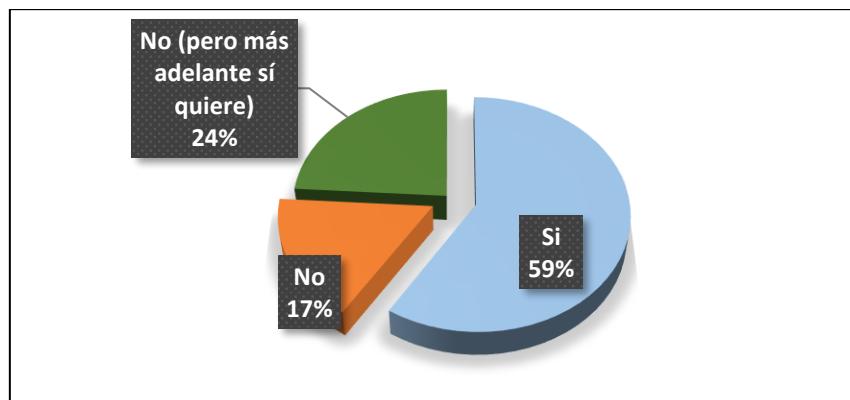
Distribución de la muestra de adolescentes trans por recibir tratamiento hormonal para la afirmación del género



Respecto a la pregunta “*¿Su hijo/a/e adolescente trans está recibiendo tratamiento médico para afirmar su género sentido?*”, la mayoría de figuras parentales 59% ($n = 59$) afirma que su hijo/a/e adolescente trans sí está recibiendo tratamiento hormonal para la afirmación del género, seguido con un 24% ($n = 24$) que indica que su hijo/a/e no recibe tratamiento hormonal para la afirmación del género, pero sí le gustaría recibirla más adelante. El menor porcentaje, 17% ($n = 17$), indica que su hijo/a/e adolescente trans no está recibiendo tratamiento médico para modificar su cuerpo en relación a su identidad de género sentida (ver figura 58).

Figura 58

Distribución de la muestra de figuras parentales por su hijo/a/e adolescente trans recibe tratamiento médico para la afirmación del género

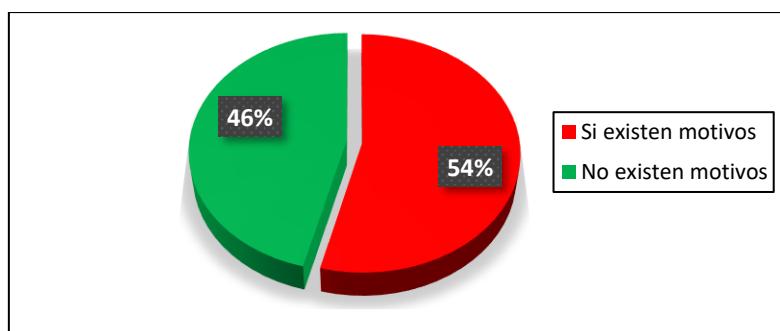


b) Retrasar la transición de género

Respecto a la pregunta “*¿Crees que existen motivos por los que has tenido que retrasar la transición hacia tu género sentido?*”, tal y como se puede observar en la figura 59, la mayoría de adolescentes trans, el 54% ($n = 27$) afirma que sí han existido motivos por los que han tenido que retrasar la transición hacia el género sentido, frente al 46% ($n = 23$) que indica que no han existido motivos.

Figura 59

Distribución de la muestra de adolescentes trans por existencia de motivos para retrasar la transición de género hacia la identidad de género manifestada



A continuación, en la tabla 19 se observa que el mayor porcentaje de adolescentes trans 14% ($n = 7$), ha tenido que posponer su transición de género debido al miedo al rechazo del entorno más cercano (familia, amigos y/o pareja). Le siguen con un 8% ($n = 4$), por aquellos que mencionan la negación de la identidad de género sentida por parte de sus

figuras parentales. El 6% ($n = 3$) manifiesta miedo a la reacción social y a sufrir *bullying* en el centro educativo. Por último, en la misma proporción se sitúa la muestra de adolescentes trans que señalan que han necesitado tiempo para la afirmación de la identidad de género 4% ($n = 2$), la espera prolongada para el acceso a los servicios sanitarios para la afirmación del género 4% ($n = 2$), preocupaciones y miedo sobre su futuro un 4% ($n = 2$), altas expectativas sobre el propio proceso 4% ($n = 2$), y la falta de información acerca del proceso de transición de género 4% ($n = 2$).

Tabla 19

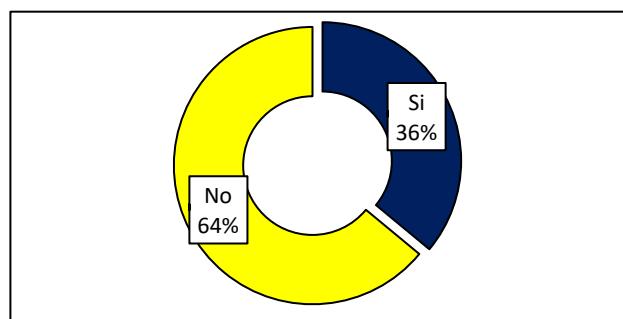
Distribución de la muestra de adolescentes trans por tipos de motivos para la retrasar la transición de género hacia la identidad de género manifestada

Respuestas	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Miedo al rechazo del entorno más cercano (familia, amigos y/o pareja)	7	14%
Negación de la identidad de género sentida por parte de las figuras parentales	4	8%
Miedo a la reacción social (discriminación, transfobia, violencia)	3	6%
Miedo a sufrir <i>bullying</i> en el centro educativo	3	6%
Tiempo para la afirmación de la propia identidad	2	4%
Listas de espera muy largas en el acceso sanitario para la afirmación del género	2	4%
Miedo al pensar en el futuro (no encontrar trabajo, no tener pareja)	2	4%
Expectativas muy altas sobre la transición de género	2	4%
Falta de información sobre el proceso y los efectos secundarios de la hormonación a corto, medio y largo plazo	2	4%
Total	27	54%

Respecto a la distribución de la muestra de figuras parentales por “*¿Existen motivos por los que su hijo/a/e adolescente trans ha tenido que retrasar la transición hacia su género sentido?*”, la mayoría de figuras parentales, un 64% ($n = 64$), ha indicado que no han existido motivos que hayan retrasado la transición de su hijo/a/e, frente a un 36% ($n = 36$) que ha manifestado que sí existen motivos que han causado este retraso (ver figura 60).

Figura 60

Distribución de la muestra de figuras parentales por existencia de motivos por los que su hijo/a/e adolescente trans ha tenido que retrasar la transición de género



Tal y como se puede observar en la tabla 20, la mayoría de figuras parentales 7% ($n = 7$), afirma que su hijo/a/e adolescente trans ha tenido que retrasar la transición hacia su género sentido debido al miedo al rechazo del entorno más cercano (familia, amistades y pareja). Seguidamente, un 4% ($n = 4$) indica que el retraso se debe al temor al rechazo social, así como, el miedo a sufrir *bullying* 4% ($n = 4$). Y, en tercer lugar, encontramos las figuras parentales que indican como causas el desconocimiento sobre la transexualidad 3% ($n = 3$), la negación de la identidad de género sentida por parte de la familia 3% ($n = 3$), y la excesiva burocracia en el cambio de nombre y género en los documentos oficiales 3% ($n = 3$).

Tabla 20

Distribución de la muestra de figuras parentales por motivos por los que su hijo/a/e adolescente trans ha tenido que retrasar la transición hacia su género sentido

Respuestas	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Miedo al rechazo del entorno más cercano (familia, amigos y/o pareja)	7	7%
Miedo al rechazo social (transfobia)	4	4%
Falta de apoyo y comprensión por parte de una o de las dos las figuras parentales	4	4%
Miedo a sufrir <i>bullying</i> en el centro escolar	4	4%
Excesiva burocracia en el cambio de nombre y género en los documentos oficiales	3	3%
Negación de la identidad sentida por parte de la familia	3	3%
Desconocimiento sobre la transexualidad o la diversidad sexual y de género	3	3%
Tiempo para la afirmación de la propia identidad de su hijx trans	2	2%
Legislación (hasta los 16 años comienzo hormonación y hasta los 18 años cirugías para la afirmación del género)	2	2%
Transmisión de miedos de las figuras parentales a sus hijxs trans acerca de su futuro	2	2%
Desinformación a cerca del proceso (transición de género)	2	2%
Total	36	36%

c) Edad transición de género

Respecto a la variable *¿A qué edad realizaste la transición social hacia tu identidad de género sentida?* las respuestas emitidas por los/las/les adolescentes trans en las entrevistas realizadas indican que han comenzado la transición de género a nivel social y/o médica recientemente (hace unos meses). Excepto uno de los participantes que indica que comenzó la transición social hace unos años.

AT (1): “En los últimos 7 meses. Acabé la transición social a principios de los 16 años”.

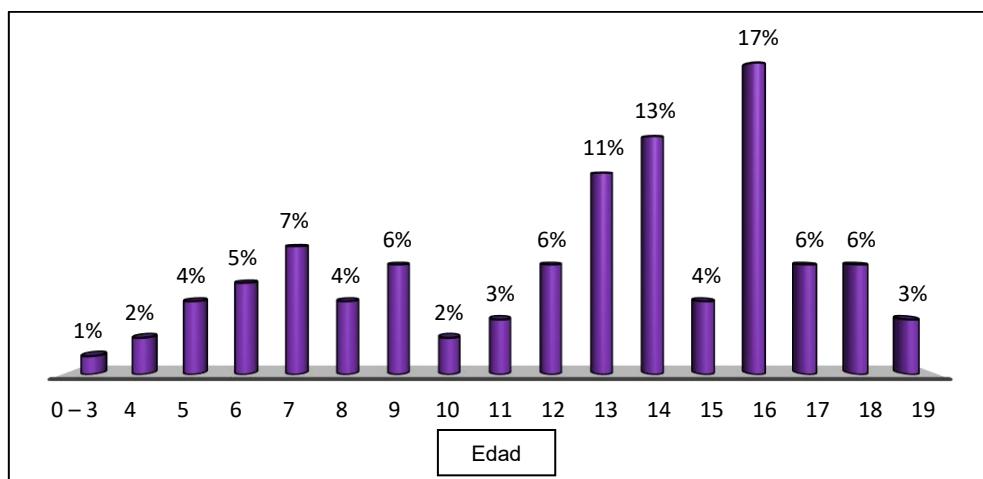
AT (2): “Con 19 años aproximadamente. Más que haber un cambio de estética, he empezado a ponerle nombre a lo que me pasaba y ya me siento mejor. Sí que me gustaría hacer el papeleo del D.N.I., pero no tengo pensado tratamiento hormonal, ni operaciones”.

AT (3): “Con 9 años (hace dos años), durante las vacaciones, en un camping. Ya que el trabajador social nos recomendó que primero probáramos en casa y luego en la calle”.

En cuanto a la variable “*¿A qué edad su hijo/a/e adolescente trans llevó a cabo la transición social hacia su identidad de género sentida?*”, tal y como se puede observar en la figura 61, la distribución de la muestra de figuras parentales indica una diversidad etaria con tendencia hacia la derecha. Es decir, el 66% ($n = 66$) de hijos/as/es adolescentes trans llevaron a cabo la transición de género entre los 12 y los 19 años de edad. Los mayores porcentajes corresponden a adolescentes trans que realizaron la transición de género a los 16 años 17% ($n = 17$), seguidos por quienes la llevaron a cabo a los 14 años 13% ($n = 13$). Y, en tercer lugar, se encuentran quienes realizaron la transición de género a los 13 años 11% ($n = 11$).

Figura 61

Distribución de la muestra de figuras parentales por edad transición de género de su hijo/a/e adolescente trans



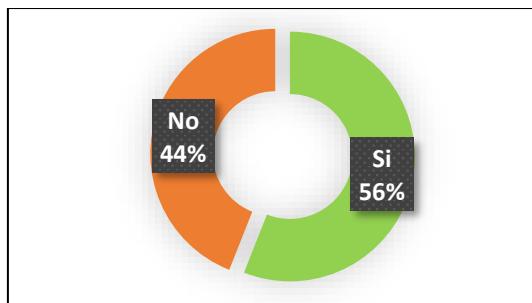
5.1.5. Variables relacionadas con el acompañamiento psicológico durante la transición de género

a) Recibir acompañamiento psicológico durante la transición de género

Respecto a la variable “*¿Has recibido acompañamiento psicológico durante la transición de género?*”, la mayoría de adolescentes trans, el 56% ($n = 28$), indica que sí ha recibido acompañamiento psicológico durante la transición de género, frente a un 44% ($n = 22$) que indica que no (ver figura 62).

Figura 62

Distribución de la muestra de adolescentes trans por haber recibido acompañamiento psicológico durante la transición de género



Asimismo, las respuestas emitidas por la muestra de adolescentes trans en las entrevistas realizadas, indican que la mayoría si recibe o recibió acompañamiento psicológico durante la transición de género. A continuación, se presentan algunas de las respuestas recogidas durante las entrevistas realizadas:

AT (1): “*Me pusieron en contacto con la sexóloga. Me sirvió para trabajar dudas. Y también estoy en tratamiento psicológico por mi síndrome de asperger (llevo unos 10 años por esto último)*”.

AT (2): “*Simplemente en verano me empecé a informar en la asociación COGAM. Y he encontrado mucho apoyo. No he tenido un asesoramiento por ningún profesional. Nunca he acudido a ningún psicólogo, aunque creo que tiene que ser muy saludable por diversas cuestiones no relacionadas con el género*”.

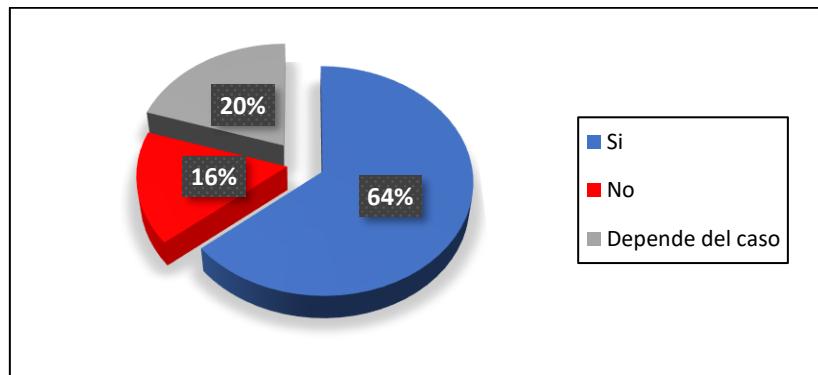
AT (3): “*No*”.

b) Beneficios del acompañamiento psicológico durante la transición de género

En lo que concierne a la pregunta “*¿Consideras que es beneficioso para una persona adolescente trans, el acompañamiento psicológico durante la transición de género?*”, una amplia mayoría de adolescentes trans 64% ($n = 32$) considera que resulta beneficioso el acompañamiento psicológico durante la transición de género. El 20% ($n = 10$) manifiesta que depende de cada caso y el 16% ($n = 8$), opina que no resulta beneficioso (ver figura 63).

Figura 63

Distribución de la muestra de adolescentes trans por existencia de beneficios del acompañamiento psicológico durante la transición de género



Tal y como se puede observar en la tabla 21, el mayor porcentaje de la muestra de adolescentes trans 28% ($n = 14$), indica que considera positivo el acompañamiento psicológico durante la transición de género, pero indican que dicho acompañamiento debería realizarse por un profesional formado y con experiencia en identidades trans, ya que es un proceso complejo y la persona puede sentirse sola y perdida. En segundo lugar, un 8% ($n = 4$) consideran que es positivo el acompañamiento psicológico durante la transición de género para dotar de herramientas psicológicas ante la transfobia social. Y, en tercer lugar, y en la misma proporción, se sitúan quienes manifiestan que es beneficioso para ayudarte a entender lo que te ocurre 6% ($n = 3$), para poder contar tus dudas y miedos sobre el tratamiento hormonal 6% ($n = 3$) y para ganar empoderamiento, es decir, aumento de la autoestima 6% ($n = 3$).

Tabla 21

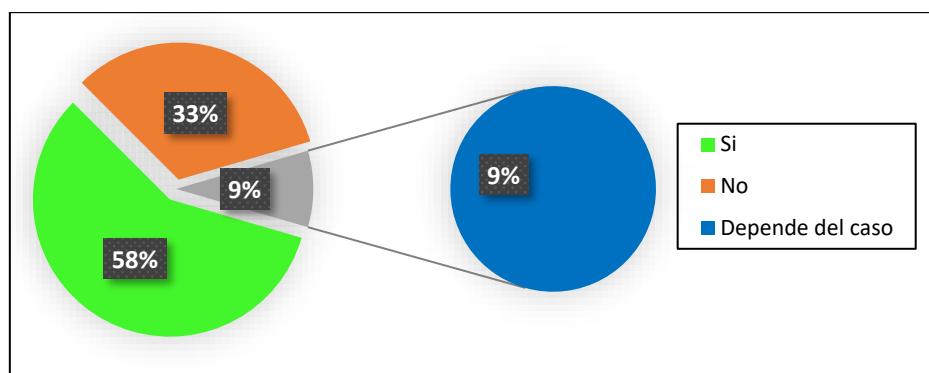
Distribución de la muestra de adolescentes trans por tipos de beneficios del acompañamiento psicológico durante la transición de género

Respuestas	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
La transición de género es un proceso complejo, en el que la persona se puede sentir sola y perdida. Es beneficioso tener apoyo psicológico de un profesional formado y con experiencia en identidades trans que te陪伴e durante el proceso	14	28%
Dotar de herramientas psicológicas para afrontar el rechazo social (transfobia)	4	8%
Ayudarte a entender lo que te ocurre, por parte de profesionales expertos	3	6%
Contarle a alguien tus dudas y miedos en relación al tratamiento hormonal (expectativas y efectos a corto, medio y largo plazo)	3	6%
Ganar empoderamiento (autoestima) y ayudarte a gestionar las emociones	3	6%
Naturalizar y normalizar la identidad de género trans	2	4%
Recibir acompañamiento psicológico siempre que lo elija la propia persona no como una obligación ya que la transexualidad no es una enfermedad mental	2	4%
Ayudarte si hay problemas en el centro escolar (<i>bullying</i> , reacción negativa profesorado)	1	2%
Total	32	64%

Respecto a la pregunta “*¿Considera que es necesario el acompañamiento psicológico a una persona adolescente trans durante la transición de género?*”, la mayoría de figuras parentales 58% ($n = 58$), en base a la experiencia personal vivida con sus hijos/as/es adolescentes trans, considera que sí es necesario el acompañamiento psicológico durante dicho proceso. Seguido del 33% ($n = 33$) que no lo considera necesario. Y el menor porcentaje 9% ($n = 9$) manifiesta que depende de cada caso (ver figura 64).

Figura 64

Distribución de la muestra de figuras parentales por considerar necesario el acompañamiento psicológico a adolescentes trans durante la transición de género



A continuación, en la tabla 22 se puede observar que la mayoría de figuras parentales 9% ($n = 9$), considera que es necesario el acompañamiento psicológico para adolescentes trans durante la transición de género, con el fin de dotarles de herramientas psicológicas ante el posible rechazo del entorno más cercano (familia, pareja, amistades). Seguidamente, el 8% ($n = 8$) manifiesta que el acompañamiento psicológico a personas adolescentes trans durante la transición de género es necesario, pero que debe ser una opción voluntaria y no una imposición. Y, en tercer lugar, el 7% ($n = 7$) de los participantes resalta la necesidad de un profesional que ayude a resolver dudas a las figuras parentales sobre la transición de género de sus hijos/as/es adolescentes trans.

Tabla 22

Distribución de la muestra de figuras parentales por tipos de beneficios del acompañamiento psicológico durante la transición de género

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Dotar de herramientas psicológicas para afrontar el rechazo del entorno más cercano (familia, pareja, amigos)	9	9%
Recibir acompañamiento psicológico siempre que lo elija la propia persona no como una obligación ya que la transexualidad no es una enfermedad mental	8	8%
Es necesario un profesional experto que ayude a resolver dudas a las figuras parentales de un hijo/a/e adolescente trans	7	7%
Ayudar a las figuras parentales a entender y reconocer la identidad de su hijo/a/e trans	5	5%
Sentir apoyo y acompañamiento	5	5%
Es necesario un profesional experto que ayude a la persona a resolver sus dudas acerca de su identidad de género y el proceso de afirmación	5	5%
La transición de género es un cambio transversal en la vida y la ayuda de profesionales expertos es de gran ayuda para afrontar el camino de la autoafirmación	4	4%
Dotar de herramientas psicológicas para afrontar el rechazo social (transfobia)	4	4%
Información debido al desconocimiento de la realidad de las personas trans	3	3%
Resolver dudas respecto al tratamiento hormonal (expectativas y efectos a corto, medio y largo plazo)	3	3%
Aumentar autoestima	3	3%
Apoyo emocional	3	3%
Afrontar posibles problemas futuros (prevención de la salud)	3	3%
Total	58	58%

c) Aspectos de mejora en el acompañamiento psicológico a personas trans adolescentes

En cuanto a la distribución de la muestra de adolescentes trans en relación a la variable “*¿Cómo crees que se podría mejorar el acompañamiento psicológico a personas adolescentes trans?*”, como se puede observar en la tabla 23, el mayor porcentaje de la muestra de adolescentes trans 30% ($n = 15$), indica que se podría mejorar con profesionales más tolerantes, más formados y capacitados en identidades de género trans. Seguidamente y en orden decreciente, con un 14% ($n = 7$), se encuentran aquellos que consideran que se podría mejorar con mayor facilidad de acceso al apoyo psicológico incluyendo sesiones menos espaciadas, de mayor duración y calidad en la Seguridad Social. Y, en tercer lugar, se sitúan quienes indican que se debería proporcionar apoyo en lugar de un diagnóstico 10% ($n = 5$), así como aquellos que señalan la necesidad de ofrecer acompañamiento psicológico a las figuras parentales con hijos/as/es trans 10% ($n = 5$).

Tabla 23

Distribución de la muestra de adolescentes trans por aspectos de mejora en el acompañamiento psicológico a adolescentes trans

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Con profesionales tolerantes, formados y capacitados en identidades de género trans	15	30%
Mayor facilidad de acceso al apoyo psicológico (sesiones menos espaciadas y de mayor duración en la Seguridad Social)	7	14%
Con apoyo y no un diagnóstico	5	10%
Con acompañamiento psicológico para familias	5	10%
Despatologizando	4	8%
Respetando el nombre y pronombre acorde a la identidad de género sentida	3	6%
Mediante la afirmación del género para la mejora de la salud mental	3	6%
Respetando los ritmos de cada persona, sobre todo durante la adolescencia	3	6%
Coordinación con el centro escolar para la normalización de las identidades trans	2	4%
No sé	2	4%
Mediante la aceptación y normalización de las identidades trans	1	2%
Total	50	100%

Asimismo, tal y como se puede observar en la tabla 24, el mayor porcentaje de figuras parentales 35% ($n = 35$) indica que se podría mejorar el acompañamiento psicológico a personas adolescentes trans, con profesionales más formados y especializados en identidades de género trans. Seguidamente, el 13% ($n = 13$) señala que no se les ocurre cómo se podría mejorar dicho acompañamiento. Y, en tercer lugar, el 7% ($n = 7$) sugiere que podría mejorarse el acompañamiento psicológico mediante la aceptación y normalización social de las personas trans, educando en diversidad y respeto.

Tabla 24

Distribución de la muestra de figuras parentales por aspectos de mejora en el acompañamiento psicológico a adolescentes trans

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Con profesionales más formados y especializados en identidades de género trans (instaurando formación obligatoria en Diversidad Sexual y de Género a profesionales sanitarios que tengan que atender a personas trans)	35	35%
No sé	13	13%
Mediante la aceptación y normalización social de las personas trans, educar en diversidad y respeto	7	7%
Mayor facilidad de acceso al apoyo psicológico y sesiones menos espaciadas y de mayor duración y calidad en la Seguridad Social	5	5%
Cambiando el modelo actual biomédico con perspectiva patologizadora y tutelador, por otro, voluntario de acompañamiento y empoderante	5	5%
Agilizando la documentación a la que se tienen que enfrentar las personas trans para el cambio de género	5	5%
Mayor escucha, empatía y menos prejuicios por parte de profesionales de la psicología, para ofrecer un apoyo individualizado	4	4%
Más conocimiento sobre las realidades trans en los centros educativos, más charlas informativas	4	4%
No es necesario el acompañamiento psicológico por ser trans, sí por otras cuestiones	4	4%

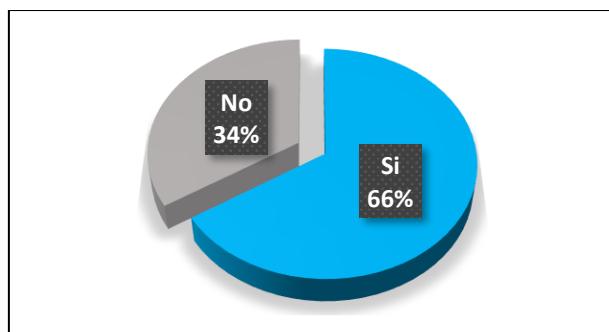
Dotar de herramientas para el afrontamiento de actitudes tránsfobas	3	3%
No tratar las identidades de género trans como una patología, cuestionando la identidad de menores de edad	3	3%
Ofrecer técnicas para aumentar la autoestima y autoconfianza respecto a su identidad	3	3%
Creando espacios seguros para que adolescentes trans puedan expresarse libremente y puedan obtener apoyo	3	3%
Mayor educación a las instituciones que deban interactuar con personas trans	3	3%
Con apoyo psicológico a toda la familia (terapia familiar)	3	3%
Total	100	100%

d) Acompañamiento psicológico a figuras parentales con hijos/as/es adolescentes trans

Respecto a la pregunta “*¿Considera que es necesario el acompañamiento psicológico a figuras parentales con hijos/as/es trans?*”, la mayor parte de la muestra de figuras parentales, el 66% ($n = 66$), considera que sí es necesario, frente al 34% ($n = 34$) que opina que no lo es (ver figura 65).

Figura 65

Distribución de la muestra de figuras parentales por si considera necesario el acompañamiento psicológico a figuras parentales con hijos/as/es adolescentes trans



En relación, la pregunta “*¿Cómo cree que se podría mejorar el acompañamiento psicológico a figuras parentales con hijos/as/es adolescentes trans?*”, la mayor parte de la muestra de figuras parentales, 24% ($n = 24$), considera que se podría mejorar con profesionales más formados y cualificados, incluso señalan la necesidad de formación obligatoria en Diversidad Sexual y de Género (D.S.G) para profesionales de la psicología. Seguidamente, el 9% ($n = 9$), considera que se podría mejorar facilitando el acceso y los recursos desde la sanidad pública. Y, en tercer lugar, el 8% ($n = 8$) manifiesta la necesidad de mayor respeto y empatía por parte de profesionales sanitarios hacia las personas trans (ver tabla 25).

Tabla 25

Distribución de la muestra de figuras parentales por aspectos de mejora en el acompañamiento psicológico a figuras parentales con hijos/as/es adolescentes trans

Respuesta	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Profesionales más formados y cualificados (añadiendo formación en psicología sobre Diversidad Sexual y de Género)	24	24%
Mejor acceso y recursos desde la sanidad pública (Seguridad Social)	9	9%
Mayor respeto y empatía por parte de profesionales sanitarios	8	8%
Mayor ayuda a los padres para entender a sus hijos/as/es trans (afrontar la pérdida, los cambios y gestión de la transición de género)	7	7%
Mayor número de sesiones y más seguidas	7	7%
No siempre es necesario, solo para quien lo solicite	6	6%
No sé	6	6%
Mayor número de profesionales y mismas leyes en todas las Comunidades Autónomas	5	5%
Evitar culpabilizar y juzgar a las familias	5	5%
Mayor información social, normalización de la transexualidad	4	4%
Despatologizando la transexualidad, normalización	4	4%
Terapia familiar (trato individualizado)	3	3%
Creando un teléfono de ayuda emocional o de consulta de ayuda para familias con hijos/as/es trans	3	3%
Escuchar por separado a madres y padres	2	2%
Promoviendo charlas informativas y quedadas con otras familias con hijos/as/es trans	2	2%

Creando la figura del Psicólogo Clínico especialista en infancia y juventud trans	2	2%
Dotando de herramientas psicológicas para posibles conflictos con sus hijos/as/es	2	2%
Considerando a la familia como una unidad imprescindible para la persona trans	1	1%
Total	100	100%

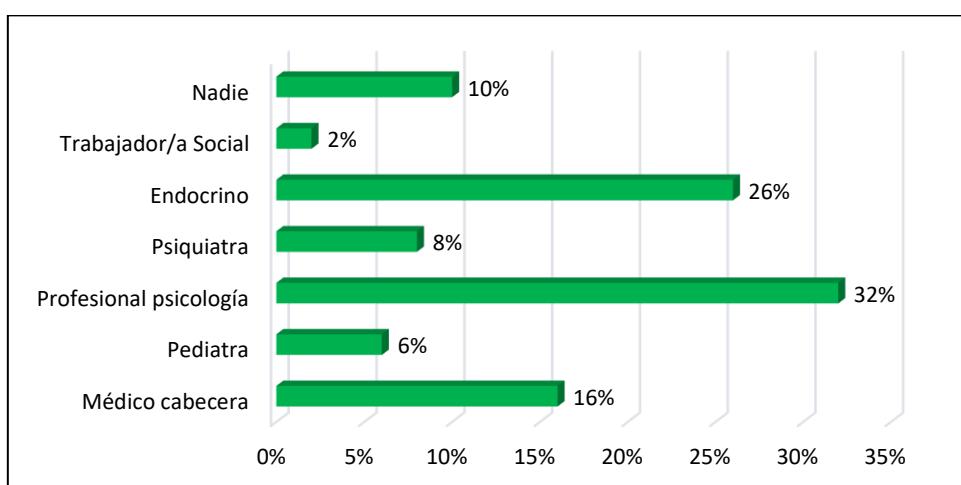
5.1.6. Variables relacionadas con la calidad asistencial recibida por parte de profesionales sanitarios en relación a la identidad de género

a) Valoración de la mejor calidad asistencial recibida

En relación a la pregunta “*¿Por parte de qué profesional sanitario te has sentido mejor atendido/a/e?*”, el mayor porcentaje de adolescentes trans, un 32% ($n = 16$), indica que la mejor calidad asistencial ha sido la recibida por parte de profesionales de la psicología. Esto es seguido por un 26% ($n = 13$) que menciona a profesionales de la medicina en la especialidad de endocrinología. Y, en tercer lugar, el 16% ($n = 8$), señala al médico de cabecera. Cabe destacar que el 10% ($n = 5$) de la muestra indica que ningún profesional le ha atendido mejor que otro (ver figura 66).

Figura 66

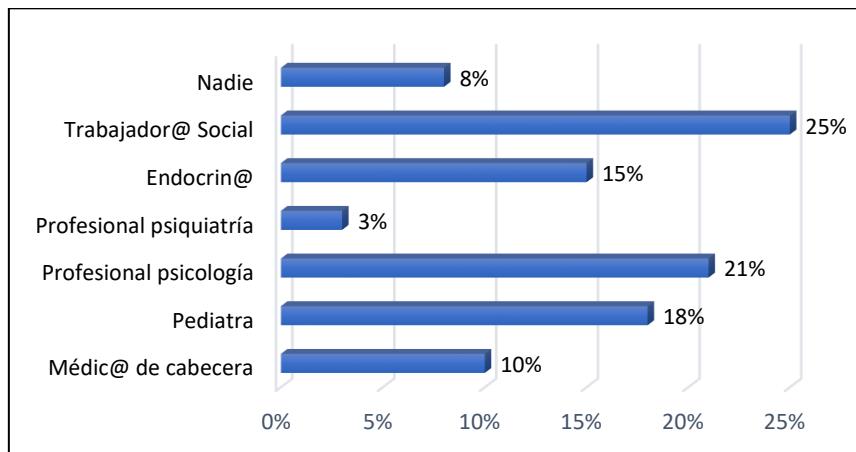
Distribución de la muestra de adolescentes trans por valoración de la mejor atención asistencial recibida por parte de un profesional sanitario



Respecto a la variable “*¿Por parte de qué profesional sanitario se han sentido mejor atendidos?*”, la mayoría de figuras parentales, un 25% ($n = 25$), indica que el profesional que mejor les han atendido en relación a la identidad de género manifestada de su hijo/a/e adolescente trans, ha sido el profesional del trabajo social. Seguido por un 21% ($n = 21$) que menciona a profesionales de la psicología, y en tercer lugar, el 18% ($n = 18$) señala a profesionales de la medicina en la especialidad de pediatría (ver figura 67).

Figura 67

Distribución de la muestra de figuras parentales por mejor atención asistencial recibida por parte de un profesional en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans

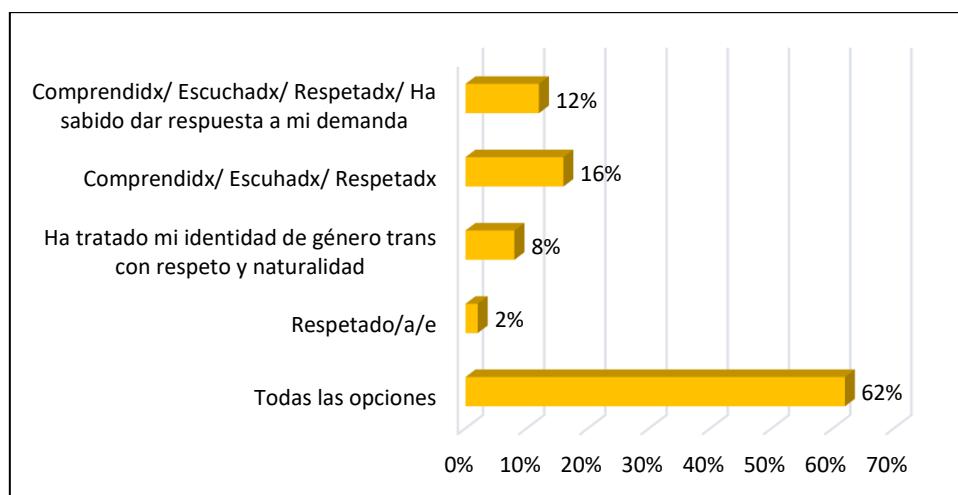


b) Actitudes del profesional del que han recibido la mejor calidad asistencial

En cuanto a la variable “*Indica las actitudes del profesional sanitario que mejor te ha atendido en relación a tu identidad de género sentida*”, el mayor porcentaje de la muestra de adolescentes trans, un 62% ($n = 31$) ha señalado todas las opciones, es decir, que: se han sentido comprendidos/as/es, escuchados/as/es, respetados/as/es, su identidad de género ha sido tratada con respecto y naturalidad, y el/la profesional ha sabido dar respuesta a su demanda (ver figura 68).

Figura 68

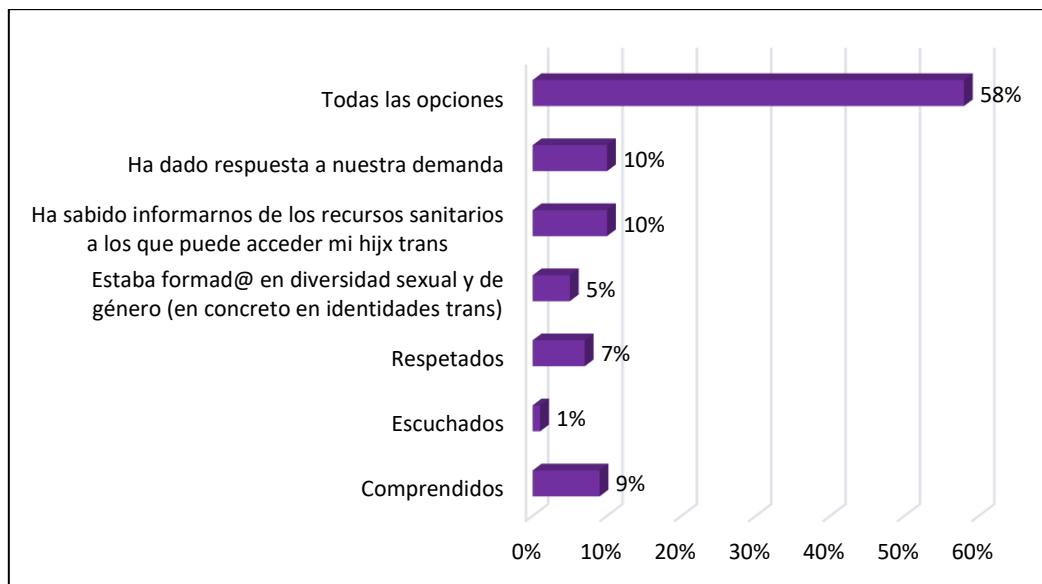
Distribución de la muestra de adolescentes trans por actitudes del profesional sanitario que mejor le ha atendido



Así mismo, la distribución de la muestra de figuras parentales en relación a la variable “*Indique las actitudes del profesional que mejor les ha atendido en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans*”, el mayor porcentaje de la muestra de adolescentes trans 58% ($n = 58$) ha señalado todas las opciones, es decir, manifiestan que se han sentido: comprendidos/as, escuchados/as, respetados/as, ha tratado la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans con respecto y naturalidad, ha sabido dar respuesta a su demanda y tenía formación suficiente en D.S.G. (ver figura 69).

Figura 69

Distribución de la muestra de figuras parentales por actitudes del profesional que mejor les ha atendido en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans

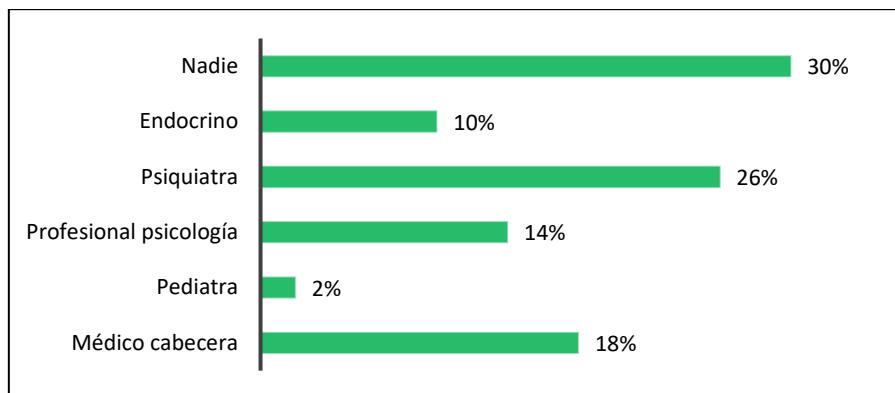


c) Valoración de la peor calidad asistencial recibida

En relación a la pregunta, “*¿Por parte de qué profesional sanitario te has sentido peor atendido/a/e?*”, la mayoría de adolescentes trans 30% ($n = 15$) manifiesta que no ha recibido un trato desfavorable por parte de ningún profesional sanitario. A continuación, el 26% ($n = 13$) indica que el profesional sanitario que peor les ha atendido en relación a su identidad de género manifestada ha sido un/a psiquiatra. Seguidamente, el 18% ($n = 9$) señala que el trato más desfavorable ha sido por parte de los/las médicos/as de cabecera. Y el 14% ($n = 7$), destaca a profesionales de la psicología (ver figura 70).

Figura 70

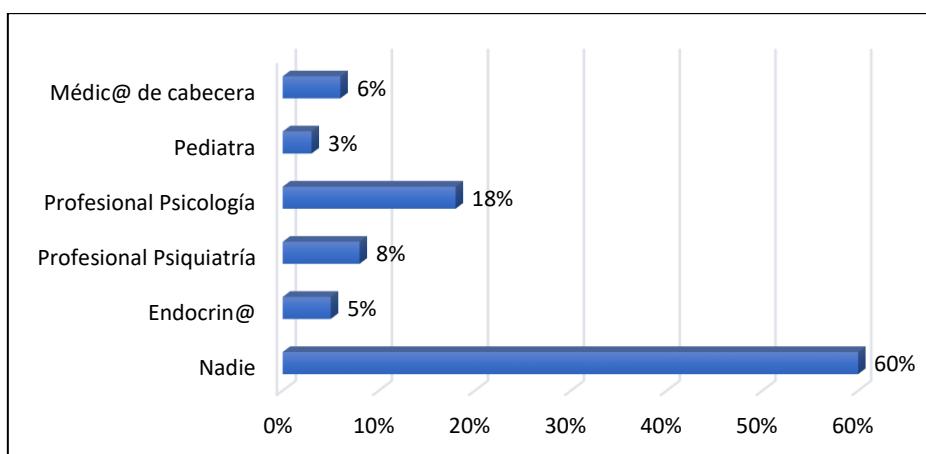
Distribución de la muestra de adolescentes trans por peor calidad asistencial recibida por parte de un/a profesional de la salud



En relación a la variable “*Indique el profesional sanitario que peor les ha atendido en relación a la identidad de género manifestada por su hijo/a/e adolescente trans*”, tal y como se puede observar en la figura 71, la mayoría de figuras parentales 60% ($n = 60$) no destaca a ningún profesional sanitario. Seguidamente, el 18% ($n = 18$) indica que la peor calidad asistencial ha sido la recibida por parte de profesionales de la psicología. En segundo lugar, el 8% señala a los/las profesionales de la psiquiatría y en tercer lugar, el 6% ($n = 6$) destaca a los médicos/as de cabecera.

Figura 71

Distribución de la muestra de figuras parentales por peor atención asistencial recibida por parte de un profesional en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans

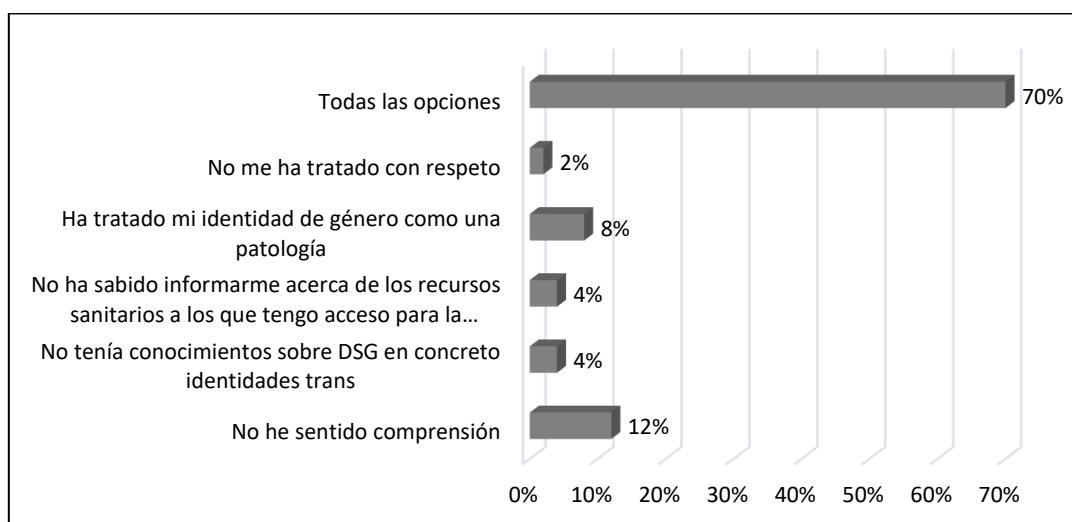


d) Actitudes del profesional del que han recibido el trato más desfavorable

En cuanto a la variable “*Indica los motivos por los que consideras que el profesional sanitario del que has recibido el trato más desfavorable, no te ha atendido adecuadamente*”. Tal y como se puede observar en la figura 72, la mayoría de adolescentes trans, el 70% ($n = 35$), han señalado todas las opciones, ya que: no se han sentido comprendidos/as/es, han percibido carencias formativas en dichos profesionales sobre diversidad sexual y de género (D.S.G.) en concreto en identidades trans adolescentes, no les han sabido informar acerca de los recursos sanitarios a los que tenían acceso para la afirmación del género, han tratado su identidad de género sentida como una patología e inclusive han sentido que no se les ha tratado con respeto en relación a su identidad de género manifestada.

Figura 72

Distribución de la muestra de adolescentes trans por actitudes por parte del profesional sanitario del que han recibido el trato más desfavorable



Respecto a la distribución de la muestra de figuras parentales, en relación a la variable “*Indique las actitudes del profesional del que han recibido el trato más desfavorable en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans*”, la mayoría de los participantes, el 60% ($n = 60$), no ha respondido la pregunta. Este porcentaje corresponde con la muestra de personas que, en la pregunta anterior, había indicado que no había percibido un trato desfavorable por parte de ningún profesional.

Por otro lado, predomina el 21% ($n = 21$) de figuras parentales que ha señalado todas las opciones, es decir, que las actitudes del profesional sanitario del que han recibido la peor calidad asistencial, han hecho que se sientan no escuchados/as ni respetados/as,

ha tratado la identidad de género de su hijo/a/e como una patología, no ha sabido informarles de los recursos sanitarios a los que su hijo/a/e trans tiene acceso y no ha dado respuesta a su demanda (ver figura 73).

Figura 73

Distribución de la muestra de figuras parentales por actitudes del profesional que peor les ha atendido en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans

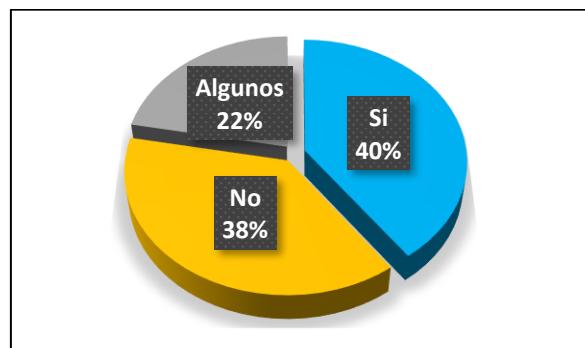


e) Formación en Diversidad Sexual y de Género por parte de profesionales sanitarios

En relación a la variable “*¿Consideras que profesionales de la salud que te han atendido, tenían conocimientos sobre Diversidad Sexual y de Género (D.S.G.) en concreto en identidades trans?*”, tal y como se puede observar en la figura 74, la mayoría de adolescentes trans 40% ($n = 20$), considera que profesionales sanitarios sí están suficientemente formados en D.S.G. Por otro lado, prácticamente la misma proporción, el 38% ($n = 19$), considera que profesionales sanitarios tienen carencias formativas en D.S.G. Y el menor porcentaje, 22% ($n = 11$), manifiesta que algunos profesionales si tienen suficiente formación y otros no.

Figura 74

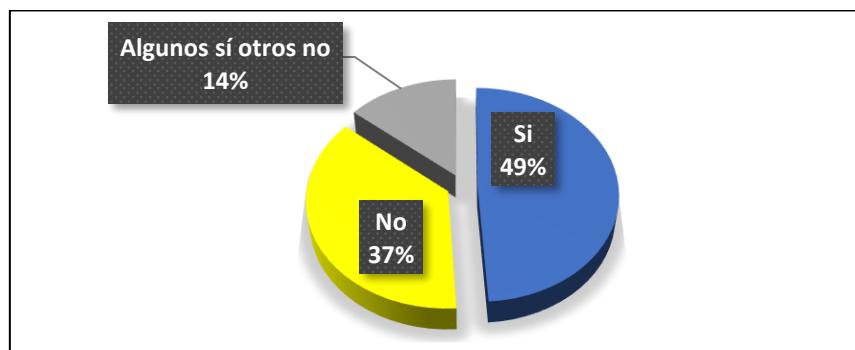
Distribución de la muestra de adolescentes trans por formación de profesionales sanitarios en Diversidad Sexual y de Género y en concreto en identidades trans



Asimismo, en la distribución de la muestra de figuras parentales (ver figura 75), se observa que mayoritariamente, el 49% ($n = 49$), considera que profesionales sanitarios sí están suficientemente formados en D.S.G. En contraste, con el 37% ($n = 37$) que considera que no. Tan sólo, un 14% ($n = 14$) manifiesta que algunos profesionales están suficientemente formados mientras que otros no.

Figura 75

Distribución de la muestra de figuras parentales por formación en Diversidad Sexual y de Género por parte de profesionales sanitarios que les han atendido



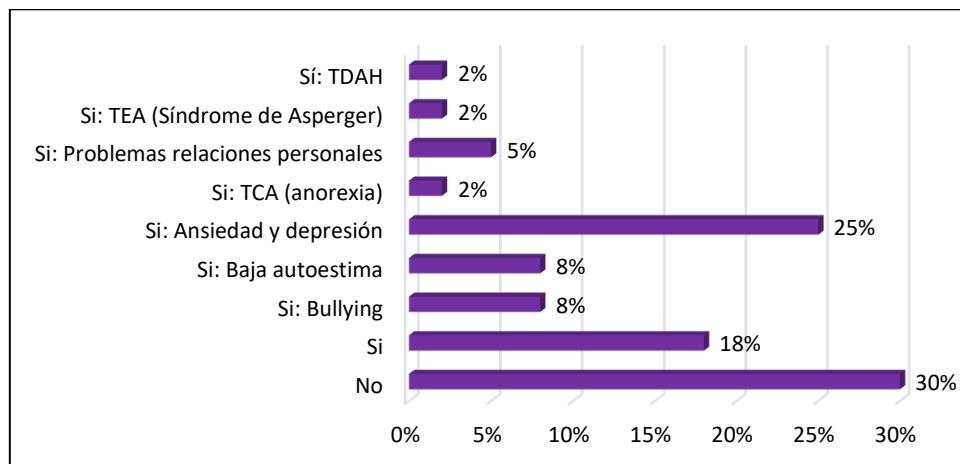
5.1.7. Variables relacionadas con la calidad asistencial por parte de profesionales de la psicología

a) Recibir atención psicológica por cuestiones no relacionadas con la identidad de género manifestada

Respecto a la pregunta “*¿Te ha atendido algún profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con tu identidad de género?*”, tal y como se puede observar en la figura 76, la mayoría de adolescentes trans 70% ($n = 35$) ha respondido afirmativamente. De estos, el mayor porcentaje, un 25% ($n = 12$) manifiesta haber sido atendido por ansiedad y depresión. Seguido de un 8% ($n = 4$) que indica haber recibido atención debido a sufrir acoso en el centro escolar (*bullying*). En la misma proporción, el 8% ($n = 8$) indica que fue atendido por baja autoestima. Otro 5% ($n = 2$) de la muestra de adolescentes trans, menciona problemas en las relaciones personales. Y los menores porcentajes 2% ($n = 1$) corresponden a los que manifiestan haber recibido atención por Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y Trastorno de la Conducta Alimentaria (anorexia).

Figura 76

Distribución de la muestra de adolescentes trans por estar recibiendo atención psicológica por cuestiones no relacionadas con la identidad de género



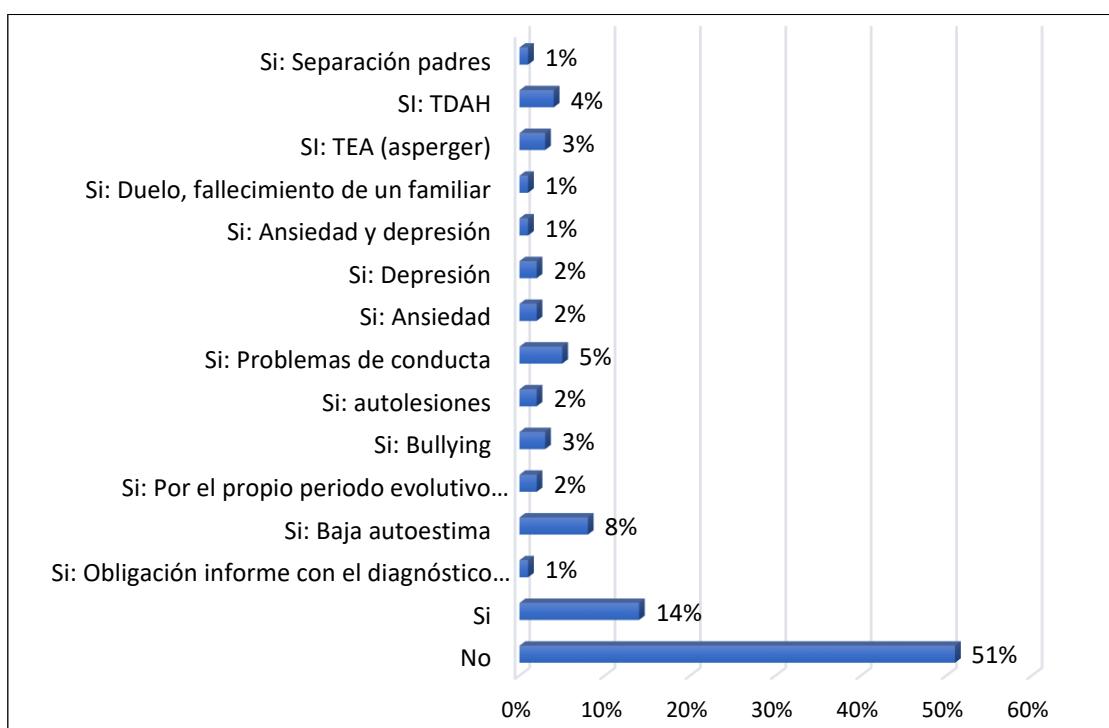
Respecto a la variable “*¿Ha acudido con su hijo/a/e adolescente trans a un profesional de la psicología por algún motivo no relacionado con la identidad de género sentida?*”, tal y como se puede observar en la figura 77, las respuestas de la muestra de figuras parentales muestran disparidad. Mayoritariamente, el 51% ($n = 51$) indica que su hijo/a/e

adolescente trans no ha recibido sesiones de psicoterapia por cuestiones no relacionadas con la identidad de género sentida. Frente al 49% ($n = 49$) que ha manifestado que sí, de los cuales un 14% ($n = 14$) no ha especificado el motivo.

Un 8% ($n = 8$) de los participantes ha indicado que su hijo/a/e adolescente trans ha recibido sesiones de psicoterapia por baja autoestima. Otro 5% ($n = 5$) indica que ha sido por problemas de conducta, seguido del 4% ($n = 4$) por TDAH, y el 3% ($n = 2$) por haber sufrido *bullying* o por TEA (asperger). Los menores porcentajes, con un 2% ($n = 2$), corresponden a motivos como la depresión, autolesiones o el propio proceso evolutivo. Y finalmente con un 1% ($n = 1$), se encuentran los que han indicado los siguientes motivos: separación de las figuras parentales; duelo por fallecimiento de un familiar; ansiedad y depresión. Así como, por la necesidad de tener un informe clínico elaborado por un profesional de la salud mental con el diagnóstico de disforia de género para poder comenzar el tratamiento médico para la afirmación del género.

Figura 77

Distribución de la muestra de figuras parentales en función de si su hijo/a/e adolescente trans recibe atención psicológica por parte de un profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con la identidad de género manifestada

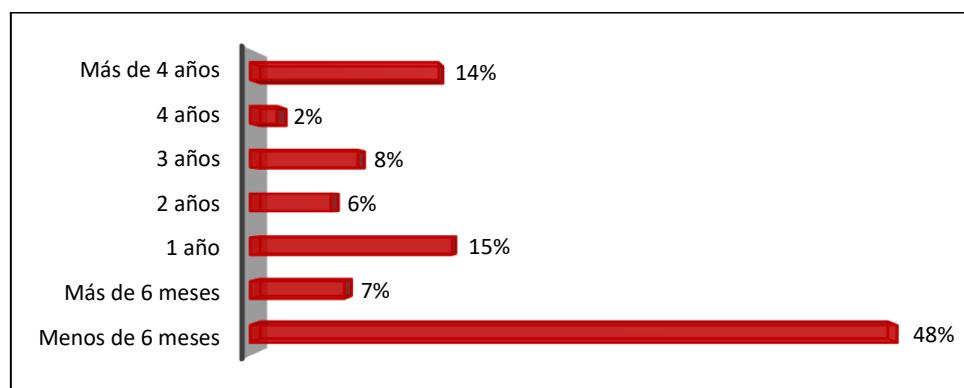


b) Tiempo que ha estado acudiendo a un profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con la identidad de género

Respecto a la variable “*¿Durante cuánto tiempo estuviste acudiendo a un profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con la identidad de género?*”, como se observa en la figura 78, la mayoría de adolescentes trans 48% ($n = 24$) indica que estuvo asistiendo a sesiones de psicoterapia durante un período menor a seis meses. Seguido por un 15% ($n = 7$) de quienes habían estado acudiendo durante un año. Y en tercer lugar, por el 14% ($n = 7$) de la muestra de adolescentes trans, que ha estado en sesiones de psicoterapia durante un período largo de tiempo, más de cuatro años, hecho que resultada llamativo.

Figura 78

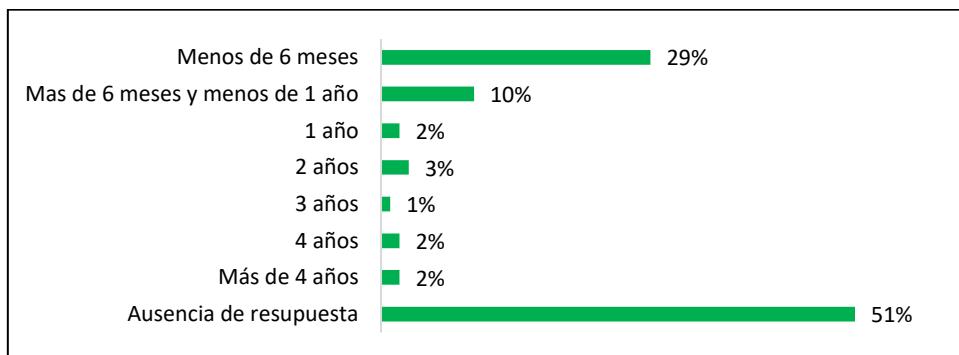
Distribución de la muestra de adolescentes trans por período de tiempo que ha estado acudiendo a un profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con la identidad de género sentida



Respecto a la variable “*¿Durante cuánto tiempo ha acudido su hijo/a/e adolescente trans a un profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con la identidad de género sentida?*”, tal y como se puede observar en la figura 79, el mayor porcentaje de figuras parentales (29%, $n = 14$), indica que su hijo/a/e adolescente trans ha estado en sesiones de psicoterapia por un período de tiempo menor a seis meses. Seguido por un 10% ($n = 5$) que señala un periodo de más de seis meses, pero menos de un año. Llama la atención que, en menor proporción, un 2% ($n = 1$) menciona un período de tiempo de cuatro años, así como, un período de tiempo mayor a cuatro años (2%, $n = 1$).

Figura 79

Distribución de la muestra de figuras parentales por el período de tiempo que ha estado acudiendo su hijo/a/e adolescente trans a un profesional de la psicología por cuestiones no relacionadas con la identidad de género

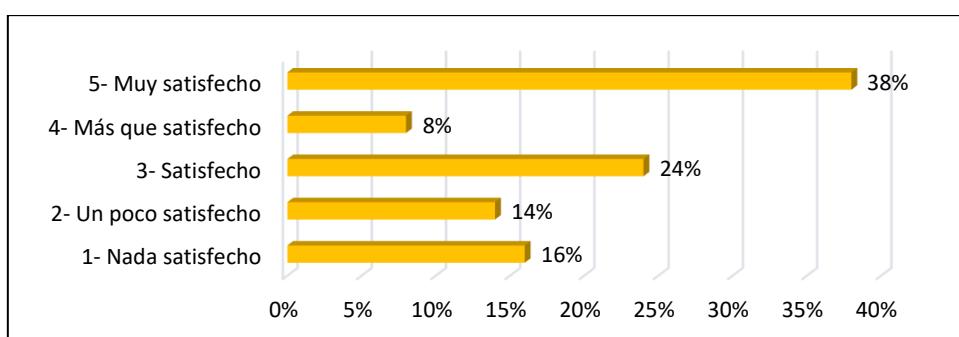


c) Grado de satisfacción con el profesional de la psicología que le ha atendido por cuestiones no relacionadas con la identidad de género

Respecto la pregunta, “*Valora el grado de satisfacción del profesional de la psicología que te ha atendido por cuestiones no relacionadas con la identidad de género*”, la mayoría de adolescentes trans (38%, n = 19) indica que se han sentido muy satisfechos. Seguido por un 24% (n = 12) quienes se han sentido simplemente satisfechos. En tercer lugar, llama la atención que el 16% (n = 8) de la muestra de adolescentes trans no se han sentido nada satisfechos con la atención recibida por parte de dicho profesional (ver figura 80).

Figura 80

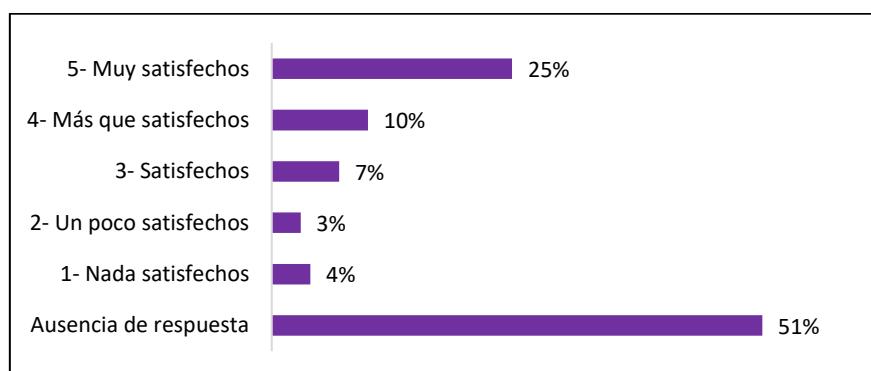
Distribución de la muestra de adolescentes trans por grado de satisfacción con el profesional de la psicología que le ha atendido por cuestiones no relacionadas con la identidad de género



Asimismo, respecto a la pregunta “*Valore el grado de satisfacción recibida respecto al profesional de la psicología que ha atendido a su hijo/a/e adolescente trans por cuestiones no relacionadas con la identidad de género*”, la mayoría de figuras parentales (25%, $n = 25$), indica que se han sentido muy satisfechos/as con la atención recibida. En segundo lugar, un 10% ($n = 10$) se ha sentido más que satisfechos/as. Y en tercer lugar, un 7% ($n = 7$), se han sentido satisfechos (ver figura 81).

Figura 81

Grado de satisfacción respecto al profesional de la psicología que ha atendido a su hijo/a/e adolescente trans por cuestiones no relacionadas con la identidad de género manifestada

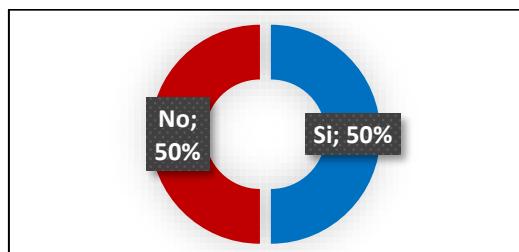


d) Recibir atención psicológica por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida

En cuanto a la pregunta “*¿Actualmente te está atendiendo un profesional de la psicología en relación a tu identidad de género?*”, la distribución de las respuestas emitidas son equitativas. Ya que el 50% ($n = 25$) de adolescentes trans indica que sí recibe atención psicológica por cuestiones relacionadas con la identidad de género, frente al otro 50% ($n = 25$) que manifiesta que no la recibe (ver figura 82).

Figura 82

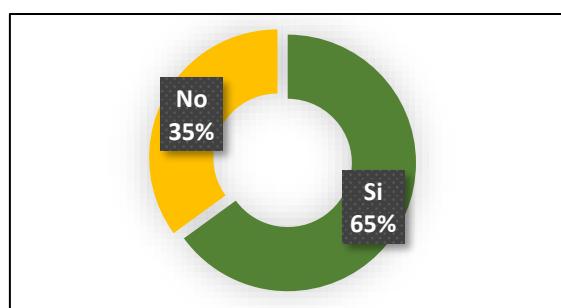
Distribución de la muestra de adolescentes trans en relación a estar recibiendo atención psicológica por parte de un profesional de la psicología por cuestiones relacionadas con la identidad de género



Por otro lado, en relación a la variable “*¿Acuden (figuras parentales con su hijo/a/e adolescente trans) a un profesional de la psicología para abordar la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans?*”, los resultados señalan que la mayoría de figuras parentales (65%, $n = 65$), acompaña a su hijo/a/e adolescente trans, a un profesional de la psicología por cuestiones relacionadas con la identidad de género de su hijo/a/e trans, frente al 35% ($n = 35$) que ha manifestado que no lo hace (ver figura 83).

Figura 83

Distribución de la muestra de figuras parentales que recibe atención psicológica por parte de un profesional de la psicología por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada por su hijo/a/e adolescente trans



En relación a la pregunta “*¿Con qué objetivo o expectativas acude su hijo/a/e adolescente trans al profesional de la psicología que le está atendiendo?*”, la mayoría de figuras parentales ha manifestado en las entrevistas realizadas, que acuden con el objetivo de obtener ayuda y respuestas en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans:

FP (1): “Para que le ayude con su identidad de género”.

FP (3): “Si hay algún problema de fondo que le ayude. Por si necesita más ayuda”.

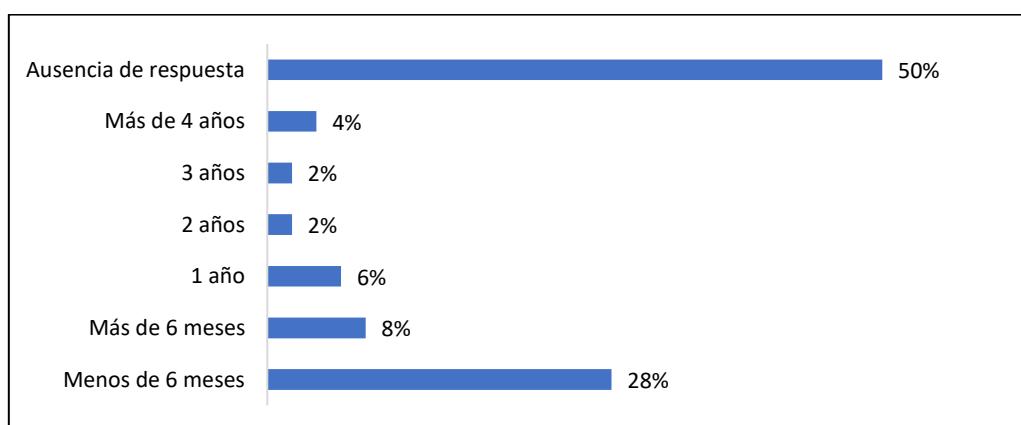
FP (8): “Por crisis de ansiedad. No comentó su identidad de género hasta la cuarta o quinta sesión. Para que no sufriera, estaba taciturno, no salía. Que no entrara en una depresión”.

e) Tiempo que ha estado acudiendo a un profesional de la psicología por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida

En cuanto a la variable, “¿Desde cuándo te atiende un profesional de la psicología por cuestiones relacionadas con tu identidad de género?”, los resultados ponen de manifiesto que el 50% ($n = 25$) de adolescentes trans reciben sesiones de psicoterapia por dicho motivo. De los cuales, el 28% ($n = 14$) han estado acudiendo durante un período de tiempo menor a seis meses. Seguido por un 8% ($n = 4$) que han estado en sesiones de psicoterapia durante un período mayor a seis meses. En general, se puede observar que la mayoría de la muestra de adolescentes trans, lleva relativamente poco tiempo recibiendo atención psicológica por cuestiones relacionadas con su identidad de género sentida (ver figura 84).

Figura 84

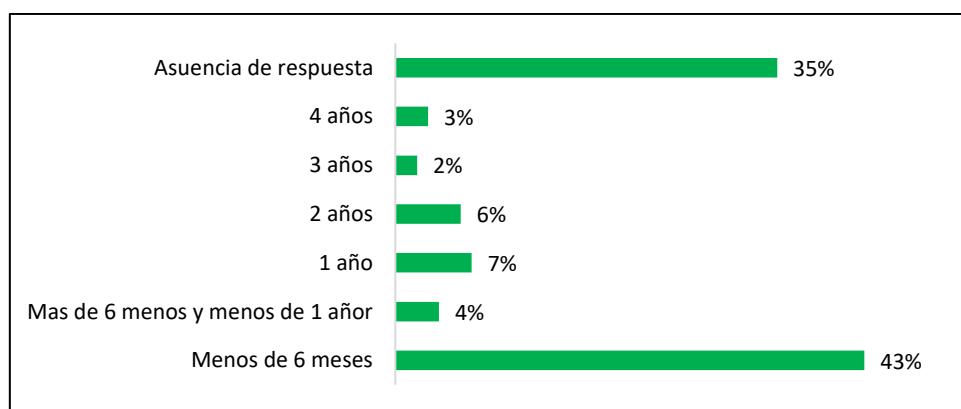
Período de tiempo que lleva recibiendo atención psicológica por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada



En cuanto a la variable “*¿Desde cuándo acuden a un profesional de la psicología para abordar la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans?*”, del 65% ($n = 32$) de figuras parentales que ha manifestado que su hijo/a/e recibe sesiones de psicoterapia por cuestiones relacionadas con su identidad de género, la gran mayoría (43%, $n = 23$) indica que ha sido por un período de menos de seis meses. Por lo tanto, se puede decir, que la mayoría de hijos/as/es han estado acudiendo relativamente poco tiempo a sesiones de psicoterapia por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada (ver figura 85).

Figura 85

Distribución de la muestra de figuras parentales por tiempo que lleva siendo atendido su hijo/a/e adolescente trans por un profesional de la psicología por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida

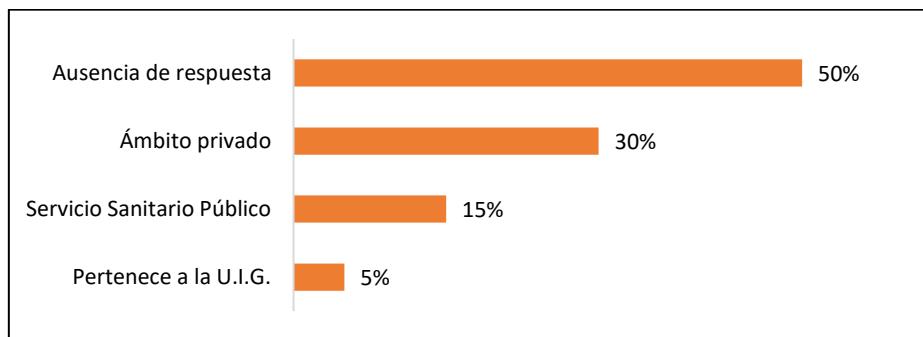


f) Ámbito en el que ejerce el profesional de la psicología que le atiende por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida

Respecto a la variable “*Indica el ámbito en el que ejerce el profesional de la psicología que te atiende por cuestiones relacionadas con la identidad de género*”, la mayoría de adolescentes trans (30%, $n = 15$) indica que dicho profesional ejerce en el ámbito privado, seguido del 15% ($n = 7$) que pertenece al Servicio Sanitario Público. Y el menor porcentaje (5%, $n = 2$) corresponde a aquellos profesionales que pertenecen a la U.I.G. (Unidad de Identidad de Género) de su respectivo lugar de residencia (ver figura 86).

Figura 86

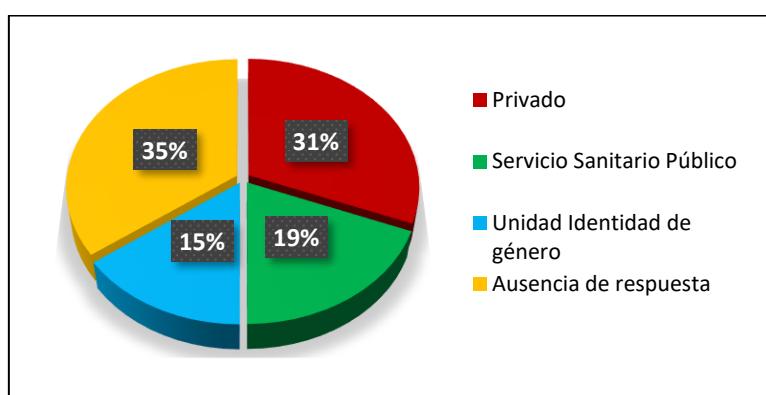
Distribución de la muestra de adolescentes trans por ámbito en el que ejerce el profesional de la psicología que te atiende por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada



De igual modo, la distribución de figuras parentales indica que *el profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e adolescente trans por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada*, mayoritariamente (31%, n =15) ejerce en el ámbito privado, seguido del 19% (n = 9) que pertenece al Servicio Sanitario Público. Y en último lugar, se encuentran profesionales que pertenecen a la U.I.G. correspondiente al lugar de residencia (15%, n = 7) (ver figura 87).

Figura 87

Distribución de la muestra de figuras parentales por ámbito en el que ejerce el profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada

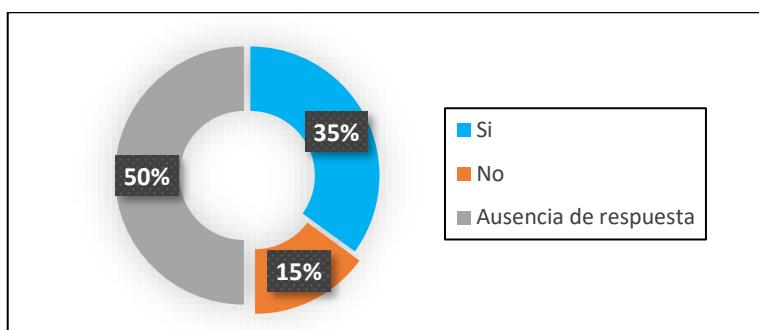


g) Formación en Diversidad Sexual y de Género del profesional de la psicología que les atiende por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida

Respecto a la variable “*¿Consideras que el profesional de la psicología que te atiende por tu identidad de género sentida, tiene conocimientos suficientes sobre diversidad sexual y de género?*”, la mayoría de adolescentes trans (35%, n = 17) indica que sí, frente al 15% (n = 7) que considera que no tiene suficientes conocimientos (ver figura 88).

Figura 88

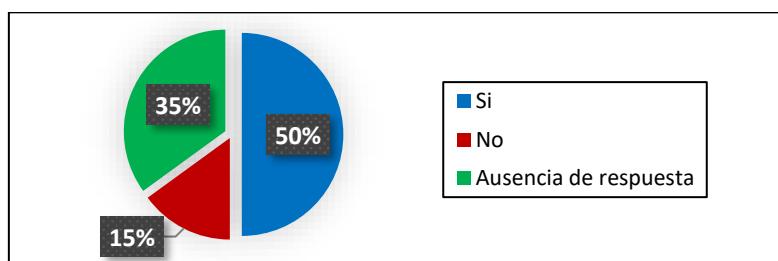
Distribución de la muestra de adolescentes trans por el profesional de la psicología que me atiende por mi identidad de género tiene suficiente formación en Diversidad Sexual y de Género



Asimismo, tal y como se puede observar en la figura 89, la mayoría de figuras parentales (50%, n = 50), sí considera que *el profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e adolescente trans por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida tiene suficiente formación en D.S.G*, frente al 15% (n = 15) que considera que no.

Figura 89

Distribución de la muestra de figuras parentales en relación a los conocimientos del profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida tiene suficiente formación en Diversidad Sexual y de Género

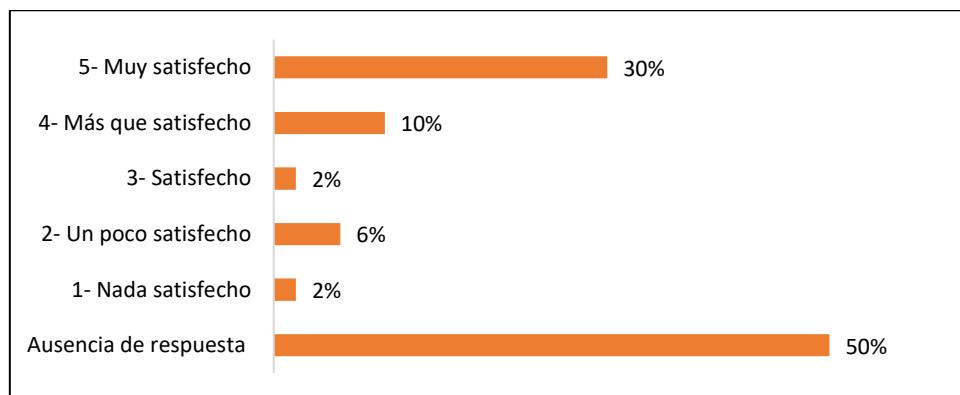


h) Grado de satisfacción del profesional de la psicología que les atiende por cuestiones relacionadas con la identidad de género sentida

En relación a la pregunta, “*Valore el grado de satisfacción por parte del profesional de la psicología que te atiende en relación a tu identidad de género sentida*”, tal y como se puede observar en la figura 90, la mayoría de adolescentes trans indica que se han sentido muy satisfechos 30% ($n = 15$), seguido en menor proporción 10% ($n = 5$) por quienes se han sentido más que satisfechos. En general, se observa un alto grado de satisfacción hacia dicho profesional.

Figura 90

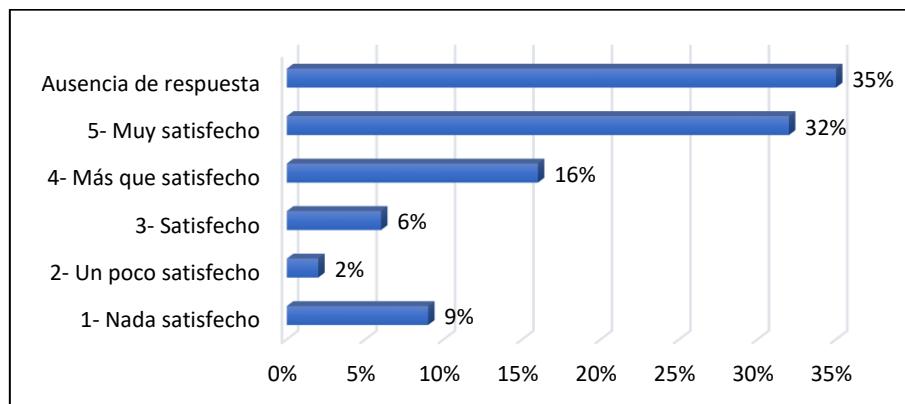
Distribución de la muestra de adolescentes trans por grado de satisfacción respecto al profesional de la psicología que le atiende por su identidad de género sentida



En relación a la variable “*Valore el grado de satisfacción del profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e adolescente trans por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada*”, la mayoría de figuras parentales 32 % ($n = 32$), indica que se han sentido muy satisfechos. En segundo lugar, el 16% ($n = 16$) se ha sentido más que satisfechos y, en tercer lugar, destacar que el 9% ($n = 9$) ha indicado que no se han sentido nada satisfechos (ver figura 91).

Figura 91

Distribución de la muestra de figuras parentales por grado de satisfacción en relación al profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e adolescente trans por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada



i) **Actitudes favorables del profesional de la psicología que le atiende por la identidad de género sentida**

En cuanto a la variable, “La atención recibida por parte del profesional de la psicología que me atiende en relación a mi identidad de género, considero que es adecuada, ya que ha hecho me sienta” (opción respuesta múltiple), la mayoría de adolescentes trans (32%, n = 16) ha señalado todas las opciones, indicando que se han sentido: comprendidos/as/es, escuchados/as/es, respetados/as/es, han sabido informarles de los recursos sanitarios para la afirmación del género y han dado respuesta a su demanda (ver figura 92).

Figura 92

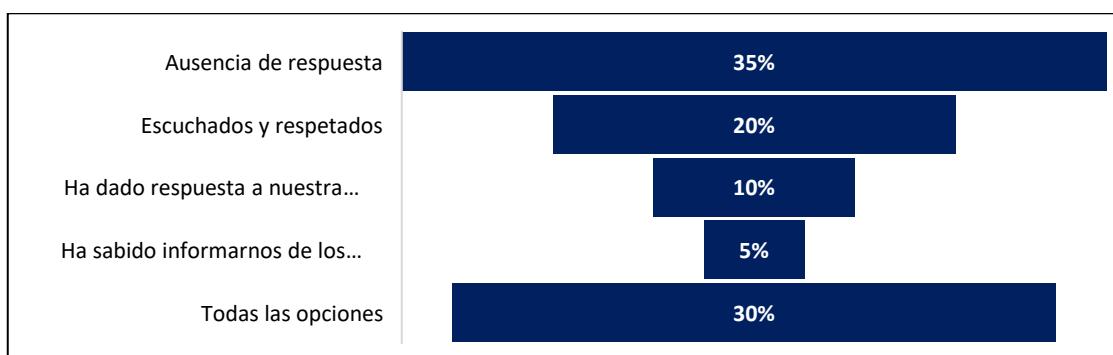
Distribución de la muestra de adolescentes trans por actitudes adecuadas del profesional de la psicología que me atiende por mi identidad de género



Asimismo, tal y como muestra la figura 93, en relación a *las actitudes del profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada son adecuadas*, la mayoría de figuras parentales 30% ($n = 30$) ha señalado todas las opciones, indicando que se han sentido comprendidos/as, escuchados/as, respetado/as, han sabido informarles de los recursos sanitarios para la afirmación del género de su hijo/a/e y han dado respuesta a su demanda.

Figura 93

Distribución de la muestra de figuras parentales por las actitudes del profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada son adecuadas

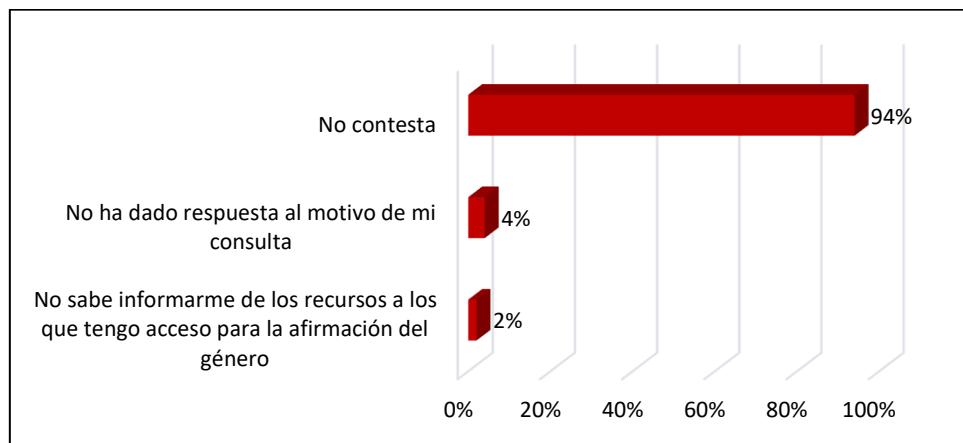


j) Actitudes desfavorables del profesional de la psicología que le atiende por la identidad de género sentida

En cuanto a la variable “*La atención recibida por parte del profesional de la psicología en relación a tu identidad de género sentida, considero que no ha sido adecuada*” (opción respuesta múltiple), tan sólo un 6% ($n = 3$) de adolescentes trans ha contestado la pregunta. De dicho porcentaje el 4% ($n = 2$), indica que dicho profesional no ha dado respuesta al motivo de su consulta, y el 2% ($n = 1$) no ha sabido informarle de los recursos sanitarios a los que tiene acceso para la afirmación del género (ver figura 94).

Figura 94

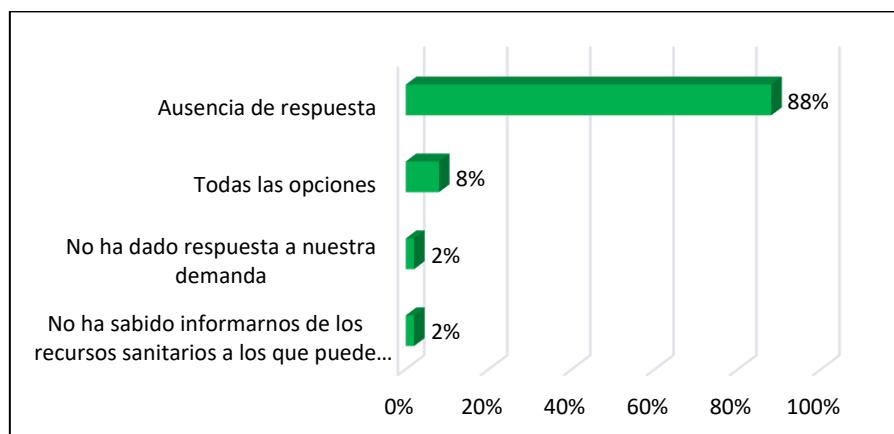
Distribución de la muestra de adolescentes trans respecto a las actitudes del profesional de la psicología que le atiende por su identidad de género cuando no han sido adecuadas



En relación a la pregunta “*Las actitudes del profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e adolescente trans por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada considero que no son adecuadas*”, el mayor porcentaje de figuras parentales, el 88% ($n = 88$) no ha respondido a dicha pregunta. De aquellos que sí respondieron (8%, $n = 8$), la mayoría ha señalado todas las opciones negativas ya que el profesional que les ha atendido: no ha sabido informarles sobre los recursos sanitarios disponibles a los que puede acceder su hijo/a/e para la afirmación del género, no se han sentido respetados/as, comprendidos/as, ni escuchado/as, asimismo, ha tratado la identidad de género de su hijo/a/e como una patología, y no ha dado respuesta al motivo de su consulta (ver figura 95).

Figura 95

Distribución de la muestra de figuras parentales respecto a las actitudes no adecuadas del profesional de la psicología que atiende a su hijo/a/e por cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada



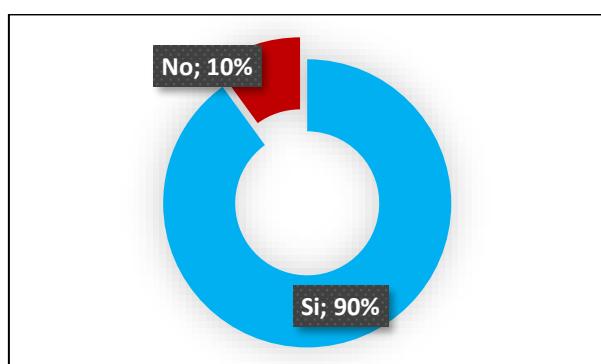
7.1.8. Variables relacionadas con la red de apoyo

a) Apoyo familiar

Respecto a la variable “*¿Cuentas con el apoyo de tu familia en relación a tu identidad de género sentida?*”, la mayoría de adolescentes trans 90% ($n = 45$), indica que sí tiene el apoyo de su familia. Sin embargo, un 10% ($n = 5$) manifiesta que no cuenta con dicho apoyo (ver figura 96)

Figura 96

Distribución de la muestra de adolescentes trans por contar con el apoyo de su familia



Se han cruzado las variables *Nivel académico Figura Parental 1 (madres)* y *Apoyo familiar*, revelando que la mayoría de adolescentes trans el 90% ($n = 45$) se han sentido apoyados por sus madres en relación a su identidad de género manifestada. Tal y como se muestra en la tabla 26, la mayoría de las madres que brindan apoyo a sus hijos/as/es tienen estudios secundarios (Ciclo Formativo de Grado Medio o Grado Superior) representando el 44% ($n = 22$). Le siguen las madres que cuentan con estudios universitarios con un 32% ($n = 16$) y las que tienen estudios primarios (hasta E.G.B) con un 12 % ($n = 6$).

En contraste, el mayor porcentaje de madres que menos apoyan a sus hijos/as/es cuentan con titulación universitaria 8% ($n = 4$), seguido de las que tienen estudios secundarios 2% ($n = 1$). Estos resultados pueden sugerir que la educación formal de las madres podría estar relacionada positivamente con un mayor apoyo y aceptación hacia la identidad de género de sus hijos/as/es adolescentes trans.

Tabla 26

Distribución de la muestra de adolescentes trans por Nivel académico FP1 (madres) y Apoyo Familiar (tabulación cruzada)

Nivel académico FP1 (madres)	Apoyo familiar				Total	
	Si (f)	Si (%)	No (f)	No (%)	(f)	(%)
Sin estudios	1	2%	0	0%	1	2%
E. Primarios (Hasta E.G.B.)	6	12%	0	0%	6	12%
E. Secundarios (Ciclo formativo G.M./ G.S.)	22	44%	1	2%	23	46%
E. Universitarios	16	32%	4	8%	20	40%
Total	45	90%	5	10%	50	100%

Igualmente, se han cruzado las variables *Nivel académico Figura Parental 2 (padres)* y *Apoyo familiar*. La mayoría de adolescentes el 90% ($n = 45$), manifiesta haberse sentido apoyados por sus padres en relación a su identidad de género sentida. La mayoría de padres que ofrecen apoyo a sus hijos/as/es tiene titulación universitaria, representando el 34% ($n = 16$). Seguidos por aquellos que cuentan con estudios secundarios (Ciclo Formativo de Grado Medio o Grado Superior) con un 32% ($n = 16$). Y en tercer lugar, el 20% ($n = 10$) tiene estudios primarios (hasta E.G.B).

No obstante, como se puede observar en la tabla 27, los resultados también reflejan que los padres con menor apoyo hacia sus hijos/as/es trans, son aquellos con titulación

universitaria, con un 4% ($n = 2$), así como aquellos que únicamente cuentan estudios primarios 4% ($n = 2$). Igualmente, del mismo modo que las madres, estos resultados pueden sugerir que la educación formal de los padres podría estar relacionada positivamente con un mayor apoyo y aceptación hacia la identidad de género de sus hijos/as/es.

Tabla 27

Distribución de la muestra de adolescentes trans por Nivel académico FP2 (padres) y Apoyo familiar (tabulación cruzada)

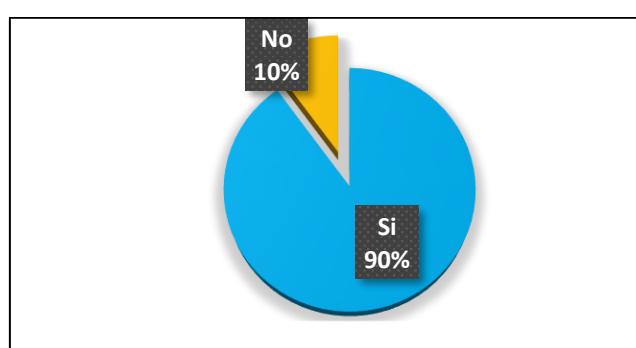
Nivel académico FP2 (padres)	Apoyo familiar					Total
	Si (f)	Si (%)	No (f)	No (%)	(f)	(%)
Sin estudios	2	4%	0	0%	2	4%
E. Primarios (Hasta E.G.B.)	10	20%	2	4%	12	24%
E. Secundarios (Ciclo formativo G.M./ G.S.)	16	32%	1	2%	17	34%
E. Universitarios	17	34%	2	4%	19	38%
Total	45	90%	5	10%	50	100%

b) Búsqueda de otros apoyos

En cuanto a la variable “*¿Has buscado otros apoyos, como conocer a otros adolescentes trans?*”, los resultados muestran que la gran mayoría de adolescentes trans, un 90% ($n = 45$), ha intentado conocer a otras personas trans. Tan sólo un 10% ($n = 5$) indica que no han buscado este tipo de apoyo (ver figura 97).

Figura 97

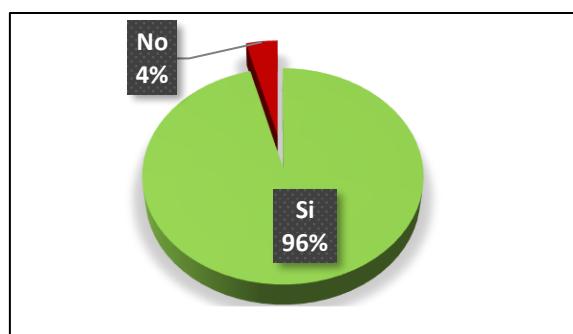
Distribución de la muestra de adolescentes trans por búsqueda de apoyo en otros adolescentes trans



Respecto a la variable “*¿Ha buscado apoyo en otras figuras parentales o familiares con hijos/as/es adolescentes trans?*”, prácticamente la totalidad de la muestra de figuras parentales, un 96% ($n = 96$), indica que sí lo ha hecho. Únicamente, el 4% ($n = 4$) de la muestra no ha realizado esta búsqueda (ver figura 98).

Figura 98

Distribución de la muestra de figuras parentales por búsqueda de apoyo en otras familias con hijos adolescentes trans

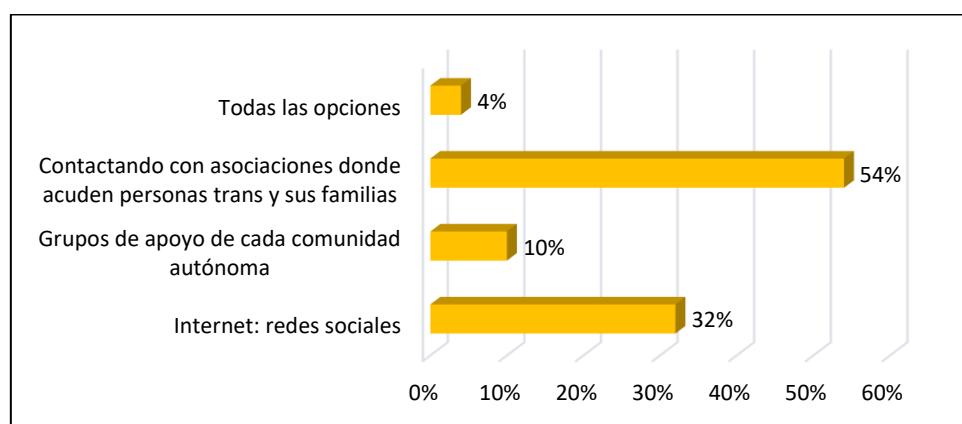


c) Método de búsqueda de otros apoyos

En cuanto al *método de búsqueda de otros apoyos en relación a la identidad de género manifestada*, la mayoría de adolescentes trans, un 54% ($n = 27$), manifiesta haber contactado con asociaciones donde acuden personas trans y sus familias. Seguido con un 32% ($n = 16$), de quienes han utilizado internet, incluyendo redes sociales para contactar con otras personas trans (ver figura 99).

Figura 99

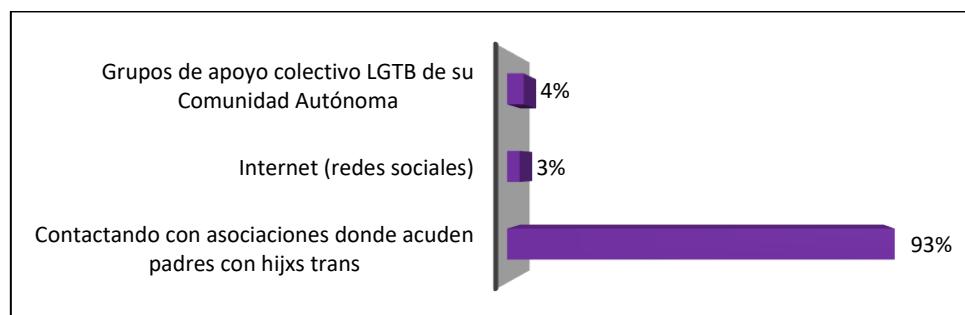
Distribución de la muestra de adolescentes trans por método de búsqueda de apoyos en relación a la identidad de género manifestada



En relación al *método de búsqueda de apoyo en otras familias con hijos/as/es adolescentes trans*, la gran mayoría de figuras parentales, el 93% ($n = 93$) indica que lo ha llevado a cabo contactando con asociaciones donde acuden otras familias con hijos/as/es trans, seguido con un 4% ($n = 4$) de quienes han realizado dicha búsqueda contactando con grupos de apoyo al colectivo LGTBI de la Comunidad Autónoma donde residen. Y el menor porcentaje, el 3% ($n = 3$) corresponde a quienes han buscado a otras familias con hijos/as/es trans a través de internet, mediante el uso de las redes sociales (ver figura 100).

Figura 100

Distribución de la muestra de figuras parentales por método de búsqueda de apoyo en otras familias con hijos/as/es adolescentes trans

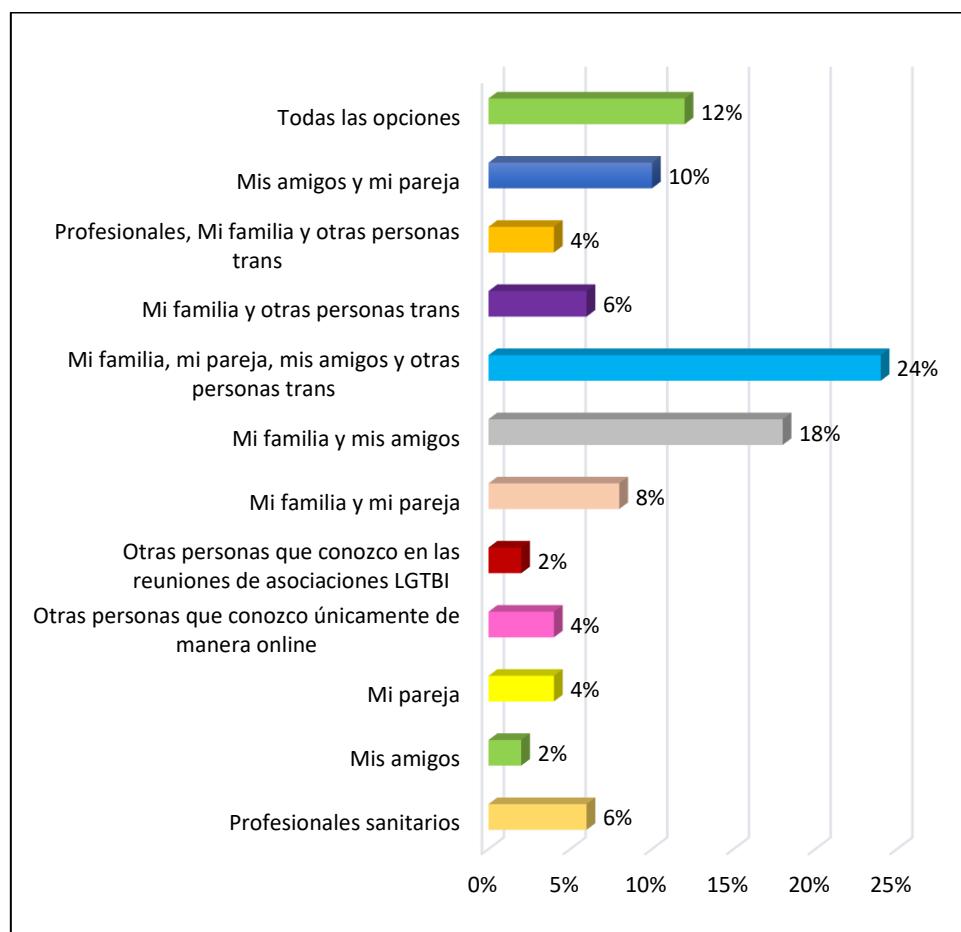


d) Mayores apoyos

Respecto a la pregunta “*¿Quiénes son tus mayores apoyos en relación a tu identidad de género sentida?*”, el mayor porcentaje de la muestra de adolescentes trans, un 24% ($n = 12$), indica que sus mayores apoyos son su familia, su pareja, sus amistades, así como, otras personas trans. Seguido por un 18% ($n = 9$), de quienes consideran que sus mayores apoyos provienen de su familia y amistades (ver figura 101).

Figura 101

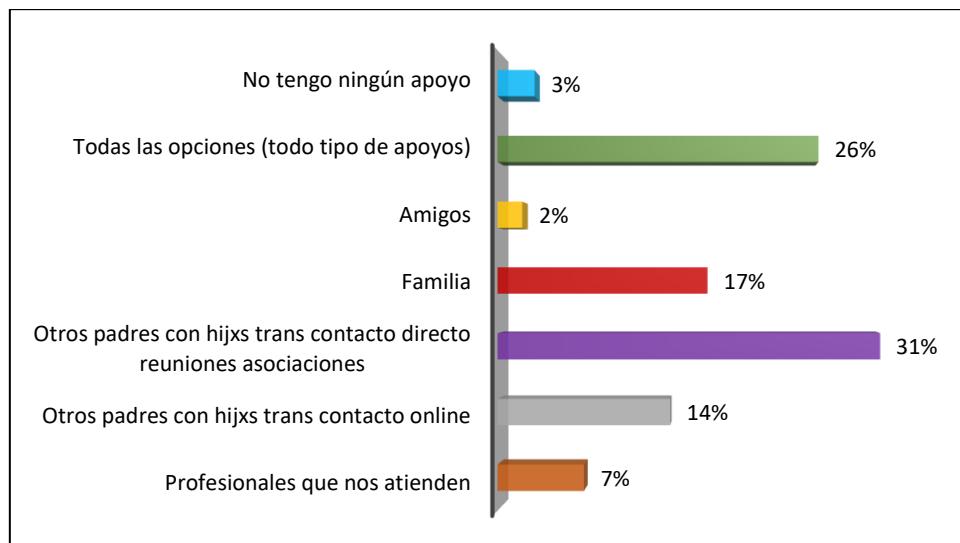
Distribución de la muestra de adolescentes trans por mayores apoyos en relación a la identidad de género sentida



Respecto a la pregunta, “*¿Quienes son sus mayores apoyos en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans?*”, la mayoría de figuras parentales, un 31% ($n = 31$), indica que sus mayores apoyos son otras familias con hijos/as/es trans con quienes tienen contacto directo en reuniones de asociaciones en apoyo del colectivo LGTBI. Seguido con un 26% ($n = 26$), de quienes han señalado todas las opciones, es decir, que sus mayores apoyos son profesionales que les atienden en relación a la identidad de género de su hijo/a/e, otras figuras parentales con hijos/as/es adolescentes trans con quienes tienen contacto a través de internet, su familia, sus amigos, así como otras figuras parentales con quienes establecen contacto directo en asociaciones donde acuden otras figuras parentales con hijos/as/es trans (ver figura 102).

Figura 102

Distribución de la muestra de figuras parentales por mayores apoyos en relación a la identidad de género de su hijo/a/e adolescente trans



CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente, existen pocos estudios de investigación que aborden las características del acompañamiento psicológico, por parte de profesionales de la psicología a adolescentes trans y sus figuras parentales. Por ello, el presente trabajo de investigación realizado para la obtención del título de doctorado, ha pretendido abordar específicamente este tema con el objetivo de identificar posibles acciones de mejora.

A continuación, se expondrán y discutirán los hallazgos más relevantes de este estudio, teniendo en cuenta los objetivos planteados, así como la confirmación o refutación de las hipótesis formuladas.

El primer objetivo de este estudio, trata de describir el perfil sociodemográfico de los participantes (adolescentes trans y figuras parentales). En cuanto al perfil sociodemográfico de la muestra de adolescentes trans, los hallazgos encontrados indican que se trata de una muestra heterogénea. La edad de los participantes de este trabajo de investigación abarca el rango de edad de 10 a 19 años, situándose el 70% de la muestra de adolescentes trans en una edad superior a los 15 años, siendo la edad media de 16,96 años.

En lo que respecta a la identidad de género, la muestra de adolescentes trans presenta una diversidad de género significativa, al identificarse hasta cuatro identidades de género distintas: chico (trans), chica (trans), género no binario y género fluido. Al cruzar las variables de edad e identidad de género, se observa que el porcentaje mayoritario corresponde a los chicos trans de 19 años.

En relación con la estructura convivencial, el porcentaje mayoritario de adolescentes trans convive con sus figuras parentales y hermanos/as. Y en cuanto al nivel educativo, la mayoría de adolescentes trans se encuentra cursando bachillerato, lo cual está en consonancia con la edad predominante de la muestra. Además, una amplia mayoría de participantes realiza sus estudios en un centro educativo de carácter público.

En lo que respecta al lugar de residencia, los datos obtenidos revelan una amplia dispersión geográfica de la muestra a lo largo del territorio español. Tal como se expuso en los resultados, se han realizado dos distribuciones: por Comunidades Autónomas y por Provincias. Esta doble perspectiva posibilita un análisis más específico y concreto de las áreas geográficas y facilita la identificación de posibles similitudes o divergencias

entre variables. Los resultados obtenidos indican que, el mayor porcentaje de la muestra de adolescentes trans de este estudio residen en la Comunidad Autónoma del País Vasco y en Andalucía, y los resultados por provincias nos muestran que serían mayoritariamente de Madrid y Guipúzcoa.

Por otro lado, los datos de esta investigación indican en relación al perfil sociodemográfico de figuras parentales, que es una muestra dispar. La edad de la muestra de figuras parentales se sitúa dentro de un amplio abanico etario que abarca desde los 31 a los 65 años, estando la mayoría de los participantes en el rango de 46 y 55 años compuesto principalmente por madres en un 55%.

Asimismo, respecto al estado civil, la mayoría de las figuras parentales participantes están casados/as. Y en relación al nivel educativo, se observa que la muestra presenta un alto nivel educativo, dado que la mayoría posee titulación universitaria. Además, el mayor porcentaje de la muestra de figuras parentales ejerce una profesión que requiere dicha titulación.

En cuanto al lugar de residencia, al igual que en la muestra de adolescentes trans, se observa una notable dispersión geográfica de las figuras parentales a lo largo del territorio español. En este caso, predominan las figuras residentes en la Comunidad de Madrid y la provincia de Madrid.

En relación con el segundo objetivo de esta investigación, los hallazgos evidencian una serie de demandas y necesidades que son comunes a ambas muestras participantes (adolescentes trans y sus figuras parentales) en lo que respecta al acompañamiento psicológico brindado por profesionales de la salud, específicamente en el abordaje de cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada.

Los resultados reflejan una notable homogeneidad en las respuestas emitidas por ambas muestras de participantes, tanto en los cuestionarios como en las entrevistas en profundidad. Estos hallazgos ponen de manifiesto la existencia de barreras en una atención sanitaria adecuada para la afirmación de género en la población adolescente trans. Entre sus principales demandas y necesidades destacan:

en primer lugar, que la mayoría de los participantes, tanto adolescentes trans (30%) como figuras parentales (35%) demandan profesionales sanitarios más capacitados, es decir, con mayor formación, tolerancia y experiencia en población adolescente con identidades de género no normativas. Respecto a ello, la muestra de figuras parentales

manifiesta la necesidad de la inclusión de formación específica en Diversidad Sexual y de Género en el Grado de Psicología (24%). Esto hace que sean los propios usuarios (adolescentes trans y sus familias) quienes informen a profesionales de la salud a cerca de los recursos disponibles para la afirmación de género y aclaren términos relacionados con la diversidad sexual y de género.

En segundo lugar, tanto la muestra de adolescentes trans (14%) como de figuras parentales (5%), demandan una mayor facilidad de acceso a los recursos sanitarios públicos para recibir acompañamiento psicológico, mediante sesiones menos espaciadas en el tiempo y de mayor duración a las actualmente existentes.

A su vez, estos hallazgos respaldan la *primera hipótesis* de esta investigación, al evidenciar que la mayoría de los participantes de ambas muestras (adolescentes trans y sus figuras parentales) recurren a profesionales de la psicología del ámbito privado para abordar cuestiones relacionadas con la identidad de género manifestada debido a la escasa formación específica en diversidad de género por parte de profesionales sanitarios del sector público, así como, extensas listas de espera y sesiones de psicoterapia de escasa duración. Esto conlleva un coste económico difícil de asumir por las familias, así como la búsqueda de profesionales que tengan conocimientos específicos o sean expertos en la atención a personas trans.

En tercer lugar, tanto la muestra de adolescentes trans (10%) como la muestra de figuras parentales (7%), demandan mayor apoyo psicológico tanto para figuras parentales, como para toda la familia (terapia familiar), que ayude a entender el proceso de transición de género.

En esta misma línea, investigaciones recientes a nivel nacional (de Castro et al., 2023; Fernández et al., 2018) señalan que el acompañamiento a las figuras parentales o tutores legales favorecería una toma de decisiones informada respecto al proceso de transición de género de sus hijos/as/es trans. Ya que entre las funciones de profesionales de la salud mental que trabajan con menores trans, es brindar orientación y apoyo a las familias, lo cual contribuye significativamente a reducir la ansiedad y las dificultades psicosociales.

En cuarto lugar, tanto adolescentes trans (8%) como la muestra de figuras parentales (3%) demandan la despatologización de la transexualidad en el ámbito sanitario, es

decir, no tratar a las personas con identidades de género no normativas como si tuvieran una enfermedad mental, cuestionando la identidad de género de menores trans.

En línea con estos hallazgos, diversos autores tanto a nivel nacional como internacional, han focalizado sus investigaciones en abordar la atención sanitaria en población trans, evidenciando que las personas trans demandan, principalmente, una reducción en los tiempos de espera dentro del sistema sanitario público, con el fin de evitar la necesidad de acudir a servicios privados para acceder a tratamientos de afirmación de género. Asimismo, destacan la necesidad de contar con profesionales de la salud debidamente cualificados, es decir, con formación específica en diversidad sexual y de género, y que adopten un enfoque despatologizante en relación con las personas con identidades trans (Belza et al., 2024; Bermúdez et al., 2024; Gómez et al., 2020; Gridley et al., 2016; Mikulak et al., 2021; Rider et al., 2018; Safer et al., 2016).

Como se observa en este estudio, las personas participantes demandan un modelo sanitario que contemple la afirmación del género y promueva la despatologización de la transexualidad. La consideración de la diversidad de género como una patología tiene un impacto negativo en la salud de las personas con identidades y expresiones de género no normativas. Con ello, se refuerzan estigmas y se mantienen barreras sociales y de acceso sanitario para la afirmación del género en personas trans. La lucha por la despatologización de la transexualidad, constituye una reivindicación del principio de autodeterminación de género, un reclamo histórico del movimiento trans que representa un avance en los derechos humanos, al permitir que las personas definan su identidad sin necesidad de validación externa.

En España, *la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*, permitió a las personas trans cambiar su nombre y sexo en documentos oficiales sin necesidad de cirugía. Más recientemente, la *Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI* conocida como Ley Trans, ha logrado avances significativos en la promoción de la igualdad y la protección de los derechos de las personas trans, abordando aspectos clave como la discriminación en los ámbitos laboral, educativo y sanitario. Estos avances han permitido un mayor reconocimiento legal y social de la identidad de género, y han establecido mecanismos para garantizar la inclusión y el acceso a derechos fundamentales como la salud, la

educación y el empleo. Sin embargo, a pesar de estos logros, persisten grandes retos y desafíos por superar.

Al clasificar la diversidad de género como una patología y no como una cuestión de diversidad humana, los resultados de las personas participantes, demandan la exclusión definitiva de diversidad de género de las taxonomías diagnósticas DSM y CIE.

En relación a ello, en los años últimos se han realizado esfuerzos por visibilizar y despatologizar las identidades trans, lo que ha llevado a la revisión de ambos sistemas de clasificación (APA, 2014; OMS, 2018). Paralelamente, se ha registrado un aumento considerable en la literatura científica dedicada a analizar esta cuestión, lo que pone de manifiesto un creciente interés y una preocupación por las necesidades, retos y obstáculos que presenta esta población en el ámbito sanitario. Este fenómeno refleja no solo un avance en el reconocimiento de los problemas específicos que aquejan las personas trans, sino también una mayor disposición para abordar de manera integral los desafíos en términos de acceso a servicios, calidad del tratamiento y adaptación de las políticas (Bergero et al., 2010; Gil et al., 2017; Gasch et al., 2021; Mas, 2017; Suess, 2020).

Para concluir, en relación a este segundo objetivo acerca de las demandas y necesidades en el acompañamiento psicológico a adolescentes trans y sus familias , al igual que los investigadores Mikulak et al., (2021), se han identificado áreas clave que dificultan una atención asistencial de calidad en adolescentes trans y sus familias, entre las que se encuentran principalmente: carencias en la formación de profesionales sanitarios sobre salud en infancias y adolescencias con diversidad sexual y de género (área educativa); largas lista de espera y escasas unidades o centros especializados en identidades de género trans en población infantil y adolescente (área estructural y recursos), así como, actitudes desfavorables hacia las personas trans (área cultural y social).

En relación al tercer objetivo planteado en esta investigación, que consiste en analizar las actitudes percibidas por adolescentes trans y figuras parentales durante la atención por profesionales de la psicología en relación a la identidad de género, los hallazgos encontrados indican que prácticamente la totalidad de participantes (adolescentes trans y figuras), han percibido actitudes favorables por parte de dichos profesionales, ya que se han sentido escuchados/as/es, comprendidos/as/es respetados/as/es, han sabido

informarles de los recursos sanitarios para la afirmación del género y han sabido dar respuesta a su demanda.

Los resultados obtenidos son congruentes y en la línea de los hallazgos de los investigadores Fernández et al. (2018) y Gordo et al. (2018), quienes sostienen que la mayoría de adolescentes trans y sus figuras parentales incluidas en sus respectivas muestras, reportaron niveles elevados de satisfacción con la atención proporcionada por profesionales de la psicología en el marco de intervenciones relacionadas con la identidad de género. Estos estudios destacan que una intervención psicológica debidamente estructurada, caracterizada por el respeto a la identidad autopercibida, la escucha activa y la validación emocional, no solo optimiza el proceso de transición en adolescentes trans, sino que también incide de manera positiva en su bienestar general y calidad de vida.

Respecto al cuarto objetivo de este estudio, los hallazgos obtenidos evidencian que tanto la población trans como sus figuras parentales se encuentran expuestas a una serie de factores de riesgo en el entorno, que pueden afectar negativamente a su bienestar y su salud mental. Se han detectado principalmente los siguientes:

Transfobia y salud mental. Existe una proporción muy significativa de adolescentes trans (70%) que recibe sesiones de psicoterapia debido a sintomatología asociada a problemas de salud mental, los cuales incluyen principalmente síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, así como experiencias de acoso escolar (*bullying*).

Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos en diversas investigaciones tanto a nivel nacional como internacional, que reportan un riesgo significativamente elevado (hasta cinco veces mayor) en la población adolescente trans, en comparación con sus pares cisgénero, de desarrollar problemas de salud mental. En muchos de los casos, estos trastornos se originan como consecuencia directa de factores psicosociales adversos tales como: la discriminación, la estigmatización, el acoso y el rechazo que experimentan los jóvenes trans en sus diversos contextos vitales, incluyendo el familiar, escolar y social (Chodzen et al., 2018; Kingsbury et al. 2022; Modrego et al. 2021; Reisner et al. 2015),

Experimentar *miedos asociados a la identidad de género sentida*. Es sumamente importante destacar el hecho de que una amplia mayoría de adolescentes trans (82%), afirman haber experimentado temor al identificarse como personas trans, destacando diferentes miedos asociados a la identidad de género sentida como: el temor a la

reacción de la sociedad y del entorno más cercano (familia, pareja y amistades), preocupación por su futuro (como encontrar un trabajo o pareja) y el temor relacionado con los riesgos para la salud asociados a los tratamientos médicos para la afirmación de género.

De manera paralela, los resultados obtenidos indican que casi la totalidad de la muestra de figuras parentales (94%), experimentaron miedo al conocer que su hijo/a/e era una persona trans. Al igual que la muestra de adolescentes trans, las figuras parentales expresan una variedad de miedos e incertidumbres, destacándose principalmente miedo a la reacción de la sociedad y la preocupación sobre el futuro de sus hijos/as/es adolescentes trans.

En línea con estos resultados, diversas investigaciones han abordado las experiencias y necesidades de las familias de jóvenes trans. A nivel nacional los investigadores de Castro et al. (2023), exploraron las vivencias relacionadas con la transición de género de menores trans desde la perspectiva familiar en Tenerife. Entre sus principales hallazgos, identificaron que la mayoría de las familias participantes manifestaron haber sentido miedo al conocer la identidad de género de sus hijos/as/es, centrando sus preocupaciones en el estigma social, el temor a equivocarse y la incertidumbre respecto al futuro de su hijos/as/es trans. En el ámbito internacional, la investigación de Pullen et al. (2022), realizada en Canadá, analizó los desafíos que afrontan las figuras parentales de jóvenes trans, destacando preocupaciones similares, como son el miedo al rechazo, la transfobia social y la violencia que puedan sufrir sus hijos/as/es trans. Estos estudios coinciden en señalar que las principales fuentes de preocupación y estrés para las familias no provienen del entorno familiar, sino del contexto social más amplio, lo que pone de manifiesto la existencia de una discriminación sistémica que afecta tanto a adolescentes trans como a sus familias.

Inhibir la expresión de la identidad de género sentida. Los miedos e incertidumbres respecto a la autodefinición como persona trans, obstaculizan la capacidad de la población adolescente trans para expresar abiertamente su identidad de género. En relación a ello, los hallazgos obtenidos en este estudio revelan que más de la mitad de la muestra de adolescentes trans, un 54%, informa haber postergado su transición de género. Y entre los motivos principales para ello, se encuentran el temor al rechazo por parte del entorno más cercano (familia, amigos y pareja) y el miedo a la reacción social (transfobia).

Reacción del entorno al expresar la identidad de género sentida. Por un lado, los resultados obtenidos reflejan, que las reacciones observadas en las figuras parentales al conocer que sus hijos/as/es se identifican como personas trans, han sido variadas entre las que se encuentran: la sorpresa, la negación y la aceptación.

Por otro lado, los resultados obtenidos en relación a la reacción del centro escolar indican que, aunque una amplia mayoría de los participantes no experimentó impedimentos al manifestar su identidad de género, un porcentaje significativo de adolescentes trans, el 34%, si experimentó dificultades en el ámbito educativo. Entre los principales obstáculos encontraron: la negativa del profesorado a utilizar el nombre y pronombres acorde a su identidad de género; restricciones en el acceso a aseos y en la participación en deportes basadas en la asignación de sexo, sin tener en cuenta su identidad de género; además de haber sufrido *bullying* por parte de sus compañeros, manifestado en diversas formas de acoso psicológico, violencia física, verbal y sexual.

En esta misma línea, diversos estudios indican que la población trans es especialmente vulnerable a sufrir *bullying*, tanto por parte del profesorado como del alumnado, y entre las principales causas se encuentran: la escasa información y comprensión sobre la diversidad sexual y de género, así como, la presencia de actitudes tránsfobas, las cuales se manifiestan a través de diferentes formas de acoso escolar. Esta forma de violencia diaria se traduce en la manifestación de síntomas como ansiedad, depresión, autolesiones e ideación suicida, pudiendo, en casos extremos, culminar en situaciones de máxima gravedad, como el suicidio (Bower et al., 2021; Day et al., 2018; McBride et al., 2021; Peng et al., 2019; Sánchez & Etopa, 2021). Lo que subraya la necesidad urgente de implementar políticas educativas inclusivas y de apoyo emocional especializadas, con el fin de prevenir y mitigar las consecuencias del acoso escolar, promoviendo un entorno seguro y respetuoso especialmente en población infantil y adolescente de minorías sexuales y de género diverso.

Apoyo percibido respecto a la identidad de género sentida. Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, reflejan que prácticamente la totalidad de la muestra de adolescentes trans (90%), ha contado con el apoyo de su familia respecto a su identidad de género manifestada. Además, el mismo porcentaje, ha manifestado la búsqueda de otros apoyos, como contactar con otras personas trans. Respecto a este hecho, nos preguntamos ¿por qué la mayoría de la muestra de adolescentes trans, a pesar de contar con el respaldo de su familia, ha buscado otros apoyos como conocer a otras

personas trans?. En este sentido, podemos destacar que entre los principales motivos se encuentran la necesidad de obtener información y respuestas sobre el proceso de afirmación de género, así como, el deseo de conocer las experiencias personales de otras personas trans en sus respectivos contextos de vida. La interacción con personas que han vivido situaciones similares, les proporciona un sentido de pertenencia y valida su propia experiencia.

Además, los hallazgos encontrados en este estudio muestran que las principales fuentes de apoyo de adolescentes trans provienen de su entorno más cercano, incluyendo la familia, la pareja, las amistades, profesionales de referencia y otras personas trans. Igualmente, la mayoría de figuras parentales indica que sus mayores apoyos han sido otras familias con hijos/as/es trans con quienes han tenido contacto directo en reuniones de asociaciones que buscan el apoyo al colectivo LGTBI. En esta misma línea los investigadores de Castro et al. (2023), detectaron la necesidad de referentes transpositivos entre las familias de jóvenes trans. Compartir las realidades de su propia vivencia facilitaba la posibilidad de imaginar un futuro esperanzador, además de convertirse en un pilar fundamental para generar vínculos y redes de apoyo.

Estos resultados respaldan la *segunda hipótesis* de este estudio de investigación, ya que los datos obtenidos muestran que, en términos generales, son las madres con estudios secundarios (Ciclo Formativo de Grado Medio o Grado Superior) y los padres con formación universitaria quienes brindan un mayor nivel de apoyo a sus hijos/as/es trans. Este fenómeno puede estar relacionado con que el acceso a una educación más amplia de figuras parentales, pueda favorecer una mayor comprensión y aceptación de la diversidad de género, y se refleje en una mayor capacidad para brindar apoyo adecuado.

El quinto objetivo de este estudio, trata de analizar la relación existente entre recibir acompañamiento psicológico durante la transición de género y los posibles beneficios en la salud mental. Por un lado, los hallazgos obtenidos indican que una amplia mayoría de adolescentes trans de la muestra (64%), considera el acompañamiento psicológico durante el proceso de transición de género un factor con impacto positivo en su salud mental. Asimismo, la mayoría de adolescentes trans (28%), señala que dicho proceso constituye una experiencia compleja, en el que la persona se puede sentir sola y perdida. En este sentido, destacan la importancia de contar con apoyo psicoterapéutico por parte de profesionales debidamente formados y con experiencia en el trabajo con

identidades trans, que puedan brindar un acompañamiento especializado a lo largo del proceso de transición.

Por otro lado, la mayoría de figuras parentales (58%), también consideran beneficioso el acompañamiento durante la transición de género. Y mayoritariamente, el 9% de la muestra indica que es beneficioso, para dotar de herramientas psicológicas y afrontar el rechazo del entorno más cercano (familia, pareja, amigos). Además, el 8% de las figuras parentales, manifiesta que el acompañamiento psicológico debe de ser una decisión autónoma de la persona trans, es decir, un proceso en el cual la persona ejerza su derecho a recibir acompañamiento psicológico si lo considera necesario para su bienestar psicológico y emocional. Esto refleja una postura por parte de las figuras parentales, en la que la intervención psicológica se entiende como un recurso opcional, accesible por parte de la persona trans en el marco de su propio proceso de afirmación de identidad y no como una imposición en el proceso de afirmación de género. Esta postura se alinea con los principios de la autonomía y la autodeterminación en la atención sanitaria y psicológica, conceptos fundamentales.

Entre los principales beneficios psicológicos del acompañamiento psicológico en el proceso de transición de género, destaca que contar con el apoyo psicológico de un profesional formado y con experiencia en identidades trans es muy importante, ya que brinda el respaldo emocional necesario para afrontar los retos internos y sociales asociados con la transición de género. Este acompañamiento permite a la persona trans gestionar las emociones complejas, reducir el riesgo de sufrimiento psicológico y mejorar su bienestar general, facilitando una mejor adaptación tanto personal como social durante el proceso. En la línea de los hallazgos de este estudio, los investigadores Budge et al. (2013), sostienen que el acompañamiento psicológico durante la transición de género debe realizarse por profesionales cualificados, ya que según estos autores, este apoyo contribuye a mejorar la salud mental de las personas trans, disminuyendo los síntomas de ansiedad y depresión, así como las estrategias de afrontamiento evitativo durante el proceso de transición de género.

Por último, los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, confirman la tercera *hipótesis* planteada, ya que los hallazgos encontrados reflejan que prácticamente la totalidad de los participantes, tanto adolescentes trans (94%) como figuras parentales (96%), comparten la opinión de que la detección e intervención tempranas en el proceso de afirmación de género en la población adolescente trans

reporta beneficios sobre su salud. Entre las razones principales que han manifestado ambas muestras, se encuentran: la importancia de iniciar cuanto antes, los procesos para la afirmación del género a través de tratamientos farmacológicos, mediante bloqueadores hormonales, con la finalidad de retrasar el desarrollo corporal y evitar la necesidad de tratamientos hormonales y/o quirúrgicos futuros. Además, otro factor relevante, es el deseo de alcanzar el bienestar emocional y prevenir trastornos psicológicos derivados de la no expresión de la identidad de género sentida.

Este estudio ha permitido un análisis integral acerca de la situación actual, en el acompañamiento psicológico dirigido a adolescentes trans y sus figuras parentales en el ámbito de la salud. Lo que contribuye a la comprensión de sus necesidades específicas y a los desafíos a los que se presentan en su proceso de acompañamiento. Los resultados obtenidos refuerzan la importancia de formación especializada en diversidad sexual y de género, concretamente en población infantil y adolescente, para aquellos profesionales sanitarios que trabajan con jóvenes trans.

Asimismo, este estudio de investigación muestra que los jóvenes trans atraviesan una serie de dificultades únicas relacionadas con su identidad de género, como la ansiedad, la depresión, el rechazo social y la discriminación. Estos factores pueden tener un impacto significativo en su salud mental y emocional, y el acompañamiento psicológico adecuado se convierte en una herramienta fundamental para ayudarlos a gestionar estos desafíos. Por esta razón, es esencial que el acompañamiento psicológico no solo se enfoque en adolescentes trans, sino que también ofrezca orientación y educación a las familias, para ayudarles a comprender mejor las necesidades de sus hijos/as/es trans. Así como, para atender las necesidades psicológicas y emocionales que demandan las figuras parentales o tutores legales por cuestiones relacionadas con la afirmación del género de sus hijos/as/es trans.

Para concluir, este estudio ha demostrado que, a pesar de algunos avances sociales en la sensibilización y la aceptación de las personas con expresiones e identidades de género no normativas, persisten áreas de mejora en el ámbito sanitario, educativo y legislativo, que deben abordarse para garantizar un apoyo psicológico efectivo, sin prejuicios hacia las personas trans, concretamente, hacia la población infantil y adolescente que desde temprana edad manifiesta incongruencia de género.

LIMITACIONES

Como limitaciones de la presente investigación, exponemos que se trata de un estudio con una muestra limitada, lo que dificulta la generalización de sus hallazgos. La muestra de adolescentes trans, cuya participación se vio restringida por la especificidad de la población estudiada, tanto por su identidad de género como por su edad, generó dificultades para la inclusión de un número más amplio de casos en el estudio.

Además, se ha considerado pertinente contar con la participación de figuras parentales para complementar la información sobre la experiencia vivida por adolescentes trans, ya que la perspectiva de las figuras parentales es fundamental para comprender el proceso de afirmación de género de los jóvenes. Sin embargo, la participación de los familiares también supuso una limitación, debido a sus experiencias pasadas en otros estudios o trabajos de investigación. Manifestando inseguridad respecto al tratamiento de los posibles datos obtenidos y su posterior divulgación.

Otra de las limitaciones de este estudio radica en las dificultades inherentes al abordaje del tema central de investigación “*acciones de mejora en el acompañamiento psicológico a adolescentes trans*”, ya que a pesar de la creciente literatura científica que aborda las necesidades y desafíos en el ámbito de la salud mental de las personas trans, y del reconocimiento progresivo de la importancia de considerar la perspectiva familiar en los procesos de afirmación de género de los jóvenes siguen existiendo, como ha podido corroborar la doctoranda de este trabajo de investigación, barreras en la publicación de investigaciones relevantes en revistas científicas de alto impacto.

También, una de las dificultades más notorias, es la falta de consenso en torno a la identidad de género de adolescentes trans desde un enfoque psicológico. A pesar de que se han realizado avances significativos en la inclusión de perspectivas afirmativas de género, y en el cuestionamiento de la patologización de las identidades trans, el enfoque despatologizador que plantea que la identidad de género trans no debe ser vista como un trastorno, sigue enfrentando posturas en círculos académicos y profesionales.

PROPUESTAS DE FUTURO

Este estudio pretende ofrecer propuestas orientadas a la acción, para que las políticas públicas de salud y los programas de formación para profesionales sanitarios y no sanitarios, se enfoquen de manera más inclusiva y específica en la población adolescente trans.

Esto debería incluir el establecimiento de protocolos estandarizados en la atención psicológica dirigidos a población infantil y adolescente trans. También, el desarrollo de programas educativos de sensibilización a profesionales de la salud, y la creación de espacios que proporcionen seguridad a los jóvenes trans y sus familias, evitando sentirse incómodos o juzgados. Además, es fundamental formación sobre diversidad de género no solo centrada en la conceptualización teórica, sino también en el abordaje de herramientas prácticas que proporcionen a profesionales una mejor calidad asistencial a las personas trans, con una mayor empatía y respeto.

Es fundamental que futuras investigaciones sigan explorando las experiencias de la población adolescente trans y de sus familias en el ámbito de la salud, con el objetivo de continuar mejorando la intervención profesional y garantizar un acompañamiento integral acorde a las necesidades reales que demanda dicha población.

Se sugiere la realización de estudios longitudinales que permitan analizar los efectos a largo plazo de un acompañamiento psicológico adecuado, así como la comparación de los recursos sanitarios, educativos y legislativos disponibles para la población adolescente trans en las distintas regiones de España.

Para finalizar, decir que las palabras forjan nuestros relatos, dan sentido a lo que vivimos y por ello, me gustaría cerrar este trabajo de investigación con una frase dedicada a todas aquellas personas que con gran valentía lucharon y luchan a diario por ser ellas mismas, a pesar de sus circunstancias personales, el entorno que les rodea o sus propias creencias limitantes:

“Una es más auténtica cuanto más se parece a lo que ha soñado de sí misma.”

Agrado (Antonia San Juan) – Película de Pedro Almodóvar “Todo sobre mi madre” (1999)

REFERENCIAS

- Abraham F. (1931). Genitalumwandlung an zwei maenlichen Transvestikem Z. *Sexualwiss*, 18, pp. 223-226
- Acevedo Tarazona, A. (2001) Revista Médica de Risaralda, 7(1), pp. 43 -46
- Aguilar García, T. (2008). El sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Revue de Civilisation Contemporaine de l'Université de Bretagne Occidentale*. Num 8
- Aguíñiga, C., y Sebastián, J. (1987). Entrevista a Sandra Bem. *Estudios de Psicología*, Nº 32, pp. 3-12
- Alonso, J. R. (julio de 2015). «El cerebro de la sufragista». [Editorial] Jot Down. <https://www.jotdown.es/2015/07/el-cerebro-de-la-sufragista/>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) (Derechos Humanos de las Naciones Unidas). (2013). Orientación Sexual e Identidad de Género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Pp. 1-6. Recuperado de: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/orientaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>
- Álvarez Suárez, L., (2020). Patologización e invisibilización de la identidad de género en España: ¿qué debemos aprender de la legislación argentina?. *Opinión Jurídica*, 19(39), 85-109. Recuperado de <https://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/3543/3097>
- Alston, P., Anmeghichean, M., Cabral, M., Cameron, E., Onufer Corrêa, S., Ertürk, Y., Evatt, E., Hunt, P., Jahangir, A., Kiai, M. et al. (2007). 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. Recuperado de: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
- American Psychiatric Association [APA]. (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (3^a edición). Washington, DC: APA (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1984).
- American Psychiatric Association [APA]. (1987). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (3^a edición revisada). Washington, DC: APA (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (4^a edición). Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1998).

American Psychiatric Association [APA] (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (4^a edición revisada). Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).

American Psychological Association [APA]. (2003) as amendments (2010). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Recuperado de: <https://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

American Psychiatric Association [APA]. (2010). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5^a edición). Development, 2010. Recuperado de <http://dsm5.org>

American Psychological Association [APA]. (2011). Respuestas a sus preguntas: Sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/brochure-personas-trans.pdf>

American Psychological Association [APA]. (2013a). Orientación sexual e identidad de género. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/sexual>

American Psychological Association [APA]. (2013b). Las personas trans y la identidad de género. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/transgenero>

American Psychiatric Association [APA]. (2014). Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™

American Psychological Association [APA]. (2015). Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. American Psychologist. Vol. 70, núm. 9, pp. 832–864. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>

Amigo Ventureira, A.M. (12 – 15 de junio de 2018). Historia de lo trans. VI Encontro da Mocidade Investigadora en Artes e Humanidades, Ciencias Sociais e Xurídicas. [Conferencia]. Universidade da Coruña. DOI:10.13140/RG.2.2.13379.91689/1

Amigo Ventureira, A. M. (2019). Un recorrido por la historia trans*: desde el ámbito biomédico al movimiento activista-social. *Cadernos Pagu*, (57), pp. 1 - 26 <https://doi.org/10.1590/18094449201900570001>

Arcelus, J., Bouman, W.P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G. & Fernández-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 30(6), 807-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>

Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G.L., Marshall, E. & Bouman, W.P. (2016). Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury Among Trans Youth. *The Journal of Sexual Medicine*. 13(3), pp. 402-12. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.003. PMID: 26944465

Arco, R. (13 de abril de 2019). Transhistorias / Entrevista con Nova Bastante y Óscar de la Hoz [Editorial]. larevistadiversa.blogspot.com. <http://larevistadiversa.blogspot.com/2019/04/transhistorias-entrevista-con-nova.html>

Asenjo Araque, N., Portabales Barreiro, L., Rodríguez Molina, J.M., Lucio Pérez, M. J. y Becerra Fernández A. (2013). Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Clínica Contemporánea*, Vol. 4, n° 2, pp.161-170. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2013a13>

Atienza Macías, E. y Armaza Armaza, E. J. (2014). La transexualidad: aspectos jurídico-sanitarios en el ordenamiento español. *Salud Colectiva*, 10 (3), pp. 365 - 367

Aznar J. (2016). Causas de la transexualidad. ¿Existe un gen de transexualidad?. *Observatorio de Bioética*. Recuperado de: <https://www.observatoriobioetica.org>
Báez, M. (2015). La transexualidad desde la mirada de la sociología del cuerpo. *Salus*, Vol. 19, pp. 34-40. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382015000400007&lng=es&tlng=es

Bao, A.M. & Swaab, D. F. (2011). Sexual differentiation of the brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology* 32 (2), pp. 214-226

(del) Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 30, núm 2-3, pp. 81-90

(de) Beauvoir, Simone (1949). El segundo sexo: Los hechos y los mitos. Argentina, Buenos Aires: Siglo XX

Becerra Fernández, A., Lucio Pérez, M.J., Rodríguez Molina, J.M., Asenjo Araque, N., Pérez López, G., Frenzi Rabito, M. y Menacho Román, M. (2010). Transexualidad y adolescencia. *Revista Internacional de Andrología*, 8 (4), pp. 165 – 171

Becerra Fernández, A., Rodríguez Molina, J.M., Asenjo Araque, N., Lucio Pérez, M.J., Cuchí Alfaro, M., García Camba, E., Pérez López, G., Menacho Román, M., Berrocal Sertucha, M.C., Ly Pen, D. & Aguilar Vilas, M.V. (2017). Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 46, pp. 1307–1312. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0955-z>

Becker, I., Nieder, T.O., Cerwenka, S., Briken, P., Kreukels, B.P., Cohen-Kettenis, P.T., Cuypere, G., Haraldsen, I.R., Richter-Appelt, H. (2016). Body Image in Young Gender Dysphoric Adults: A European Multi-Center Study. *Archives of Sexual Behavior*. 45(3), pp. 559-74. doi: 10.1007/s10508-015-0527-z

Becker I., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V. & Schulte-Markwort, M. (2017). Prevalence of Adolescent Gender Experiences and Gender Expression in Germany. *The Journal of Adolescent Health* 61(1), pp. 83 - 90

Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T.O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T. & Richter-Appelt, H. (2018). A Cross-Sectional Multicenter Study of Multidimensional Body Image in Adolescents and Adults with Gender Dysphoria Before and After Transition-Related Medical Interventions. *Archives of Sexual Behavior*. 47(8), pp. 2335-2347. doi: 10.1007/s10508-018-1278-4

(de) Bellis, M.D., Baum, A.S., Birmaher, B., Keshavan, M.S., Eccard, C.H., Boring, A.M., Jenkins, F.J & Ryan, N.D. (1999a). Developmental traumatology. Part I: biological stress systems. *Biol Psychiatry*. ;45(10), pp. 1259–70

(de) Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM, Jenkins, F.J & Ryan, N.D. (1999b). Developmental traumatology. Part II: brain development. *Biol Psychiatry*, 45(10), pp.1271 – 84

Beltrán, A., Bonilla, A. y Bataller, V. (2015). Sexualidad y salud sexual en la construcción de las identidades de género y la orientación del deseo sexual en adolescentes. [Tesis doctoral]. Universitat de València (España)

Belza, M.J., González, P., Moreno, S., Donat, M., Iglesias, A., Guerras, J.M., Granda, E., Palma, D., Barba, R. (2024). Transaludes: salud en personas trans y/o no binarias en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Informe_Transaludes_2024.pdf

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, pp.155-162

Bem, S. L. (1975a). Androgyny and mental health. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Chicago.

Bem, S. L. (1975b). Sex-role adaptability: one consequence of psychological androgyny». *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, pp. 634 - 643

Benjamin, H. (1953). Travestim and transsexualism. *International. Journal of Sexology*, 7, 12-13

Benjamin H. (1966). The transsexual phenomenon. New York: The Julian Press Publishers

Bercovich, S. (2010). Los nuevos modos de estar juntos. Una propuesta Queer. En Peña, Edith y Hernández, Lilia. (Eds.). *Iguales pero diferentes: diversidad sexual en contexto. Memorias de la VII Semana Cultural de la Diversidad Sexual*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia

Bergero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Ansio, F., Esteva de Antonio, I., Ortega Aguilar, M. V., Gómez Banovio, M. y Gorneman Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 89, pp. 2827 – 2838

Bergero Miguel, T., Asiaín Vierge, S. y Cano-Caballero Gálvez, M.D. (2010). ¿Hacia la despatologización de la transexualidad?. Apuntes desde una lógica difusa. *Norte de salud mental*, vol. VIII, nº 38, pp. 56-64

Bermúdez Pozuelo, L., Sordo del Castillo, L., Belza Egoscue, M.J., Triviño Caballero, R. (2024). Asistencia sanitaria a personas trans en Atención Primaria. *Medicina Clínica* 163 pp. 253-259. doi: 10.1016/j.medcli.2024.01.049

Bonifacio, J. H., Maser, C., Stadelman, K., & Palmert, M. (2019). Management of gender dysphoria in adolescents in primary care. *CMAJ.* 191 (3). DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.180672>

Borraz, M. (12 de enero de 2019). Miquel Missé: "No hay nada biológico en ser trans, como no hay nada biológico en ser hombre o mujer" [Editorial]. *elDiario.es*.https://www.eldiario.es/sociedad/problema-discurso-hegemonico-diciendo-biologico-miquel-misse_128_1754713.html

Bower, S., Zadeh, S. & Jadva, V. (2021). Binary-trans, non-binary and gender-questioning adolescents' experiences in UK schools. *Journal of LGBT Youth*, 20(1), 74-92, <https://doi.org/10.1080/19361653.2021.1873215>

Budge, S.L., Adelson, J.L., Howard, K.A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81 (3):545-57. doi: 10.1037/a0031774

Burges, L. (2006). Diferencias mentales entre los sexos: innato versus adquirido bajo un enfoque evolutivo. *Ludus Vitalis*, vol. XIV, num. 25, 2006, pp. 43-73

Bustos Moreno, Y.B. (2008). La Transexualidad, de acuerdo a la Ley 3/2007, de 15 de marzo: El tratamiento de la transexualidad desde el punto de vista médico. *vLex España. Información Jurídica Inteligente*. pp. 37-110

Butler, J. (1990). Variaciones sobre sexo y género, España, Ediciones Alfons el Magnànim.

Butler, J. (2007). El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Traducción: Muñoz, Mª A. Editorial Paidós. Barcelona

Caballero Moreno, A. J. (2011). Emil Kraepelin. Su papel en la construcción de la psiquiatría moderna. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, Vol. 8(2)

Campmany, A. (8 de marzo de 2021). El cerebro no tiene género. [Editorial]. LA VANGUARDIA. <https://www.lavanguardia.com/lv/monograficos/8-m-2021/interior4.html>

Cano Abadía, M. (2012). Intersexualidad: una mirada feminista. *Feminismo/s.* Nº 19. pp. 67 - 87

Caplan, P. J. & Caplan, Jerry. (1994). Thinking Critically About Research on Sex and Gender. HarperCollins, New York

Carver, P.R., Yunger, J.L. y Perry, D. G. (2003). Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles*, Vol 49, Nº 3/4. Citado en: García Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología*. Vol. 7. Pp. 71-81

Castilla Peón, M.F. (2018). Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. [Medical management of transgender children and adolescents]. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*;75(1). Pp.7-14. doi: 10.24875/BMHIM.M18000003

(de) Castro, M.E., Lorenzo, N.D., García, J.M., Díez, O., Rodríguez, N., Pérez, A., Perdomo, A.M., Castro, J. (2023). Beneficios de la transición social temprana en menores transgénero. Perspectivas de familias: estudio cualitativo. *Revista Española de Salud Pública*. 27; 97, PMC10541254

Chárriez Cordero, M. (2013). La transexualidad: ¿construcción de una identidad?. *Revista Griot*, Vol. 6, Número. 1, pp. 18 – 28

Chew, D., Tolli,t M.A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A.S. & Pang, K.C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: a review of their sociodemographic and clinical profile. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 4(4), pp. 322-330. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30403-1

Chiland, C., Cambiar de sexo, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1999

Chodzen, G., Hidalgo, M.A., Chen, D., & Garofalo, R. (2018). Minority Stress Factors Associated with Depression and Anxiety Among Transgender and Gender-Nonconforming Youth. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 467-471. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.006> <https://doi.org/10.1503/cmaj.190011>

Chrysallis.org. “Disforia” no es sinónimo de “transexualidad”. (8 de octubre de 2015). Recuperado el 18 de noviembre de 2020 de: <https://chrysallis.org/disforia-no-es-sinonimo-de-transexualidad/>

Chrysallis.org. Glosario. (Recuperado el 1 de octubre de 2021) .
https://chrysallis.org/glosario_lgtbiq/

Chrysallis.org. Marco legal. (Recuperado el 15 de noviembre 2021).
https://chrysallis.org/legislacion-especifica_trans/

Chung, W.C. y Auger, A. P. (2013). Gender differences in neurodevelopment and epigenetics. *Pflügers Archiv - European Journal of Physiology*; 465 (5) pp. 573 – 584

Clark, T.C., Lucassen, M.F., Bullen, P., Denny, S.J., Fleming, T.M., Robinson, E.M. & Rossen, F.V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *The Journal of Adolescent Health*. 55 (1), pp. 93 – 99

Cocciarini, N. (28 de Junio de 1969: Disturbios De Stonewall. Uni (+ di) versidad. *Uni (+di) versidad* (2), 2013. https://puds.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2014/07/UNIDIV-Stonewall_Inn.pdf

Coll-Planas, G. y Vidal, M. (2016). Dibujando el género. Edit.: EGALES. Barcelona

Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. (2015). Guía de Atención a Menores con Diversidad de género. *Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales. Programa LGTB de la Comunidad de Madrid*, pp. 1-79. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013919.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos [CGCOP]. (2010). Código deontológico del Psicólogo. Recuperado de: <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2016). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. Secretaría de Gobernación. México. Recuperado de: https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf

Constitución Española [CE]. (29 de diciembre de 1978). Boletín Oficial del Estado, núm. 311, pp. 29313 a 29424

Coolhart, D. & Shipman, D.L. (2017). Working Toward Family Attunement: Family Therapy with Transgender and Gender-Nonconforming Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), pp.113-125. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.002>

- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt V., Carmichael, P. & Colizzi, M. (2015). Psychological Support, Puberty Suppression, and Psychosocial Functioning in Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*. 12(11), pp. 2206-14. doi: 10.1111/jsm.13034
- D'Augelli, A.R., Grossman, A.H. & Starks, M.T. (2006). Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11), pp. 1462 – 82
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe Schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1731–1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>
- Davidson, A. (1987). Sex and the Emergence of Sexuality. *Critical Inquiry*, 14(1), pp. 16-48
- Davy, Z., Santos, A., Bertone, C., Thoreson, R. y Wieringa, S. (Eds.). (2020). The SAGE Handbook of Global Sexualities. Vol. 2, SAGE Publications, London (2020), pp. 798-821. Recuperado de: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/the-sage-handbook-of-global-sexualities/book257059>
- Delgado, M.C. (1995). Sesgo de género, estudio de la escala de neuroticismo del Eysenck Personality Inventory (Tesis Doctoral), Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca
- Dellacasa, M.A. (2017) Una mirada arqueológica de los discursos sobre transexualidad: Modalidades de producción de conocimiento y subjetividades. *Psicoperspectivas Vol. 16* (3), pp. 17 – 28
- Díaz Tena, M. E. (2009). "La vida de Santa Librada y su fuente medieval". Culturas Populares. *Revista Electrónica* 8, pp. 1- 22. Recuperado de: <http://www.culturaspopulares.org/textos8/articulos/diaz.pdf>
- Dumontheil, I. (2015). Development of the social brain during adolescence. *Psicología Educativa*, 21, 117-124. doi: 10.1016/j.pse.2015.08.001
- Ebershoff, D. (2001). La chica danesa. ANAGRAMA. Traducción: Jesús Pardo de Satayana
- Eichinger J. (2000). Job Stress and Satisfaction Among Special Education Teachers: Effects of gender and social role orientation, International Journal of Disability, *Development and Education*, 47 (4), 397 - 412, DOI: 10.1080/713671153

Eisenberg, M.E., Gower, A.L., McMorris, B.J., Rider, G.N., Shea, G. & Coleman, E. (2017). Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *The Journal of Adolescent Health*. 61(4), pp. 521-526. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.04.014

Esteva de Antonio, I., Asenjo Araque, N., Hurtado Murillo F., Fernández Rodríguez, M., Ángela Vidal Hagemeijer, A., Moreno Pérez, O., Lucio Pérez, M.J., López Siguero, J.P., Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). (2015). Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, Vol. 6, Núm. 1, pp. 45 – 49

Eusko Jaurlaritzarez. Gobierno Vasco. (2016). Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad. Actuaciones recomendadas desde los ámbitos educativo, social y sanitario. Recuperado de: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia_transexualidad/es_def/adjuntos/guia_transexuales_es.pdf

Facio, A. (1996). "El Principio de Igualdad ante la Ley", en Derechos Humanos de las Mujeres, Lima

Fernández Agis, D. (2007). Michael Foucault, ética y política de la corporeidad. Ediciones idea.

Fernández, E. (2012). Identidad y personalidad: o como sabemos que somos diferentes de los demás. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol 2, Núm 4, pp. 1 – 18.
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Identidad_y_personalidad.pdf

Fernández, J. (1996) Varones y Mujeres. Madrid. Edic. Pirámide

Fernández, J. (2010). El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que debieran ser clarificados. *Psicothema*. Vol. 22, nº 2, pp. 256 - 262

Fernández, M., Guerra, P., Díaz, M., García, E. y Álvarez, J.A. (2015). Nuevas perspectivas en el tratamiento hormonal de la disforia de género en la adolescencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(1), pp. 24 - 31

Fernández Rodríguez, M. y García-Vega, E. (2012). Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 103 - 119

Fernández Rodríguez, M., Guerra Mora, P., Díaz Méndez, M. y Grupo GIDSEEN. (2014). La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace Revista Iberoamericana de Psicosomática: Cuadernos de Psicosomática Infanto-Juvenil*, N° 110, pp. 25-35

Fernández, M., Guerra, P. Díaz, M., García, E. y Álvarez, J.A. (2015). Nuevas perspectivas en el tratamiento hormonal de la disforia de género en la adolescencia. *Actas españolas de psiquiatría*, Vol. 43 Num. 1, pp. 24 – 31

Fernández, M., Guerra, P., Martín, E., Martínez, N., Álvarez, J.A. (Grupo GIDSEEN). (2018). Atención sanitaria a adolescentes con disforia de género [Health care for adolescents with gender dysphoria]. *Revista Española de Salud Pública*. 28;92. PMID: 29493565

Fine, C. (2010a). *Delusions of Gender: How our Minds, Society, and Neurosexism Create Difference*. Norton

Fine, C. (2010b). From scanner to sound bite: Issues in interpreting and reporting sex differences in the brain. *Current Directions in Psychological Science*, 19, pp. 280 -283

Fine, C. (2013). Is There Neurosexism in Functional Neuroimaging Investigations of Sex Differences?. *Neuroethics* 6, pp. 369 – 409 <https://doi.org/10.1007/s12152-012-9169-1>

Fleck, L. (1986). *La génesis y desarrollo de un hecho científico*. Madrid, España: Alianza Editorial

Flores, A.R., Herman, J.L., Gates, G.J. y Brown, T.N.T. (2016). How many adults identify as transgender in the United States?. *The Williams Institute*. Recuperado de: williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-asTransgender-in-the-United-States.pdf

Fonseca Hernández, C. y Quintero Soto, M. L. (2009). La Teoría Queer: la deconstrucción de las sexualidades periféricas, pp. 43 - 60

France, D. (2017). *The death and life of Marsha P. Johnson*. [Documental]. EEUU: Public Square Films / Ninety Thousand Words / Race Point Film

Freixas Farré, A. (2012). La adquisición del género: el lugar de la educación en el desarrollo de la identidad sexual. *Apuntes de Psicología*, 2012, Vol. 30 (1-3) 30 años de Apuntes de Psicología, pp. 155 – 164

Gabaldón, S. (2016). La transexualidad medicalizada: una mirada ética. *Bioética & Debate*, 22 (79), pp. 3 – 8

Gabaldón Fraile, S. y Román Maestre, B. (2020). Infancia y Adolescencia Trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona. Barcelona. España

Gamba, S. (2011). Investigaciones y Publicaciones Observatorio de Equidad de Género. Buenos Aires: Dirección General de la Mujer, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

García Granero, M. (2017). Más allá del binarismo varón-mujer. Dilemata. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, nº 25, 253 - 263

García Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología*. Vol. 7. Pp. 71-81

García Ruiz, M. y de Dios del Valle, R. (2000). Transexualidad: una revisión del estado actual del tema. *Anuario de Sexología*. Nº 6, pp. 127-141

García Soto, L. y Callejas Pozo, E. (2020). Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y la adolescencia. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*, 13 (1)

García Vega, E., Menéndez Robledo, E., García Fernández, P. y Rico Fernández, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*. Vol. 22, nº 4, pp. 606 – 612

Gasch A., Gregori, N., García, I., Suess, A., Ruiz, M.T. (2021). Diversidad afectivo-sexual, corporal y de género más allá del binarismo en la formación en ciencias de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), Pp. 383-388, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.12.003>

Gavilán Macías, J. (2016) Infancia y Transexualidad. Edit.: CATARATA

Gil, C.C., Velasco, C., Iniesta, C., de Beltrán, P., Curto, J. & Latasa, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en salud de las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria* 31:175–7. <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v31n3/0213-9111-gs-31-03-00175.pdf>

Gómez Gil, E., Esteva de Antonio, I., Almaraz Almaraz, M.C., Asenjo Araque, N., Fernández Rodríguez, M., Hurtado Murillo, F., Pérez Luis, J.M., Sanisidro Fontecha, C., Gallardo, L., Montejo González, A.L y Fernández García, R.M. (2019). Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: historia y evolución. *Psicosomática y Psiquiatría*, Nº 11, pp. 63 – 75

Gómez Gil, E.; Esteva de Antonio, I.; Fernández Rodríguez, M.; Almaraz Almaraz, M.C.; Hurtado Murillo, F.; Gómez Balaguez, M.; Asenjo Araque, N.; Mora Porta, M.; Halperin Rabinovich, I.; Fernández García, R.; Montejo González, A.L. y Grupo GIDSEEN. (2020). Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el Sistema Sanitario Español: demandas, controversias y reflexiones. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 94, pp. 1 - 14

Gooren, L., Fliers, E. & Courtney, K. (1990). Biological determinant of sexual orientation. *Annu Rev Sex Res*, 1, 175

Gordo, R., García, X.R, Álvarez, Y., Díaz, D., & Gándara, J.J. (2018). Disforia de género: realidad asistencial en psiquiatría del niño y el adolescente. *Psicosomática y Psiquiatria*, 7, pp. 9-19.
<https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/392531/485885>

Gridley, S., Crouch, J., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel, A., Woodward, J., Dundon, Schaff, R, McCarty, C., Ahrens, K. and Breland, D. (2016). Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health* 59, pp. 254 – 261

Grilletes, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving Integration in Mixed Methods Designs—Principles and Practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

Gülgöz, S., Glazier, J.J., Enright, E.A., Alonso, D.J., Durwood, L.J., Fast, A.A., Lowe, R., Ji, C., Heer, J., Martin, C.L. & Olson KR. (2019). Similarity in transgender and cisgender children's gender development. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 116 (49), pp. 24480 - 24485, doi: 10.1073/pnas.1909367116

Guss, C., Shumer, D. & Katz-Wise, S.L. (2015). Transgender and gender nonconforming adolescent care: psychosocial and medical considerations. *Current Opinion in Pediatrics*, Vol. 27, Núm. 4, pp. 421-6. doi: 10.1097/MOP.0000000000000240

Guzmán, P. y Platero, R. (L.) (2012): *Passing*, enmascaramiento y estrategias identitarias: diversidades funcionales y sexualidades no-normativas. En *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, Raquel (Lucas) Platero (Ed.). Barcelona: Bellaterra

Halpern, D. F. (1992). Sex Differences in Cognitive Abilities. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers

- Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Revista Investigación en Educación Médica*, 2(8), 211-216. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72714-5](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72714-5)
- Hammarberg, T. (2009). DERECHOS HUMANOS E IDENTIDAD DE GÉNERO. ISSUE PAPER. Recuperado de: <https://rm.coe.int/16806da528>
- Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. [HBIGDA]. (1998). The standards of care for gender identity disorders. 5^a ed. Minneapolis
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V. & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 94, Num.9, pp. 3132 – 3154
- Hembree, W.C., Cohen P.T., Louis G., Hannema, S.E., Meyer, W.J., Murad, M.H., Rosenthal, S.M., Safe, J.D., Tangpricha, V. & T'Sjoen, G.G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society*Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. Vol.102, Num. 11, pp. 3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658
- Hermosa de la, Lorenci, M. (2013). Repensando los orígenes de la disforia de género. *REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD. Juventud, neurociencia, tecnología y subjetividad*. nº 103. Pp. 33 – 50
- Hidalgo, M.A., Ehrensaft, D., Tishelman, A..C, Clark, L.F, Garofalo, R., Rosenthal, S.M., Spack, N.P. & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: what we know and what we aim to learn. *Human Development*, Vol. 56, Num. 5, pp. 285–90
- Hidalgo, M.A., Petras, H., Chen & D., Chodzen, G. (2019). The Gender Minority Stress and Resilience Measure: Psychometric Validity of an Adolescent Extension. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. 7(3), pp. 278 - 290. doi: 10.1037/cpp0000297
- Hill, D.B., Menvielle, E., Sica, K.M. & Johnson A. (2010). An affirmative intervention for families with gender variant children: parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 36(1), pp. 6 – 23
- Holt, V., Skagerberg, E., Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*; Vol. 21, pp. 108 – 18
- Hsu, L. (1987). Are the eating disorders becoming more common in blacks. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 113-124

Hurtado Murillo, F. (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 6 (Suppl), pp. 45 – 52

Instrucción de 23 de octubre de 2018, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales. Boletín Oficial del Estado, 24 de octubre de 2018, núm. 257, pp. 103340 a 103344 [consulta: 1 de diciembre de 2021]. Disponible: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-14610

Jacklin, C.N. (1989) Female and Male: Issues of Gender. *American Psychologist*, 44 (2), 127 – 133 (pág 132)

Joel, D., Berman, Z., Tavor, I., Wexler, N., Gaber, O., Stein, Y., Shefi, N., Pool, J., Urchs, S., Margulies, D.S., Liem, F., Hänggi, J., Jäncke, L., & Assaf, Y. (2015). Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *PNAS*. Vol. 112, Núm. 50, pp. 15.468 – 15.473. <https://doi.org/10.1073/pnas.1509654112>

Joel, D. y Vikhanski, L. (2020). MOSAICO DE GÉNERO: Más allá del mito del cerebro masculino y femenino. Edit: Kaidós

Kenneth J.Z. & Lawrence, A.A. (2009). Epidemiology of Gender Identity Disorder: Recommendations for de Standars of Care of the World Professional Association fon Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*. Vol. 11, pp. 8 – 18, <https://doi.org/10.1080/15532730902799946>

Kennison, S.M. (2003). Sex differences in cognitive abilities (3rd edition). Diane F. Halpern. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, 2000. No. of pages 420. (Book Review). *Applied Cognitive Psychology* 17, pp. 375 – 376

Kidshealth.org, (2021). Atracción y orientación sexual. Recuperado el 3 de octubre de 2021 de <https://kidshealth.org/es/teens/sexual-orientation-esp.html>

Kimberly, L.L., Folkers, K.M., Friesen, P., Sultan, D., Quinn, G.P., Bateman, A., Parent, B., Konnoth, C., Janssen, A., Shah, L.D., Bluebond, R. & Salas, C. (2018). Ethical Issues in Gender-Affirming Care for Youth. *Pediatrics*. Vol.142(6), pp. 1 - 9

Kimlicka, T., Cross, H., & Tarnai, J. (1983). A comparison of androgynous, feminine, masculine, and undifferentiated women on self-esteem, body satisfaction, and sexual satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 7, pp. 291-294

Kingsbury, M., Hammond, N.G., Johnstone, F., & Colman, I. (2022). Suicidality among sexual minority and transgender adolescents: a nationally representative population-based study of youth in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 6;194(22). doi: 10.1503/cmaj.212054

- Kohlberg, L. (1966). Análisis de los conceptos y actitudes infantiles relativos al papel sexual desde el punto de vista del desarrollo cognitivo. En: E.E. Maccoby (Ed.), *Desarrollo de las diferencias sexuales*. Madrid: Marova, 1972
- Kohlberg, L., & Ullian, D.Z. (1974). Stages in the development of psychosexual concepts and altitudes. En: R.C. Friedman, R.M. Richart. & R.L. Vande Wiele (Eds.), *Sex differences in behavior*. Nueva York: Wiley
- Kolb, B. y Whishaw, I.Q. (1986). Fundamentos de neuropsicología humana. Barcelona: Labor.
- Kosciw, J., Greytak, E., Bartkiewicz, M., Boesen, M.J. & Palmer, N.A. (2012). The 2011 National School Climate Survey: The Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth in Our Nation's Schools. Gay, Lesbian & Straight Education Network.
- Lamas, M. (1995) Usos, Dificultades y Posibilidades de la Categoría Género. *Revista La Ventana*. Nº I.
- Lamas, M. (1996). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG/Editorial Porrúa, Colección las Ciencias Sociales, Estudios de Género, México
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18, pp. 1-24
- Lameiras, M., Carrera, Mª V. y Rodríguez, Y. (2013). Sexualidad y salud. El estudio de la sexualidad humana desde una perspectiva de género. Vigo: Sevizo de Publicacións da Universidade de Vigo
- 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. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126 - 40132. [consulta: 1 de diciembre de 2021]. Disponible: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
- 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*, 16 de marzo de 2007, núm. 65, pp. 11251 a 11253. [Consulta: 1 de diciembre de 2021]. Disponible: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-5585>
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. *Boletín Oficial del Estado* nº 51, de 1 de marzo de 2023. [Consulta: 26 de febrero de 2025]. Disponible: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5366>

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 17 de enero de 1996, núm. 15, pp. 1225 – 1238. [consulta: 1 diciembre de 2021]. Disponible: <https://www.boe.es/boe/dias/1996/01/17/pdfs/A01225-01238.pdf>

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de julio de 2015, núm. 175, pp. 61871 - 61889. [consulta: 1 diciembre de 2021]. Disponible: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222

López, F. (1984). La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. *Infancia y adolescencia*, 26, pp. 65 - 75

López, F. (1988). Adquisición y desarrollo de la identidad sexual y de género. En J. Fernández (coor). *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y del género*. Madrid: Pirámide. En García Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología*. Vol. 7. Pp. 71-81

López Moratalla, N. y Calleja Canelas, A. (2016). Transexualidad: una alteración cerebral que comienza a conocerse. *Cuadernos de Bioética XVII*. Pp.81 - 92. <http://aebioetica.org/revistas/2016/27/89/81.pdf>

Luna Montaño, I. (2003). Androginia y Postmodernismo: Una aproximación desde la Psiquiatría. [Psiquiatria.com.](https://psiquiatria.com/article.php?ar=trastornos_sexuales&wurl=androginia-y-postmodernismo-una-aproximacion-desde-la-psiquiatria)
https://psiquiatria.com/article.php?ar=trastornos_sexuales&wurl=androginia-y-postmodernismo-una-aproximacion-desde-la-psiquiatria

Maccoby, E. E. y Jacklin, C. N. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford: Stanford University Press

Maccoby, E.E. (1988). Gender as a Social Category. *Developmental Psychology*, 24 (6), pp. 755-765

Maccoby, E.E. (1990). Gender and Relationships. *American Psychologist*, 45 (4), pp. 513 - 520

Macho-Stadler, M. (23 de enero de 2019). Cerebro y discriminación. [Editorial] https://www.eldiario.es/euskadi/blogs/viento-del-norte/cerebro-discriminacion_132_1742992.html

Maddaleno, S. y Landeira F.P. (2015). Intersexualidad. Documento temático (1^a Ed.) Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos – Presidencia de la Nación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Pp.1 - 52

Mardomingo Sanz, M.J. (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. Ediciones Díaz de Santos. Madrid

Martín Morgado, B., Viñuela Villa, C., Gutiérrez Montaño, M.C., Bobadilla del Pozo, M., Hernández Lavado, R., de la Torre, Alonso de la Torre, J. y Martínez Rey, T. (2019). Protocolo de Atención Integral a Personas Trans* en el Servicio Extremeño de Salud (PAIPTEX). Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud, pp. 1 - 48. Recuperado de: <https://chrysallis.org.es/wp-content/uploads/2020/06/PROTOCOLO-DE-ATENCION-INTEGRAL-A-PERSONAS-TRANS.pdf>

Martínez Guzmán, A. y Íñiguez Rueda, L. (2010). La fabricación del Trastorno de Identidad Sexual: Estrategias discursivas en la patologización de la transexualidad. *Discurso & Sociedad*, Vol. 4(1), pp. 30 - 51

Martínez Morga, M., Navarro Cremades, F. y Martínez, S. (2013). Desarrollo del dimorfismo sexual en el cerebro: el origen de la identidad y la conducta sexual. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*. Vol. 30 nº 4, pp. 12 – 17

Martínez Pulido, C. (24 de febrero de 2016). ¿Cerebro femenino, cerebro masculino?. [Editorial]. *mujeresconciencia*. <https://mujeresconciencia.com/2016/02/24/cerebro-femenino-cerebro-masculino/>

Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología* 75 (2). doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>

Mayor, A. (2020). Tránsitos. Comprender la transexualidad infantil y juvenil a través de los relatos de madres y padres. Edicions Bellaterra. Barcelona

McBride, R.S., & Neary, A. (2021) Trans and gender diverse youth resisting cisnormativity in school. *Gender and Education*, 33(8), 1090-1107, 10.1080/09540253.2021.1884201

Mikulak, M., Ryan, S., Ma, R. Martin, S., Stewart, J., Davidson S., et al. Health professionals' identified barriers to trans health care: A qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, 71 (2021), pp. E941-E947 <http://dx.doi.org/10.3399/BJGP.2021.0179>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Edición electrónica de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a revisión, Modificación Clínica. CIE-9-MC (9^a Edición). Recuperado de: www.msssi.gob.es

Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010a). El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. EGALES. Barcelona – Madrid

Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010b). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental*, vol. VIII, nº 38, pp. 44 - 55

Missé, M. (2014). Transexualidades. Otras miradas posibles. Madrid: EGALES

Missé, M. (2018). A la conquista del cuerpo equivocado. EGALES: Barcelona y Madrid.

Missé, M. (2019). A la conquista del cuerpo equivocado (3^aed.). Edit. EGALES

Moberg, C.L. (2005). René Dubos, friend of the good earth: microbiologist, medical scientist, Environmentalist. Washington, DC: American Society for Microbiology. p. 115

Modrego, I., Gómez, M., Hurtado, F., Cuñat, E., Solá, E., & Morillas, C. (2021). Antecedentes de comportamientos autolesivos y autolíticos en población adolescente y adulta joven transexual, atendida en una unidad especializada en identidad de género en España Conductas autolesivas y suicidas en una población adolescente y adulta joven transexual, atendidas en una unidad especializada en identidad de género en España. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 68(5), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.04.006>

Molina Huerta, G. (2018). Los conceptos dentro de la diversidad sexual: Sexo, género, identidad de género, expresión de género, preferencia sexual, orientación sexual y expresiones comportamentales. *Ponencia 1er encuentro de estudiantes de Posgrado de la Universidad de Guadalajara el día 23 de febrero de 2018*. Recuperado de: https://www.academia.edu/41705958/Los_conceptos_dentro_de_la_diversidad_sexual

Money, J. y Tucker, P. (1978). Asignaturas sexuales, Barcelona, A.T.E.

(de) Montalvo Jääskeläinen, F. (2018). Problemas legales en el tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad. ADOLESCERE. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. Vol. VI, Nº 2, pp. 32 – 38

Moreno Pérez, O. y Esteva De Antonio, I., Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1). *Endocrinología y Nutrición*. Vol. 59. Núm. 6., pp. 367 – 382

Narang, P., Sarai, S.K., Aldrin, S. & Lippmann, S. (2018). Suicide Among Transgender and Gender-Nonconforming People. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*; 20(3) doi: 10.4088/PCC.18nr02273. PMID: 29947478

Naizen.eus. De la ignorancia al conocimiento: Historia reciente y cambio de paradigma en la comprensión y el acompañamiento de la transexualidad infantil y juvenil. (2020). Recuperado 18 de noviembre de 2020, de Naizen website: <https://naizen.eus/comprender/historia-reciente/de-la-ignorancia-al-conocimiento/>

Newcomb, M.E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D.T., Whitton, S.W. & Mustanski, B. (2020). High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*. 49(2), pp. 645-659. doi: 10.1007/s10508-019-01533-9

Newhook, J.T., Winters, K., Pyne, J., Jamieson, A., Holmes, C., Feder, S., Pickett, S. & Sinnott, M. L. (2018). Teach your parents and providers well: Call for refocus on the health of trans and gender-diverse children. *Canadian Family Physician*; Vol. 64, Issue. 5, pp. 332–5

Nguyen, H.B., Chavez, A.M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S.L., Davies, R.D. & Epperson, C.N. (2018). Gender-Affirming Hormone Use in Transgender Individuals: Impact on Behavioral Health and Cognition. *Current Psychiatry Reports*. 20 Num. 110. doi: 10.1007/s11920-018-0973-0

Ocón Domingo, J. (2006). Normativa internacional de protección de la infancia. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 19, pp. 113 - 131

Olson, K.R., Durwood, L., De Meules, M., & McLaughlin, K.A. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*. 137 (3), DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>

Olyslager, F. y Conway, L. (2007). On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism. *International Journal of Transgenderism*. Presentado en WPATH 20th International Symposium, Chicago (Illinois) del 5 al 8 de septiembre 2007.
https://www.researchgate.net/publication/237519830_On_the_Calculation_of_the_Prevalence_of_Transsexualism

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Adolescence. World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos 48.^a ed. Recuperado de:<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018a). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, pp. 1- 12. Recuperado de:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018b). *Mortality and Morbidity Statistics (CIE-11)*. Genève: Author. Recuperado de:<https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (30 de marzo de 2018c). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (28 de septiembre de 2020). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Papez, J. (1927). «The brain of Helen H. Gardener». *American Journal of Physical Anthropology*. Vol. 11, Núm 1, p.p. 29 - 88

Parra Gámez, L., García Hidalgo, A.A., Ortiz Vázquez, S., Pérez Sámano, D., Nájera Reyes, J., Basurto Acevedo, N.E., Espinoza Chávez, V.E. y Rivas Bucio R.I. (2009). Las diferencias anatómicas cerebrales que implican diferencias funcionales (2^a de dos partes). *Revista Facultad Medicina UNAM* Vol. 52 No. 5, pp. 212 – 218. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2009/un095e.pdf>

Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported Rates of Abuse, Neglect, and Bullying Experienced by Transgender and Gender-Nonbinary Adolescents in China. *JAMA Network Open*. 2(9). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.11058

Pereira Pérez, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, vol. XV (1), p. 15-29. <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>

Pérez, T. (14 de agosto, 2018). Breve historia del DSM. *Psicosalud*. Recuperado de: <https://psicosaludtenerife.com/2018/08/14/breve-historia-del-dsm/>

Platero. R. (L). (2014). *Trans*exualidades: Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Edicions Bellaterra. Barcelona

Pleno. Sentencia 99/2019, de 18 de julio de 2019. Cuestión de constitucionalidad 1595-2016. Planteada por la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo respecto al artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Derechos a la integridad física y moral, a la intimidad y a la protección de la salud, en relación con la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad: constitucionalidad del precepto legal en la medida en que prohíbe cambiar la mención registral del sexo y nombre a los menores de edad con suficiente madurez y que se encuentren en una situación estable de transexualidad. Voto particular. Boletín Oficial del Estado, 12 de agosto de 2019, núm. 192, pp. 89782 a 89810 [consulta 1 de diciembre de 2021]. Disponible: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-14610

Polo Usaola, C. y Olivares Zarco, D. (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), p.p. 285-302. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200008>

Porter, K.E., Brennan-Ing, M., Chang, S.C., Dickey, L.M., Singh, A.A., Bower & K.L., Witten, T.M. (2016). Providing Competent and Affirming Services for Transgender and Gender Nonconforming Older Adults. *Clinical Gerontologist*. Vol. 9; Núm. 5, pp. 366-388. doi: 10.1080/07317115.2016.1203383

Preciado, B. (2008). *Testo Yonki*. Madrid: Espasa Calpe

Pullen, A., Temple, J., Douglas, L., Gotovac, S., Raiche, J., Speechley, K.N., Lawson, M.L., Bauer, G.R. (2022). Experiences and Stressors of Parents of Trans and Gender-Diverse Youth in Clinical Care from Trans Youth CAN! *Health and Social Work* 13;47(2):92-101. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlac003>

Quijada, P. (25 de septiembre de 2017). El cerebro no tiene género: un estudio sugiere que es un mosaico con características típicas de ambos sexos. [Editorial]. ABCciencia. https://www.abc.es/ciencia/abci-cerebro-humano-no-entiende-sexos-201512011413_noticia.html

Ravetllat Ballesté, I., Vivas Tesón, I. y Cabedo Mallol, V., (2020). La realidad de la infancia y la adolescencia trans en España a propósito de la Sentencia del Tribunal Constitucional español 99/2019, de 18 de julio: avances y retrocesos. *Ius et Praxis*. 26(1), pp. 310 - 325

Reed, G. M., Anaya, C. y Evans, S. C. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 12, núm. 3, pp. 461 – 473

Reguero, P. (28 de octubre de 2014). Una mirada multidisciplinar a los menores transexuales. *Diagonal*. <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/24448-mirada-multidisciplinar-menores-transexuales.html>

Reisner, S.L., Vettes, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D. & Mimiaga, M.J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *The Journal Adolescent Health*. 56(3), pp. 274 - 279. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.10.264

Retamal Parra, D., Hermosilla Rubio, W., Medel Arriagada, M. y Retamal Vargas, C. (2021). Transición social en niñas, niños, niñas y adolescentes con incongruencia de género: revisión y sugerencias de intervención a profesionales. ARS MEDICA, *Revista de Ciencias Médicas Vol. 46, Núm. 2*, pp. 33 – 43

Reza Suárez, L. (2016), El yo, el existir o el ser según la teoría de la personalidad por Carl Rogers. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales. Pp. 1 – 19. En línea: <http://www.eumed.net/rev/cccsl/2016/02/existir.html>

Riaño Galán, I., del Río Pastoriza, I., Guindulain, M.C., Galdón Fraile, S. y de Montalvo Jááskeläinem, F. (2018). Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar. *Anales de Pediatría*, Vol. 89, Num. 2, pp. 123e1 – 123.e6 <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.012>

Riaño Galán, I. (2020). Transexualidad. Perspectiva ética y jurídica. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, Num. 11 (Suppl 1), pp. 99 – 105. En línea: <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E33/P1-E33-S2635-A603.pdf>

Rider, G.N., McMorris, B.J., Gower, A.L., Coleman, E. & Eisenberg M.E. (2018). Health and Care Utilization of Transgender and Gender Nonconforming Youth: A, Population-Based Study. *Pediatrics*. 141(3). doi: 10.1542/peds.2017-1683

(del) Río Pastoriza, I. (2019). Diversidad de género en la infancia y la adolescencia: una mirada ética (Mesa Redonda: Novedades en Endocrinología Infantil). *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, Vol. 59 Nº 249, pp. 188-192

Rippon, G. (2020). El género y nuestros cerebros: La nueva neurociencia que rompe el mito del cerebro femenino. Editorial: Galaxia Gutenberg, pp. 496

Roberts, A.L., Rosario, M., Corliss, H.L., Koenen, K.C. & Austin, S. B. (2012). Childhood gender non-conformity: a risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*. 129 (3), pp. 410 – 417

Robles García, R. y Ayuso-Mateos, J.L. (2019). CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)*, 12 (2), pp. 65 - 67. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.002>

Rocha Sánchez, T.E. (2009). Desarrollo de la Identidad de Género desde una Perspectiva Psico-Socio-Cultural: Un recorrido Conceptual. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology – 2009*, Vol. 43, Num. 2, pp. 250 – 259

Rogers, C. (1980). El poder de la persona. México: El Manual Moderno

Rosenthal SM. (2014). Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99 (12), pp. 4379 - 4389

Rowniak, S., Bolt, L. & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JBI Database Systematic Reviews Implementation Reports*. 17(9), pp. 1826-1854. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003869. PMID: 3102197

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres. Notas sobre la “economía política del sexo”. *Nueva Antropología*, Vol. VIII. N.º 30, pp. 95-145. México: UNAM.

Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En VANCE, C. (comp.) Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina. Madrid: Editorial Revolución

Ruiz Guzmán, J. (2006). HISTORIA DE LAS ESTADISTICAS DE SALUD. *Gaceta Médica Boliviana*, 29(2), 72-77. de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662006000200015&lng=es&tlang=es

Ryan, C., Russell, S.T., Huebner, D., Díaz, R., y Sánchez, J. (2010). Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), pp. 205-213. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x

Saeger K. (2006). Finding our way: guiding a young transgender child. *Journal of GLBT Family Studies*, 2006; Vol.2, Issue 3 - 4, pp. 207 – 45

Safer, J.D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A. & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion Endocrinology, Diabetes and Obesity*. Vol. 23, Núm. 2, pp.168 - 171. doi: 10.1097/MED.0000000000000227

- Sánchez Lorenzo, I., Mora Mesa, J.J., Oviedo de Lúcas, O. (2017). Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Vol. 10, nº 2, pp. 96 – 103
- Sánchez Sánchez, T., & Etopa Bitata, M. del P. (2021). Las realidades trans* en la adolescencia: el acoso escolar en esta etapa. Revista INFAD De Psicología. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 155–162. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n2.v1.2171>
- Saraswat, A., Weinand, J.D. y Safer, J.D. (2015). Evidence supporting the biologic nature of gender identity. *Endocr Pract.*; 21(2), pp.199 - 204
- Sebastián, J. Aguíñiga, C. y Moreno, B. (1987). Androginia psicológica y flexibilidad comportamental. Estudios de psicología , Nº 32, (Ejemplar dedicado a: Sexo y Género), pp. 13 - 44
- Shifren, K. y Bauserman, R.L. (1996). The relationship between instrumental and expressive traits, health behaviors, and perceived physical health. *Sex Roles* 34, 841–864. <https://doi.org/10.1007/BF01544319>
- Shumer, D.E., Nokoff, N.J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics*, Vol. 63, Num. 1, Pp. 79-102. doi: 10.1016/j.yapd.2016.04.018
- Sigusch, V. (1991). Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. II : Zur Entpathologisierung des Transsexualismus. *Zeitschrift für Sexualforschung*. Pp. 309 - 343
- Singh, D., Deogracias, J.J., Johnson, L.L., Bradley, S.J., Kibblewhite, S.J., Owen-Anderson, A., Peterson-Badali , M., Meyer-Bahlburg, F.L & Zucker, K.J. (2010). The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults: further validity evidence. *Journal of Sex Research*, Vol. 47, Num. (1), pp. 49 – 58
- Smith, M.J. (1998). The relationship between gender traits, sex-role egalitarian attitudes, attachment styles, and life satisfaction: A dissertation submitted to de Wright Institute Graduate School of Psychology, in partial fulfillment of the requirements for de degree of Doctor of Philosophy in Psichology.
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Grupo de Estudio del Adolescente (2015). Recuperado de: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>
- Soley Beltrán, P. (2014). Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 30, pp. 21-39

Somerville, L.H., Jones, R.M., Ruberry, E.J., Dyke, J.P., Glover, G., y Casey, B.J. (2013). The Medial Prefrontal Cortex and the Emergence of Self-Conscious Emotion in Adolescence. *Psychological Science*, 24, pp. 1554 - 1562. doi: 10.1177/0956797613475633

Soto Rodríguez, M.A. (2014). La patologización de la transexualidad: contemplando posibilidades de resistir desde algunas construcciones identitarias de género no hegemónicas. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, Vol. 11, Nº. 2, pp. 145-165

Stake, J. E., Zand, D., & Smalley, R. (1996). The relation of instrumentality and expressiveness to self-concept and adjustment: A social context perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2), pp. 167–190. <https://doi.org/10.1521/jscp.1996.15.2.167>

Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F. y Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 16, Núm. 4, pp. 499-516. doi: 10.1177/1359104510378303. Epub 2011 Jan 7. PMID: 21216800

Stop Patologización Trans (2010). Recuperado de <https://stp2012.wordpress.com/>

Spack. N. [TEDxBeaconStreet] (2013). Cómo ayudó a los adolescentes transgénero a convertirse en quienes quieren ser. [Vídeo]. Youtube. https://www.ted.com/talks/norman_spack_how_i_help_transgender_teens_be_come_who_they_want_to_be#t-39767

Suess Schwend, A., (2018). Derechos de las personas trans e intersex: revisión del marco legislativo en el contexto español desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos. *Revista Derecho y Salud.*, 28 Extraordinario, 97-115

Suess Schwend, A. (2020a). La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34 (1), pp. 54 – 60.doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.002>

Suess Schwend, A. (2020b). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev.* 41 (3), pp.1-17 <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>

Swaab, D.F. (2007). Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 21(3), pp. 431 – 444

Tankersley, A.P., Grafsky, E.L., Dike, J., Jones, R.T. (2021). Risk and Resilience Factors for Mental Health among Transgender and Gender Nonconforming (TGNC) Youth: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 24(2), pp. 183 - 206. doi: 10.1007/s10567-021-00344-6

Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F. & Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile* 144, pp. 723 - 733

Torres, L. L. (2018). Interiorización de los estereotipos de género en la sociedad argentina y el ideal de belleza en los mensajes publicitarios. Estudio transversal en 4 rangos de edad que abarca de los 18 a los 49 años. TESIS DOCTORAL. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN

The Trevor Project. (2019). National Survey on LGBTQ Youth Mental Health. Recuperado de: <https://www.thetrevorproject.org/survey-2019/?section=Introduction>

UNED. (11 de marzo de 2011). ¿Ocurren cambios en el cerebro de las personas transexuales?. [Editorial]. agenciasinc. <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Ocurren-cambios-en-el-cerebro-de-las-personas-transexuales>

UNICEF. (1998). Estado Mundial de la Infancia, Ginebra, Nueva York

Valdez Fernández Baca, L. M. (2009). Definiendo lo normal. *Revista Médica Herediana*, 20(4), pp. 181-182

Vance, S.R. J.r., Ehrensaft, D. & Rosenthal, S.M. (2014). Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*. 134(6), pp. 1184 - 1192. doi: 10.1542/peds.2014-0772

Van de Grift, T.C., Cohen-Kettenis, P.T., Steensma, T.D., De Cuyper, G., Richter-Appelt, H., Haraldsen, I.R., Dikmans, R.E., Cerwenka, S.C. & Kreukels B.P. (2016). Body Satisfaction and Physical Appearance in Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*. 45(3), pp. 575-85. doi: 10.1007/s10508-015-0614-1

Vera de, B. (28 de enero de 2018). Helen Gardener, la científica que demostró que no tenía un cerebro femenino. [Editorial]. N+1, ciencia que suma. <https://nmas1.org/blog/2018/01/22/Gardener-perfil>

- Vernon, R. (2003). Perversión sexual y transensualismo: Historicidad de teorías, variaciones de prácticas clínicas. *Revista Litoral: una analítica parásitaria. Raro, muy raro*, 33(1), pp. 45 - 62
- (de) Vries, A.L., Steensma, T.D., Doreleijers, T.A. & Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *Journal of Sexual Medicine*. 8(8), pp. 2276-83. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- (de) Vries, A.L., McGuire, J.K., Steensma, T.D., Wagenaar, E.C., Doreleijers, T.A. & Cohen-Kettenis, P.T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 134(4), pp. 696 - 704. doi: 10.1542/peds.2013-2958.
- (de) Vries, E., Kathard, H., Müller & A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, Vol. 20, Núm. 1, pp. 1 -10. doi: 10.1186/s12909-020-1963-6. PMID: 32059721; PMCID: PMC7023748
- Whitely, B.E. (1985). Sex role orientation and psychological well-being. Two meta-analyses. *Sex roles*, 12, pp. 207-225
- Wiepjes, C.M., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., Klaver, M., de Vries, A.L.C., Wensing-Kruger, S.A., de Jongh, R.T., Bouman, M.B., Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L.J.G., Kreukels, B.P..C, den Heijer, M. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *The Journal of Sexual Medicine*. Vol. 15, Num. 4, pp. 582 - 590. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016
- Williams, A.J., Jones, C. Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou & A., Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PLoS One*. 22;16(1), doi: 10.1371/journal.pone.0245268
- World Health Organization (WHO). (1978). International classification of diseases. 9^a ed. Ginebra: WHO. (trad. cast.: Madrid: Meditor)
- World Health Organization (WHO). (1992). International classification of diseases. 10^a ed. Ginebra. (trad. cast.: Madrid: Meditor)
- World Medical Association. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado 8 febrero de 2022, a partir de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Non conforming People All rights reserved. (7^a versión). www.wpath.org, pp. 1 - 124. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf

Zhou, J. N., Hofman, M. A., Gooren, L. J. & Swaab y D. F. (1997). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *The International Journal of Transgenderism*, 1(1). Recuperado de: <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0106.htm>

Zucker, K.J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual Health*. 14(5), pp. 404 - 411. doi: 10.1071/SH17067

ANEXOS

ANEXO I. Glosario: Sin género de dudas

- **Cis (cisexual o cисgénero):** persona cuya identidad sexual o de género coincide con la que le asignaron al nacer. Se considera lo opuesto al término trans (Chrysallis.org.).
- **Disforia de género:** nomenclatura de carácter diagnóstico que la APA (Asociación Estadounidense de Psiquiatría) utiliza en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) para englobar a las personas con identidades trans. La disforia de género hace referencia al malestar que las personas trans pueden llegar a experimentar o no, como consecuencia de las presiones sociales fruto de prejuicios y estereotipos. Las personas transexuales no nacen disfóricas, es decir, la disforia de género no es sinónimo de transexualidad. Por lo tanto, la transexualidad no debe ser diagnosticada como enfermedad mental.
- **Expresión de género:** exteriorización o manifestación del género, pudiendo ser coincidente o no con la identidad de género. La expresión de género puede manifestarse a través del comportamiento, el lenguaje corporal o la apariencia física (vestimenta, peinado, maquillaje, complementos etc.) y se categoriza en masculino, femenino, andrógino o travesti.
- **Género no binario (o no dicotómico):** percepción subjetiva que sienten algunas personas de no pertenencia a uno de los dos géneros socialmente establecidos como hombre o mujer. Las personas que se autodefinen como género no binario, no se identifican con el género masculino ni femenino, pudiendo identificarse con los dos, con ninguno o con otro género.
- **Identidad de género:** sexo psicológico, es decir, cómo la persona siente y autodefine su propio género independientemente de las características fisiológicas innatas. Se relaciona con la vivencia el propio cuerpo y cómo se proyecta al ámbito social en función del género autopercibido.
- **Orientación sexual:** atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Las personas se pueden sentir atraídas hacia personas del mismo sexo (homosexualidad), del otro sexo (heterosexualidad), por ambos sexos (bisexualidad), por cualquier sexo/ identidad de género (pansexualidad) o por ninguno (asexualidad). (Apa.org, 2013; Kidshealth.org, 2021)

- **Rol de género:** conjunto de características (físicas, cognitivas y comportamentales) que cada cultura y período histórico atribuye como propias del género masculino o femenino.
- **Sexo de asignación:** sexo que es asignado en función de la observación de los genitales externos y otras características físicas sexuales visibles, pudiendo ser coincidente o no con el sexo sentido (identidad de género). La asignación sexual puede realizarse incluso antes del nacimiento a través de técnicas de diagnóstico por imagen (ecografías).
- **Sexo de crianza:** sexo en el que se educa al niño o a la niña en función de su sexo de asignación. En base a ello, se lleva a cabo una construcción cultural en torno a la dicotomía sexual (hombre o mujer), estableciéndose las características propias para cada género (masculino o femenino), sin que se tenga en cuenta la variabilidad sexual o las identidades de género no normativas.
- **Sexo psicológico (o sexo sentido):** identidad sexual autopercebida. En función del sexo psicológico se establece la identidad de género y la persona se siente pertenecer y autodefine como hombre, mujer, persona trans, trans masculino, trans femenino, género no binario etc. Por lo tanto, el sexo psicológico podrá coincidir o no con el sexo asignado en el nacimiento.
- **Trans:** término paraguas, que se utiliza de manera inclusiva para hacer referencia a todas aquellas personas cuya identidad sexual o de género no coincide con el sexo de asignación. Según la Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid, se considera, a toda aquella persona que se identifica con un género diferente o que expresa su identidad de género de manera diferente al género que le asignaron al nacer. A los efectos de esta Ley y sin prejuzgar otras acepciones sociales, el término trans ampara múltiples formas de expresión de la identidad de género o subcategorías como transexuales, transgénero, travestis, variantes de género, queer o personas de género diferenciado, así como a quienes definen su género como «otro» o describen su identidad en sus propias palabras).
- **Trans femenino (*Trans Male to Female*):** persona cuyo sexo asignado en el nacimiento es masculino y su identidad de género es femenina. La persona trans

femenina puede llevar a cabo un tratamiento hormonal y/o quirúrgico para hacer corresponder su anatomía a su identidad de género. También se conoce como mujer transexual.

- **Trans masculino (*Trans Female to Male*):** persona cuyo sexo asignado en el nacimiento es femenino y su identidad de género es masculina. La persona trans masculina puede llevar a cabo un tratamiento hormonal y/o quirúrgico para hacer corresponder su anatomía a su identidad de género. También se conoce como hombre transexual.
- **Transexualidad en menores:** menores que durante la infancia y/o adolescencia experimentan de manera insistente y persistente disconformidad con su sexo asignado y sienten el deseo de pertenecer al otro género. Menores transexuales son más propensos a experimentar rechazo o malestar hacia sus genitales, pudiendo manifestar comportamientos de disconformidad con su sexo asignado incluso antes de los 3 años de edad. (Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2015).
- **Transfobia:** todo tipo de actitud o comportamiento que expresa discriminación, rechazo, violencia, odio o agresividad dirigida hacia las personas trans y/o aquellas personas que no encajan con las normas sociales establecidas en torno al género.
- **Transición:** proceso mediante el cual algunas personas modifican sus características físicas o sociales, o ambas, con el propósito de vivir de acuerdo a su identidad de género. La transición puede incluir o no, tratamientos hormonales y/o quirúrgicos (Bonifacio *et al.*, 2019).
- **Travestismo:** según la RAE, práctica que consiste en el uso de prendas de vestir del sexo contrario. Según el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) el “Trastorno de Travestismo”, se ubica en el apartado de las Parafilias y se considera la excitación sexual y recurrente derivada del hecho de travestirse. Actualmente, el travestismo hace referencia a la expresión del género que se manifiesta por preferencia personal, diversión, por el contexto laboral (mundo del espectáculo) y en la minoría de los casos como fetichismo o excitación sexual. El travestismo está relacionado con la expresión del género y la transexualidad con la

disconformidad entre el sexo asignado y el sexo sentido, por lo tanto, no son sinónimos.

- **Variabilidad de género o comportamiento de género cruzado:** tiene lugar cuando la identidad o expresión de género difiere de las normas sociales y culturales establecidas para el sexo de asignación (WPATH, 2012). En el caso de niños y adolescentes la expresión de la variabilidad de género, se manifiesta a través de la preferencia por juegos, ropa, juguetes, compañeros de juego o peinado culturalmente propios del otro género, percibiéndose como chicas masculinas y chicos femeninos.

ANEXO II. Recomendaciones para los Estados miembros del Consejo de Europa

Los Estados miembros del Consejo de Europa deberían:

1. Implementar los estándares internacionales de derechos humanos sin discriminación y prohibir explícitamente la discriminación por razón de identidad de género en la legislación nacional anti-discriminación. 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 deberían ser utilizados como guía para la implementación nacional en esta materia;
2. Promulgar una legislación sobre crímenes de odio que proporcione protección específica a las personas transgénero contra crímenes e incidentes transfóbicos;
3. Desarrollar procedimientos eficaces y transparentes para el cambio de nombre y de sexo una persona transgénero en los certificados de nacimiento, documentos de identidad, pasaportes, títulos académicos y otros documentos similares;
4. Abolir la esterilización y otros tratamientos médicos obligatorios como un requisito legal necesario para reconocer la identidad de género de una persona en las leyes que regulan el proceso de cambio de nombre y sexo;
5. Hacer accesibles para las personas transgénero los procedimientos de reasignación de género, como el tratamiento hormonal, la cirugía y el apoyo psicológico, y asegurar que sean reembolsados por los sistemas de seguros de la sanidad pública;
6. Eliminar cualquier restricción al derecho de las personas transgénero a mantener un matrimonio preexistente después de lograr el reconocimiento del cambio de género;
7. Preparar e implementar políticas para combatir la discriminación y exclusión a las que se enfrentan las personas transgénero en el mercado laboral, en la educación y en la asistencia sanitaria;
8. Involucrar y consultar a las personas transgénero y a sus organizaciones en el desarrollo y la aplicación de medidas políticas y legales que les conciernan;
9. Abordar los derechos humanos de las personas transgénero y la discriminación basada en la identidad de género mediante la educación y los programas de formación en derechos humanos, así como a través de campañas de concienciación;

10. Proporcionar formación a profesionales sanitarios, incluyendo a psicólogos, psiquiatras y médicos de familia, teniendo en cuenta las necesidades y derechos de las personas transgénero y la obligación de respetar su dignidad;

11. Incluir la problemática de derechos humanos de las personas transgénero en el ámbito de actividades de los organismos de igualdad y estructuras nacionales de derechos humanos.

12. Desarrollar proyectos de investigación para recoger y analizar datos sobre la situación de derechos humanos de las personas transgénero, incluyendo la discriminación e intolerancia que encuentran, con la debida consideración al derecho a la privacidad de las personas afectadas.

ANEXO III. Cuestionario dirigido a adolescentes trans

Se le ofrece a usted la posibilidad de participar en el proyecto de investigación titulado “ADOLESCENTES CON IDENTIDADES DE GÉNERO NO NORMATIVAS: ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA PARA LA AFIRMACIÓN DEL GÉNERO” cuyos resultados serán de carácter académico y forma parte de la investigación de Tesis para la obtención del título de Doctorado en Investigación Transdisciplinar en Educación.

EN QUÉ CONSISTE SU PARTICIPACIÓN

Su participación consistirá en responder a un cuestionario cuya realización se llevará a cabo en treinta minutos.

A su vez podrá participar en una entrevista en profundidad cuya duración será de una hora.

BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO

Los resultados obtenidos en esta investigación pueden tener valor para mejorar el acompañamiento psicológico que se lleva a cabo por profesionales de la salud en concreto por profesionales de la psicología a adolescentes transgénero y sus familias en un futuro. Asimismo, puede no obtener ningún beneficio directo.

RIESGOS DE LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO

No se ha identificado ningún riesgo.

QUÉ SUCEDA SI DECIDO NO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Tiene la posibilidad de no participar sin tener que dar explicaciones.

A QUIÉN PREGUNTAR EN CASO DE DUDA

Es importante que comente con la investigadora de este proyecto los pormenores o dudas que surjan antes de aceptar el consentimiento para su participación. Así mismo, podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con la investigadora principal del proyecto, Lorena Sánchez Reyes en el correo electrónico lorenasanchez@cop.es

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos, así como toda la información obtenida será tratada con absoluta confidencialidad por parte de la persona encargada de la investigación. Así mismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los participantes que han colaborado en esta investigación.

Las medidas que se van a tomar para proteger la confidencialidad de los datos y el cumplimiento expreso de la Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal serán: Asignar códigos a cada participante, de manera que la información que proporcionen los cuestionarios o la resonancia será analizada siempre asociado a un código y no a sus datos personales.

Yo, he sido informade/a/o del proyecto de investigación arriba mencionado, y declaro que:

- He leído la Información sobre dicho estudio
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que todos los datos serán tratados confidencialmente

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones

1. *Obligatorio

- * Con esto acepto y doy mi conformidad para participar en este estudio.

La palabra "trans" que se utiliza en el cuestionario intenta englobar múltiples formas de expresión de la identidad de género como personas transexuales, transgénero, variantes de género u otras identidades de quienes definen su género como <> o describen su identidad en sus propias palabras.

2. Fecha de hoy

3. Nombre sin apellidos*

4. Edad *

5. Dónde vives (Municipio - Provincia) *

6. Indica tu identidad de género. En el caso de que la respuesta sea otra, por favor, escribe tu respuesta: *

- Chico (trans)
- Chica (trans)
- Género no binario
- Género fluido
- Otro

7. Estudios que estás realizando actualmente:

8. Tipo de centro escolar en el que estás realizando tus estudios:

- Público
- Privado
- Concertado

DATOS FAMILIARES

9. Nombre de tu figura parental 1 (sin apellidos)

10. Nombre de tu figura parental 2 (sin apellidos)

11. Edad de tu figura parental 1

12. Edad de tu figura parental 2

13. Lugar de nacimiento de tu figura parental 1

14. Lugar de nacimiento de tu figura parental 2

15. Nivel académico de tu figura parental 1 (estudios finalizados)

- Primarios (hasta la E.G.B.)
- Secundarios (ciclo formativo de grado medio o de grado superior)
- Estudios Universitarios
- Sin estudios

16. Nivel académico de tu figura parental 2 (estudios finalizados)

- Primarios (hasta la E.G.B.)
- Secundarios (ciclo formativo de grado medio o de grado superior)
- Estudios Universitarios
- Sin estudios

17. Profesión actual de tu figura parental 1

18. Profesión actual de tu figura parental 2

19. Relación entre las figuras parentales:

- Matrimonio
- Separados / divorciados
- Viud@
- Madre / Padre/ Adre solterx

20. Actualmente vives con:

21. Número de hermanos/as que tienes
22. Lugar que ocupas entre tus hermanos/as

CUESTIONES A RESPONDER

Antes de saber o darte cuenta de no te identificabas con el sexo que te asignaron al nacer, responde a las siguientes cuestiones:

23. 1. ¿Sabías que era la transexualidad o las personas trans?
 Sí
 No
24. 2. ¿Sabías que existían niñxs o adolescentes trans?
 Sí
 No
25. 3. ¿A qué edad te diste cuenta que tu identidad de género no coincidía con el sexo que te asignaron al nacer?
26. 4. ¿Cuál fue tu principal fuente de información para saber qué era la identidad de género trans? (Puedes marcar varias respuestas)
 Libros
 Internet (redes sociales, vídeos de youtube, visitar páginas web de asociaciones de personas trans...)
 Acudir a un profesional (Psicólog@, Médic@, Psiquiatra, Trabajador@ Social...)
 EN EL CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA OTRA (INDICA CUAL):
27. 5. ¿Qué hacías o decías para manifestar que no te identificabas con tu sexo asignado al nacer?
29. 6. ¿Hubo algún profesional que te ayudara a saber que eres una persona trans?
 Sí
 No
29. 7. ¿Qué profesional te ayudó a identificar tu identidad de género como persona trans? (Puedes marcar varias respuestas)

- Médic@ de cabecera
- Pediatra
- Psicólog@
- Psiquiatra
- Endocrino
- Trabajador@ Social
- Profesor@
- Nadie
- Otro:

30. 8. En tu centro escolar cuando comunicaste tu identidad de género sentida y cómo quieras que se dirijan a ti. ¿Respetaron tu identidad o tuviste algún impedimento?

(Puedes marcar varias respuestas)

- Me pusieron problemas
- No tuve ningún problema
- EN CASO AFIRMATIVO indica qué ocurrió y por parte de quién (profesores, alumnos, figuras parentales de otros alumnos...)
- Otro:

31. 9. ¿Sentiste miedo al saber que eras una persona trans?

- Sí
- No

32. 10. ¿A qué miedos te tuviste que enfrentar al saber que no te identificabas con el sexo que te asignaron al nacer? *(Puedes marcar varias respuestas)*

- Miedos propios (prejuicios, desconocimiento, falta de referentes, creencias irrationales...)
- Miedo a la reacción de la sociedad
- Miedo a la reacción de mi entorno más cercano (escuela, familiares, amigos...)
- Miedo al pensar en mi futuro (realizar estudios superiores, desarrollo profesional, encontrar pareja, formar una familia...)
- Miedo por mi salud
- No tuve ningún miedo
- Otro:

33. 11. ¿Crees que existen motivos por los que has tenido que retrasar la transición hacia tu género sentido? (En caso afirmativo indique cual)

- No existe motivos
- Sí existen motivos
- LOS MOTIVOS SON:

34. 12. ¿A qué edad dijiste en tu entorno que eres una persona trans?

35. 13. ¿Consideras que es beneficioso para los niñxs / adolescentes detectar cuanto antes su identidad de género (en este caso como persona trans)?

- Sí
- No
- Explica brevemente tu respuesta:

UNA VEZ QUE TE IDENTIFICASTE COMO PERSONA TRANS

36. 14. ¿Qué cambios has experimentado desde que expresas tu identidad de género sentida?*

37. 15. ¿Estás recibiendo tratamiento médico para afirmar tu género sentido?

- Sí, mediante bloqueadores hormonales
- Sí, mediante hormonas
- No
- No, pero tengo pensado llevarlo a cabo más adelante
- Otro:

38. 16. ¿Has recibido acompañamiento psicológico durante la transición de género? *

- Sí

No

39. 17. ¿Consideras que resulta beneficioso para una persona adolescente trans, el acompañamiento psicológico durante la transición de género? (Por favor indica el motivo) *

Sí

No

Explica brevemente por qué si o por qué no:

40. 18. ¿Cómo crees que se podría mejorar el acompañamiento psicológico a personas adolescentes trans? (Justifica tu respuesta) *

EN LA ACTUALIDAD

41. 19. ¿Puedes expresar tu identidad de género con naturalidad en tu entorno? (Puedes marcar varias respuestas):

En casa (figuras parentales y hermanos/as)

Resto de familia (abuelos, tíos, primos...)

Centro escolar

Actividades extraescolares o deportivas

Amigos

Por la calle

Todos mis contextos vitales

No puedo expresar mi género con naturalidad en mi entorno

42. 20. ¿Sientes el apoyo de tu familia? *

Si

No

43. 21. Actualmente, ¿quién o quiénes consideras que son tu mayor apoyo en relación a tu identidad de género?. (*Posibilidad de marcar varias respuestas*)

Mi familia (figuras parentales y hermanos/as)

Mi madre

Mi padre

Mi/s herman@/s

Mi pareja

- Mis amig@s
- Otras personas trans que he conocido en asociaciones
- Otro:

44. 22. ¿Por parte de qué profesional sanitario te has sentido mejor atendidx?

- Médic@ de cabecera
- Pediatra
- Psicólog@
- Psiquiatra
- Trabajador@ Social
- Endocrino
- Nadie
- Otro:

45. 23. Dicho profesional (el que mejor me ha atendido) ha hecho que me sienta.

(Posibilidad de marcar varias respuestas)

- Comprendidx
- Escuchadx
- Respetadx
- Que tenía conocimientos sobre diversidad sexual y de género (en concreto identidades trans)
- Ha sabido informarme a cerca de los recursos sanitarios a los que puedo acceder como adolescente trans
- Ha tratado mi identidad de género como lo que es, una identidad de género más
- Ha dado respuesta a mi demanda
- Otro:

46. 24. El profesional sanitario que peor me ha atendido ha sido:

(Posibilidad de marcar varias respuestas)

- Médic@ de cabecera
- Pediatra
- Psicólog@
- Psiquiatra
- Trabajador@ Social
- Endocrino
- Nadie

Otro:

47. 25. Indica los motivos por los que consideras que dicho profesional NO te ha atendido adecuadamente. (Posibilidad de varias respuestas)

- No he sentido comprensión
- No me ha escuchado
- No me ha tratado con respeto
- He notado que no tenía conocimientos sobre diversidad sexual y de género (en concreto identidades trans)
- No ha sabido informarme de los recursos sanitarios a los que puedo acceder como adolescente trans
- Ha tratado mi identidad de género como una patología
- No ha dado respuesta a mi demanda
- Otro:

48. 26. ¿Consideras que profesionales de la salud que te han atendido tenían conocimientos en diversidad sexual y de género (en concreto en identidades trans)?

- Sí
- No
- Indica el motivo:

EN RELACIÓN AL PSICÓLOG@ QUE TE HA ATENDIDO RESPONDE A LAS SIGUIENTES CUESTIONES:

49. 27. ¿Te ha atendido algún psicólog@ por algún motivo NO relacionado con tu identidad de género?

- Sí
- No
- En caso de respuesta afirmativa, INDICA EL MOTIVO:

50. 28. ¿Cuánto tiempo estuviste acudiendo a dicho profesional? (o indica el número de sesiones)

51. 29. Valora el grado de satisfacción recibida por el psicólog@ que te atendió anteriormente: (Indique del 1 al 5 el grado de satisfacción)



52. 30. ¿Actualmente te está atendiendo algún psicólog@ en relación a tu identidad de género?

- Sí
 No

53. 31. ¿Desde cuándo te está atendiendo dicho psicólog@? (o indica el número de sesiones realizadas)

54. 32. Ámbito en el que ejerce dicho psicólog@:

- Psicólog@ Privado
 Psicólog@ del Servicio Sanitario Público
 Psicólog@ de la UIG

55. 33. ¿Crees que el psicólog@ que te está atendiendo en relación a tu identidad de género tiene conocimientos en diversidad sexual y de género (en concreto identidades trans)?:

- Sí
 No
 Explica brevemente por qué sí o por qué no:

56. 34. Valora el grado de satisfacción por parte del psicólog@ que te atiende en relación a tu identidad de género:



57. 35. La atención recibida por parte del/la psicólog@ que me atiende en relación a mi identidad de género, considero que es ADECUADA ya que me siento: (Posibilidad de marcar varias respuestas)

- Comprendido
- Escuchadx
- Respetado
- Que sabe informarme sobre los recursos sanitarios a los que puede acceder como adolescente trans
- Ha dado respuesta a mi demanda
- Otro:

58. 36. La atención recibida por parte del psicólogo@ que me atiende en relación a mi identidad de género, considero que NO es adecuada ya que siento que: (Posibilidad de marcar varias respuestas)

- No me escucha
- No me entiende
- No sabe informe en relación a los recursos sanitarios a los que puedo acceder como adolescente trans
- No entiende mi identidad de género
- No me ha respetado
- No ha dado respuesta al motivo de mi consulta
- Otro:

59. 37. ¿Has buscado otros apoyos, como conocer a otros adolescentes trans? *

- Sí
- No

60. 38. Dicha comunicación la he llevado a cabo a través de:

- Internet (redes sociales)
- Grupos de apoyo de la Comunidad de Madrid a personas trans y sus familias
- Contactando con asociaciones donde acuden adolescentes trans y/o sus familias (ej.: COGAM, CHRYSALLIS...)
- Otro:

61. 39. Actualmente ¿cuáles son tus mayores apoyos en relación a tu identidad de género? (Posibilidad de varias respuestas)

- Profesionales que me atienden (médic@, psicólogo@, psiquiatra, trabajador@ social...)

- Mi familia
- Mis amigos
- Mi pareja
- No tengo ningún apoyo
- Otras personas trans que conozco sólo vía online (redes sociales, Skype...)
- Otras personas trans que tengo un trato directo en reuniones de asociaciones LGTBI
- Indica la Asociación o Institución:

PARA FINALIZAR

62. 40. ¿Estarías interesadx en participar en una entrevista en profundidad (de manera presencial o telefónicamente) para poder desarrollar algunas cuestiones?. Por favor indica sí o no y si quieras ponte en contacto conmigo a través de mi correo electrónico: *

- Sí (lorenasanchez@cop.es)
- No

ANEXO IV. Cuestionario dirigido a figuras parentales

Se le ofrece a usted la posibilidad de participar en el proyecto de investigación titulado “ADOLESCENTES CON IDENTIDADES DE GÉNERO NO NORMATIVAS: ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA PARA LA AFIRMACIÓN DEL GÉNERO” cuyos resultados serán de carácter académico y forma parte de la investigación de Tesis para la obtención del título de Doctorado en Investigación Transdisciplinar en Educación.

EN QUÉ CONSISTE SU PARTICIPACIÓN

Su participación consistirá en responder a un cuestionario cuya realización se llevará a cabo en treinta minutos.

A su vez podrá participar en una entrevista en profundidad cuya duración será de una hora.

BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO

Los resultados obtenidos en esta investigación pueden tener valor para mejorar el acompañamiento psicológico que se lleva a cabo por profesionales de la salud en concreto por profesionales de la psicología a adolescentes transgénero y sus familias en un futuro. Asimismo, puede no obtener ningún beneficio directo.

RIESGOS DE LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO

No se ha identificado ningún riesgo.

QUÉ SUCEDA SI DECIDO NO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Tiene la posibilidad de no participar sin tener que dar explicaciones.

A QUIÉN PREGUNTAR EN CASO DE DUDA

Es importante que comente con la investigadora de este proyecto los pormenores o dudas que surjan antes de aceptar el consentimiento para su participación. Así mismo, podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con la investigadora principal del proyecto, Lorena Sánchez Reyes en el correo electrónico lorenasanchez@cop.es

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos, así como toda la información obtenida será tratada con absoluta confidencialidad por parte de la persona encargada de la investigación. Así mismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los participantes que han colaborado en esta investigación.

Las medidas que se van a tomar para proteger la confidencialidad de los datos y el cumplimiento expreso de la Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal serán: Asignar códigos a cada participante, de manera que la información que proporcionen los cuestionarios o la resonancia será analizada siempre asociado a un código y no a sus datos personales.

Yo, he sido informade/a/o del proyecto de investigación arriba mencionado, y declaro que:

- He leído la Información sobre dicho estudio
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que todos los datos serán tratados confidencialmente

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones

1 *Obligatorio

* Con esto acepto y doy mi conformidad para participar en este estudio.

La palabra "trans" que se utiliza en el cuestionario intenta englobar múltiples formas de expresión de la identidad de género como personas transexuales, transgénero, variantes de género u otras identidades de quienes definen su género como <<otro>> o describen su identidad en sus propias palabras.

2. Fecha de hoy

3. Lugar de residencia (Municipio - Provincia) *

DATOS ADOLESCENTE TRANS

4. Nombre (sin apellidos)

5. Edad *

6. Género sentido por su hijx. (En el caso de que la respuesta no se encuentre entre las opciones a elegir y sea otra, indique cómo se define a sí mismx): *

- Chico (trans)
- Chica (trans)
- Género no binario
- Género fluido
- Otro:

7. Estudios que realiza actualmente:

8. Tipo de centro en el que está realizando sus estudios

- Público
- Privado
- Concertado

DATOS FAMILIARES

9. Nombre de la figura parental 1 (sin apellidos)

10. Identidad de género de la figura parental 1

- Mujer
- Hombre
- Mujer trans
- Hombre trans
- Otro

11. Edad de la figura parental 1

12. Nivel académico (estudios finalizados) de la figura parental 1:

- Primarios (hasta la E.G.B)
- Secundarios (ciclo formativo de grado medio o de grado superior)
- Estudios universitarios
- Sin estudios

13. Profesión actual de la figura parental 1

14. Nombre de la figura parental 2 (sin apellidos)

15. Identidad de género de la figura parental 2:

- Hombre
- Mujer
- Hombre (trans)
- Mujer (trans)
- Otro

16. Edad de la figura parental 2:

17. Nivel de estudios (estudios finalizados) de la figura parental 2:

- Primarios (hasta la E.G.B)
- Secundarios (ciclo formativo de grado medio o de grado superior)
- Estudios universitarios
- Sin estudios

18. Profesión actual de la figura parental 2:

19. Relación entre las figuras parentales:

- Matrimonio
- Separados / divorciados
- Viud@
- Madre / Padre (solter@)

20. Actualmente su hijx vive con
21. Número de hermanos/as
22. Lugar que ocupa entre sus hermanos/as

CUESTIONES A RESPONDER

Antes de conocer o identificar la identidad de género de su hijx como persona trans, responda a las siguientes cuestiones:

23. 1. ¿Sabía qué era la transexualidad y/o la identidad de género trans?
- Sí
 No
24. 2. ¿Sabía o conocía la existencia de menores trans?
- Sí
 No
25. 3. ¿Le sorprendió saber que su hijx era un niñx/adolescente trans?
- Sí
 No
26. 4. ¿Qué edad tenía su hijx cuando supieron que su identidad de género no coincidía con el sexo que le asignaron al nacer?
27. 5. ¿Su hijx les había verbalizado en algún momento que se identificaba con otro género diferente al que le asignaron al nacer?
- Sí
 No
28. 6. ¿Cuál fue su principal fuente de información para saber qué era la identidad de género trans?. En el caso de que la respuesta sea otra, escriba cual.

(Posibilidad de respuesta múltiple)

- Libros

- Televisión
 - Internet (redes sociales, vídeos de youtube, asociaciones de personas trans...)
 - Acudir a un profesional (Psicólog@, Médic@, Psiquiatra, Trabajador@ Social...)
 - Otro:
29. 7. ¿Qué profesional les ayudó a identificar la identidad de género de su hijx como persona trans?
- (Posibilidad de respuesta múltiple)
- Médic@ de cabecera
 - Pediatra
 - Psicólog@
 - Psiquiatra
 - Endocrino
 - Trabajador@ Social
 - Profesor@
 - Otro:
30. 8. En el centro escolar cuando comunicó la identidad de género sentida y cómo quieren que se dirijan a su hijx. ¿Respetaron su identidad o le pusieron algún tipo de impedimento?
- Le pusieron problemas
 - No tuvo ningún problema
 - EN CASO AFIRMATIVO indique qué ocurrió y por parte de quién (profesores, alumnos, figuras parentales de otros alumnos...)
Otro:
31. 9. ¿Sintió miedo al saber que su hijx era una persona trans? *
- Sí
 - No

32. 10. ¿A qué miedos se tuvo que enfrentar al saber la identidad de género de su hijx? En el caso de que la respuesta sea otra, indique a qué se refiere.

*(Posibilidad de respuesta múltiple)**

- Miedos propios/ personales (prejuicios, desconocimiento, creencias irrationales...)
- Miedo a la reacción de la sociedad
- Miedo a la reacción del entorno inmediato (escuela, otros familiares, amigos...)
- Miedo al pensar en su futuro (estudios superiores, desarrollo profesional, formar una familia...)
- Miedo por su salud
- Otro:

33. 11. ¿Considera que existen motivos por los que su hijx está retrasando o ha tenido que retrasar la transición social a su género sentido? (En caso afirmativo indique cual) *

- No existen motivos
- Sí existen motivos
- Los motivos son:

34. 12. ¿A qué edad su hijx llevó a cabo la transición social al género sentido?

35. 13. ¿Considera que es positivo para menores la detección precoz de las identidades trans?

- SI
- NO
- Explique brevemente su respuesta:

UNA VEZ IDENTIFICADA LA IDENTIDAD DE GÉNERO DE SU HIJX:

36. 14. ¿Qué cambios ha observado en su hijx al poder expresar su género sentido?

37. 15. ¿Su hijx adolescente trans está recibiendo tratamiento médico para afirmar su género sentido?

- SI
- NO
- NO (Pero más adelante quiere recibir tratamiento cruzado (bloqueadores/hormonas))

38. 16. ¿Considera que es necesario el acompañamiento psicológico a una persona adolescente trans durante la transición de género? (Por favor indique el motivo) *

- SI
- NO
- Por qué sí o por qué no:

39. 17. ¿Cómo cree que se podría mejorar el acompañamiento psicológico a personas adolescentes trans? (Justifique su respuesta) *

EN LA ACTUALIDAD

40. 18. Actualmente ¿su hijx trans expresa su género sentido?:

(Posibilidad de respuesta múltiple)

- En casa (figuras parentales y hermanos/as)
- Resto de familia (tíos, abuelos, primos...)
- Centro escolar
- Actividades extraescolares
- Todos los contextos vitales
- No expresa su género sentido con su entorno

41. 19. ¿Por parte de qué profesional sanitario se han sentido mejor atendidos?

- Médic@ de cabecera
- Pediatra
- Psicólog@
- Psiquiatra
- Endocrino
- Trabajador@ Social
- Nadie
- Otro:

42. 20. Dicho profesional ha hecho que se sientan:

(Posibilidad de respuesta múltiple)

- Comprendidos
- Escuchados
- Respetados
- Que tenía conocimientos sobre diversidad sexual y de género (en concreto identidades trans)
- Ha sabido informarme a cerca de los recursos sanitarios a lo que puede acceder mi hijo trans
- Ha dado respuesta a nuestra demanda
- Otro:

43. 21. El profesional sanitario que peor les ha atendido ha sido:

- Médic@
- Pediatra
- Psicólog@
- Psiquiatra
- Endocrino
- Trabajador@ Social
- Nadie
- Otro:

44. 22. Indique los motivos por los que considera que dicho profesional no les ha atendido adecuadamente, ya que NO se han sentido:

(Posibilidad de respuesta múltiple)

- Comprendidos
- Escuchados
- No ha sabido informarnos sobre los recursos sanitarios a los que mi hijx puede acceder
- Hemos sentido que trataba la identidad de género de mi hijx trans como una patología
- No nos hemos sentido respetados
- No ha dado respuesta a nuestra demanda
- Otro:

45. 23. ¿Considera que profesionales de la salud con quienes usted ha tratado tenían conocimientos en diversidad sexual y de género (en concreto en identidades trans)?

SI
 NO
 Justifique su respuesta:

EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DE L@S PSICÓLOG@S QUE LES HAN ATENDIDO, RESPONDA A LAS SIGUIENTES CUESTIONES:

46. 24. ¿Ha acudido con su hijx adolescente a algún psicólog@ por algún motivo NO relacionado con su identidad de género?

SI
 NO
 En caso de respuesta afirmativa, indique el motivo:

47. 25. ¿Durante cuánto tiempo? (o número de sesiones)

48. 26. ¿Cómo valoraría el grado de satisfacción recibida por parte del psicólog@ que les atendió?



49. 27. ¿Acuden o han acudido a algún psicólog@ para abordar la identidad de género de su hijx? *

SI
 NO

50. 28. ¿Desde cuándo acuden a un psicólog@ para abordar la identidad de género de su hijx? (Indique si están acudiendo actualmente)

51. 29. ¿Cuántas sesiones han tenido con dicho psicólogo@?

52. 30. ¿Ha cumplido con sus expectativas?

- SI
- NO

53. 31. Ámbito en el que ejerce dicho psicólog@:

- Psicólog@ Privado
- Psicólog@ del Servicio Sanitario Público
- Psicólog@ de la UIG (Unidad de Identidad de Género)

54. 32. ¿Considera que dicho psicólog@ tiene conocimientos en diversidad sexual y de género (en concreto en identidades trans)?:

- SI
- NO
- Indique por qué si o por qué no:

55. 33. Valore el grado de satisfacción recibida por parte del psicólog@ que les atiende por la identidad de género de su hijx:



56. 34. La atención recibida por parte del/la psicólog@ que nos atiende en relación a la identidad de género de mi hijx, la considero ADECUADA ya que nos sentimos:

(Posibilidad de respuesta múltiple)

- Escuchados
- Respetados
- Ha sabido informarnos sobre los recursos sanitarios a los que puede acceder mi hijo adolescente trans
- Ha dado respuesta a nuestra demanda
- Otro:

57. 35. La atención recibida por parte del psicólog@ que nos atiende en relación a la identidad de género de mi hijx, considero que NO es adecuada ya que nos sentimos: (*Possibilidad de respuesta múltiple*)
- No escuchados
 - No comprendidos
 - No ha sabido informarnos sobre los recursos sanitarios a los que puede acceder mi hijo adolescente trans
 - Hemos sentido que trataba la identidad de género de mi hijo trans como una patología
 - No nos hemos sentido respetados
 - No ha dado respuesta a nuestra demanda
 - Otro:
58. 36. ¿Piensa que es necesario el acompañamiento psicológico a figuras parentales con hijxs trans? *
- SI
 - NO
59. 37. ¿Cómo cree que se podría mejorar el acompañamiento psicológico a figuras parentales y familiares de hijxs trans? (Justifique su respuesta) *
60. 38. ¿Ha buscado apoyo en otras figuras parentales o familiares de adolescentes trans? *
- SI
 - NO
61. 39. Dicha comunicación la han llevado a cabo a través de:
- (*Possibilidad de respuesta múltiple*)
- Contactando con asociaciones donde acuden figuras parentales de hijos trans (como COGAM, Chrysalis, Fundación Triángulo...)
 - Internet (redes sociales)
 - Grupos de apoyo de la Comunidad de Madrid de familias LGTBI
 - Otro:

62. 40. ¿Cuáles son actualmente sus mayores apoyos en relación a la identidad de género de su hijx?

(Posibilidad de respuesta múltiple)

- Profesionales que nos atienden (médic@, psicólog@, psiquiatra, trabajador@ social...)
- Otras figuras parentales de hijos/as/es trans que tenemos contacto a través de internet (redes sociales, skype...)
- Nuestra familia
- Nuestros amigos
- No tenemos ningún tipo de apoyo
- Otras figuras parentales de hijos/as/es trans que tenemos un contacto directo en reuniones de asociaciones
- INDIQUE LA ASOCIACIÓN O INSTITUCIÓN A LA QUE ACUDEN:

PARA FINALIZAR

63. 41. ¿Estaría interesad@ en participar en una entrevista en profundidad (de manera presencial o telefónicamente) para poder desarrollar algunas cuestiones?. Por favor indique sí o no y póngase en contacto conmigo a través de mi correo electrónico: *

- SI (lorenasanchez@cop.es)
- NO

ANEXO V. Guion entrevistas adolescentes trans

Fecha:

Nombre:

Edad:

Lugar de residencia:

Identidad de género:

Edad:

Nº hermanos/as:

Edad figura parental 1:

Edad figura parental 2:

Profesión figura parental 1:

Profesión figura parental 2:

¿Estudia / Trabaja?

Actualmente vives con:

La palabra “trans” hace referencia a personas transexuales, transgénero, variantes de género u otras identidades de quienes definen su género como <>.

1. ¿Recuerdas a qué edad o desde cuando no te identificabas con tu sexo asignado al nacer?
2. ¿Recuerdas a qué personas les decías que tu identidad (tu nombre, tú género...) no era el que te decían tus figuras parentales o los médicos?
3. ¿Qué hacías para expresar tu identidad de género sentida?
4. ¿Recuerdas cuándo se lo dijiste a tus figuras parentales? ¿qué edad tenías?
5. ¿Cuál fue la reacción de tus figuras parentales?
6. ¿Y de tus amigos?
7. ¿Y en tu escuela?
8. ¿A qué edad hiciste la transición social a tu identidad de género?
9. ¿Existió o existe algún motivo por el que retrasaras tu transición?
10. ¿Has acudido con tus figuras parentales a algún profesional (como un médico, psicólogo...) para saber qué te pasaba?
11. ¿Qué tal te fue?
12. ¿Sentías que te ayudaban?
13. ¿Tenían conocimientos sobre diversidad sexual e identidad de género?
14. ¿Cuándo fue la primera vez que fuiste con tus figuras parentales a un profesional de la psicología? ¿lo recuerdas?

15. ¿Sabías para qué ibas?
16. ¿Era psicólogo o psicóloga?
17. ¿Te gustaba ir? ¿Por qué sí? o ¿Por qué no?
18. ¿Crees que el psicólogo/a que te atendió sabía qué era una persona trans?
19. ¿Después de acudir al psicólogo/a te sentías mejor?
20. ¿Hubieras cambiado o mejorado algún aspecto respecto a la atención psicológica recibida?
21. En todo este proceso de transición hacia la identidad de género sentida ¿quién es tu mayor apoyo (profesional, familia, amigos, otros adolescentes trans, nadie)?

ANEXO VI. Guion entrevistas figuras parentales

Fecha:

Nombre:

Edad:

Lugar de residencia:

Nombre hijx (sin apellidos):

Identidad de género de su hijx:

Edad hijx:

¿Estudia / Trabaja?

Actualmente su hijx vive con:

La palabra “trans” hace referencia a personas transexuales, transgénero, variantes de género u otras identidades de quienes definen su género como <>otro>.

1. Antes de conocer o identificar la identidad de su hijx como persona trans. ¿Sabía qué era la transexualidad?
2. ¿Qué opinión tenían acerca de las personas transexuales?
3. ¿En qué momento supieron que su hijo adolescente es una persona trans?
4. ¿Cuál fue su reacción al saber que su hijx adolescente es una persona trans?
¿Negación?
5. ¿Cómo se sintieron?
6. ¿En qué momento decidieron acudir a un profesional?
7. ¿A qué profesionales acudieron?
8. ¿Por qué o con qué objetivo?
9. ¿Cómo valora el trato recibido por los mismos?
10. ¿Acudieron o acuden a un psicólogo en relación a la identidad de género de su hijo?
¿por qué?
11. ¿Era psicólogo o psicóloga?
12. ¿Con qué objetivo o expectativas acudieron al psicólogo?
13. ¿Quién se lo recomendó o cómo le conocieron?
14. ¿En qué consisten o consistían las sesiones con ustedes y su hijo adolescente trans?
15. ¿Qué tipo de terapia realizaba? (psicoanálisis / cognitivo conductual...)

16. ¿Sesiones individuales o grupales?
17. ¿Durante cuánto tiempo estuvieron acudiendo?
18. A su hijo le pasaron alguna prueba psicométrica (para medir qué)
19. ¿Cómo se sentían después de acudir al psicólogo?
20. ¿Cómo valoraría la atención recibida?
21. ¿Qué ha echado en falta o mejoraría de la atención psicológica recibida?
22. Quién o quiénes son sus mayores apoyos en este momento (familia, amigos, otras figuras parentales con hijxs trans, nadie).

ANEXO VII. Consentimiento informado entrevistas en profundidad a menores de edad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. / D^a
en calidad de

He/hemos leído la hoja de información que se me/nos ha entregado, copia de la cual figura en el reverso de este documento, y la he/hemos comprendido en todos sus términos.

He/hemos sido suficientemente informado/s y he/hemos podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicados en el proyecto de investigación “ADOLESCENTES CON IDENTIDADES DE GÉNERO NO NORMATIVAS: ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA PARA LA AFIRMACIÓN DEL GÉNERO” por la Universidad de Valladolid y para el que se ha pedido la colaboración de mi/nuestro (hijo, pupilo o representado)

Comprendo/comprendemos que la participación es voluntaria y que el menor en cuya representación actúo/actuamos puede retirarse del mismo cuando quiera; sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y sin ningún tipo de repercusión negativa.

Consultado el menor no ha manifestado oposición a participar en este proyecto de investigación.

Por todo lo cual, PRESTO/PRESTAMOS EL CONSENTIMIENTO para la participación en el proyecto de investigación al que este documento hace referencia y para que los datos de carácter personal del menor sean tratados, según la normativa vigente y la política de protección de datos de la Universidad de Valladolid, para el uso exclusivo en este proyecto.

En a

Firmado:

Firmado:

ANEXO VIII. Consentimiento informado entrevistas en profundidad a adultos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO CON EL TÍTULO: "ADOLESCENTES CON IDENTIDADES DE GÉNERO NO NORMATIVAS: ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA PARA LA AFIRMACIÓN DEL GÉNERO" por la Universidad de Valladolid.

Investigadora principal: Lorena Sánchez Reyes

Yo _____ he sido informado/a por Lorena Sánchez Reyes investigadora principal del proyecto de investigación arriba mencionado, y declaro que:

- He leído la hoja de Información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que todos los datos serán tratados confidencialmente

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones

Con esto doy mi conformidad para participar en este estudio.

Fecha:

Firmado:

ANEXO IX. Hoja de información para la investigación

HOJA DE INFORMACIÓN

Se le ofrece a usted la posibilidad de participar en el proyecto de investigación titulado “ADOLESCENTES CON IDENTIDADES DE GÉNERO NO NORMATIVAS: ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA PARA LA AFIRMACIÓN DEL GÉNERO” cuyos resultados serán de carácter académico y forma parte de la investigación de Tesis para la obtención del título de Doctorado en Investigación Transdisciplinar en Educación, por la Universidad de Valladolid.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

En qué consiste su participación: Su participación consistirá en una entrevista en profundidad cuya duración será de una hora. A su vez podrá participar en un cuestionario cuya realización se llevará a cabo en cuarenta minutos.

BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO

Los resultados obtenidos en esta investigación pueden tener valor para mejorar el acompañamiento psicológico que se lleva a cabo por profesionales de la salud en concreto por profesionales de la psicología a adolescentes trans y sus familias en un futuro. Asimismo, puede no obtener ningún beneficio directo.

RIESGOS DE LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO

No se ha identificado ningún riesgo.

QUÉ SUCEDA SI DECIDO NO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Tiene la posibilidad de no participar sin tener que dar explicaciones.

A QUIÉN PREGUNTAR EN CASO DE DUDA

Es importante que comente con la investigadora de este proyecto los pormenores o dudas que surjan antes de firmar el consentimiento para su participación. Así mismo, podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre cualquier aspecto del estudio y sus implicaciones a lo largo del mismo contactando con la investigadora principal del proyecto, Lorena Sánchez Reyes en el correo electrónico lorenasanchez@cop.es

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos, así como toda la información obtenida será tratada con absoluta confidencialidad por parte de la persona encargada de la investigación. Así mismo, si los resultados del estudio fueran susceptibles de publicación en revistas científicas, en ningún momento se proporcionarán datos personales de los participantes que han colaborado en esta investigación.

Las medidas que se van a tomar para proteger la confidencialidad de los datos y el cumplimiento expreso de la Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal serán: Asignar códigos a cada participante, de manera que la información que proporcionen los cuestionarios o la resonancia será analizada siempre asociado a un código y no a sus datos personales.

**ANEXO X. Respuestas emitidas por adolescentes trans en las entrevistas
en profundidad**



**ANEXO XI. Respuestas emitidas por figuras parentales en las entrevistas
en profundidad**

