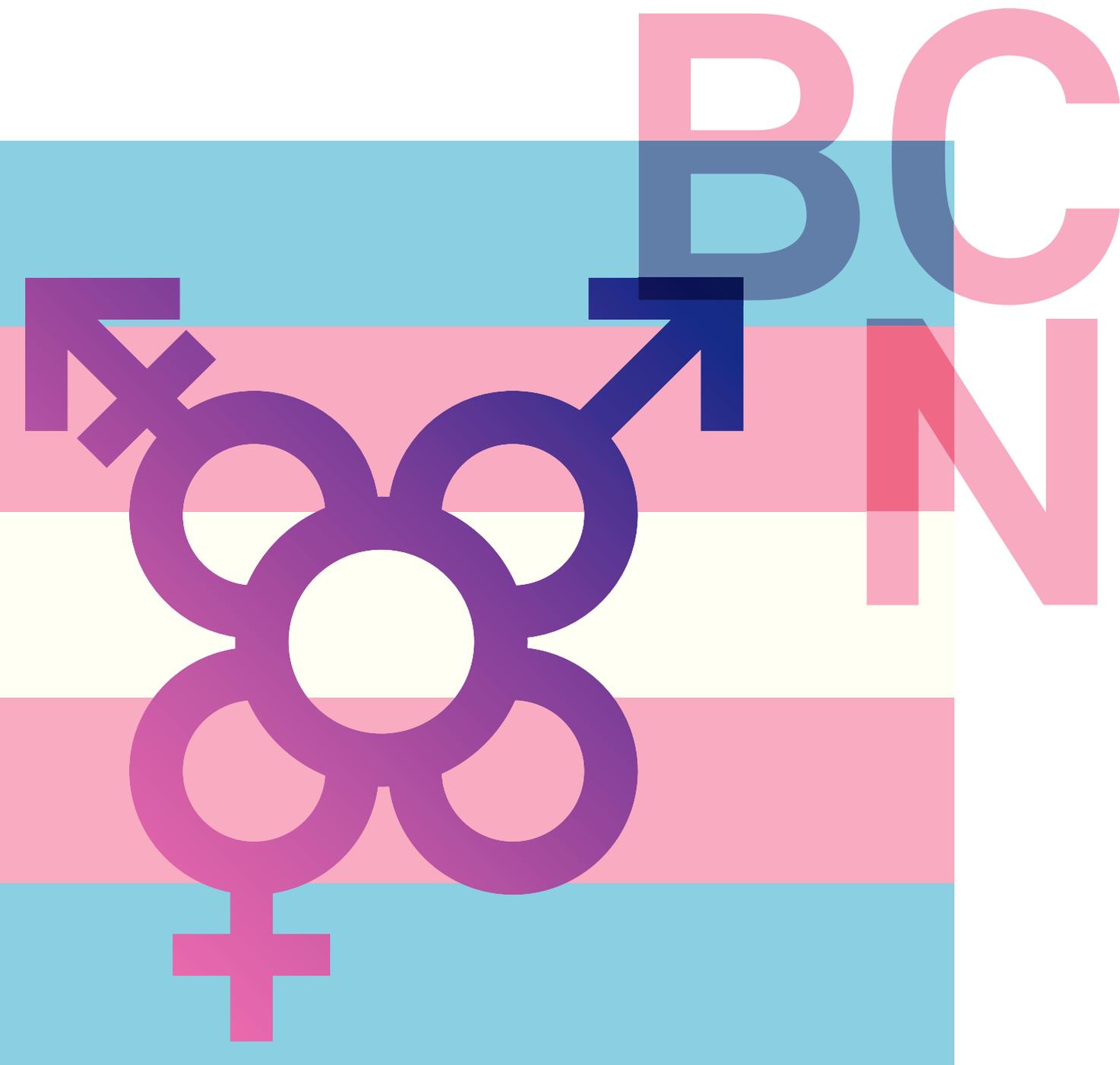


# Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona



**Área de Derechos de Ciudadanía,  
Participación y Transparencia**  
Dirección de Feminismos y LGTBI

**Informe de modelo de  
acompañamiento y asistencia  
a personas trans en la ciudad  
de Barcelona**

Barcelona, abril del 2016



**Esta publicación forma parte  
del despliegue del Plan municipal  
para la diversidad sexual y de género**  
Medidas para la igualdad LGTBI  
2016-2020

**Autoría del informe:**  
Cristina Garaizabal (coordinadora)  
Jordi Mas  
Rosa Almirall  
Soraya Vega

**Corrección lingüística:**  
Tau Traduccions SL

**Diseño gráfico:**  
Kike Vergés





# ÍNDICE

<b>1. Introducción y marco general</b> .....	<b>7</b>
1.1 Diversidad de las personas trans. Del modelo patologizador al modelo despatologizante .....	8
1.2 El marco legal.....	11
1.3 Los protocolos y modelos de atención a la salud de las personas trans .....	13
1.4 Los centros de atención integral: experiencias de otros países.....	14
<b>2. Diagnóstico de la situación en la atención a la salud trans en la ciudad de Barcelona</b> .....	<b>15</b>
2.1 Metodología.....	15
2.2 La Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic de Barcelona.....	16
2.3 El servicio Trànsit del Instituto Catalán de la Salud .....	19
2.4 Las personas menores de edad con género no normativo.....	23
<b>3. Recomendaciones para un buen funcionamiento de los servicios públicos dirigidos a personas trans</b> .....	<b>27</b>
3.1 Garantizar una atención integral a la salud no patologizante .....	28
3.2 Promover acciones para luchar contra la transfobia y fomentar el respeto a la diversidad de género.....	29
3.3 Promover actuaciones coordinadas entre los diferentes servicios sociales, educativos y sanitarios en relación con el hecho trans durante la infancia y la adolescencia .....	30
3.4 Promover acciones para la inclusión comunitaria activa de las personas trans.....	31
3.5 Promover acciones para la inserción laboral de las personas trans .....	32
3.6 Mejorar y promocionar la atención integral de las personas mayores trans en su entorno habitual y residencial .....	33
<b>4. Líneas para definir un modelo de atención integral para personas trans</b> .....	<b>34</b>
4.1 Servicio de Acogida y Acompañamiento Trans.....	34
4.2 El servicio integral a la salud. Recomendaciones para el Consorcio Sanitario de Barcelona y el Departamento de Salud de la Generalitat.....	39
<b>ANEXO 1. Testimonios de personas trans en relación con la UIG del Hospital Clínic</b> .....	<b>40</b>
<b>Anexo 2. Presentación del servicio Trànsit</b> .....	<b>47</b>



## 1. INTRODUCCIÓN Y MARCO GENERAL

Este informe responde al encargo hecho por la Concejalía de Feminismos y LGTBI del Ayuntamiento de Barcelona para evaluar cómo se están cubriendo las necesidades de las personas trans o con variabilidad de género en materia de salud, y elaborar un modelo de acompañamiento y asistencia para esta población en la ciudad.

Por una parte, hemos elaborado un diagnóstico de la situación de la atención pública a la salud trans en la ciudad de Barcelona, teniendo en cuenta las experiencias de servicios similares, con el objetivo de desarrollar unas recomendaciones destinadas a implantar un modelo de atención a la salud desde una perspectiva no patologizante e inclusiva.

Por otra parte, hemos definido las líneas básicas para la creación de un servicio municipal de atención integral a las personas trans. Este servicio debe centrarse en los aspectos psicosociales y comunitarios, y no tan solo en cuestiones relacionadas con la salud, tal como sucede actualmente en Cataluña.

Este informe ha estado coordinado por Cristina Garaizabal, psicóloga con experiencia en el acompañamiento de personas trans desde finales de los años ochenta, y ha sido también elaborado por Cristina Garaizabal, Jordi Mas Grau, sociólogo y antropólogo especialista en estudios trans, y la Dra. Rosa Almirall y Soraya Vega, ginecóloga y psicóloga respectivamente, profesionales de Trànsit, que se han ocupado fundamentalmente de las recomendaciones en materia de salud.

Se han recogido las opiniones de entidades trans (ATC, EnFemme, Espacio Trans, Chrysallis, Generem! y Grupo de Familias de Personas Trans), con las que se ha hecho una reunión para contar con sus ideas y demandas.

También se ha pedido el asesoramiento de personas trans o expertas en temas LGTBI, como Andreu Agustí, Gerard Coll-Planas y Miquel Missé, que han revisado el informe y aportado sus ideas. Nos hemos coordinado, también, con Nuria Gregori, puesto que ella ha coordinado un informe de diagnóstico sobre personas intersexuales, y ambos temas comparten no pocas cuestiones.

7

Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia

Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona



## 1.1 Diversidad de las personas trans. Del modelo patologizador al modelo despatologizante

La transexualidad apareció como categoría médica en los años cincuenta del siglo XX con el objetivo de identificar a aquellas personas que sentían una identidad de género que no se correspondía con su sexo biológico. Para corregir lo que se consideraba una patología, la biomedicina elaboró protocolos terapéuticos que establecían la hormonación y las cirugías de reasignación sexual como el tratamiento que debían seguir todas las personas transexuales. Durante bastante tiempo, la clase médica publicitó este tratamiento como la única forma que tenía la persona trans<sup>1</sup> de ocupar una posición de normalidad en el sistema binario y excluyente de género. Sin embargo, en un primer momento, la terapia hormonoquirúrgica no era aceptada de forma unánime por la comunidad profesional, que se decantaba mayoritariamente por una atención psicoterapéutica destinada a corregir los deseos transexualizadores del o de la paciente.<sup>2</sup>

Con la voluntad de hacer frente a las críticas y legitimar social y científicamente el tratamiento hormonoquirúrgico, se crearon unos criterios diagnósticos para determinar qué personas eran verdaderamente transexuales. El *transexualismo* se incluyó como categoría psiquiátrica en la tercera edición del DSM (1980), el manual clasificatorio de trastornos mentales más influyente de alcance mundial que elabora la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Casi al mismo tiempo se desclasificó la

homosexualidad gracias a las presiones de los movimientos de gais y lesbianas, que hacía tiempo que reivindicaban la despatologización del deseo homoerótico. En la cuarta edición del DSM (1994), se sustituyó el término *transexualismo* por la categoría *trastorno de la identidad sexual*. Actualmente, en la quinta y última versión del manual (2013), el fenómeno se categoriza como *disforia de género*.

Las categorías psiquiátricas con que se ha conocido la transexualidad, con sus criterios diagnósticos correspondientes, no tan solo han servido para decidir quién accede al tratamiento, sino que también han condicionado la forma en que las personas trans se piensan a ellas mismas y cómo la sociedad entiende el fenómeno. Individualmente, una persona diagnosticada puede interiorizar que su condición es anormal. Socialmente, un diagnóstico de anormalidad psiquiátrica facilita la discriminación y el estigma. La psiquiatrización de la transexualidad actúa como una poderosa herramienta de legitimación de nuestro sistema de género, ya que a todas aquellas personas que rechazan el género de asignación<sup>3</sup> se las considera seres patológicos que necesitan asistencia psiquiátrica.<sup>4</sup>

No obstante, Foucault recuerda que estas categorizaciones tienen unos efectos ambivalentes, ya que no tan solo cumplen una función represiva o controladora, sino que también posibilitan

1 A lo largo del texto utilizaremos la palabra *trans* como una categoría paraguas que engloba todas las identidades y expresiones de varianza de género (transexuales, transgéneros, *crossdressers*, etcétera).

2 Billings, Dwight; y Urban, Thomas (1998), "La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica", en José Antonio Nieto (comp.): *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Madrid: Talasa, pp. 91-116.

3 Entendemos por *género de asignación* el género que se atribuye a la persona en el momento de nacer en función de su morfología genital. En nuestras sociedades se establece una correlación directa entre el sexo y el género (según las ecuaciones: hombre = masculino, mujer = femenino).

4 Nieto, José Antonio (2008), *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*, Barcelona: Ediciones Bellaterra.

una “afirmación inversa”, es decir, una utilización de estas categorías con fines rupturistas y transgresores por parte de las personas categorizadas. En este sentido, las categorías diagnósticas (como la homosexualidad, la transexualidad, el tranvestismo o la intersexualidad), creadas para reforzar el control social sobre las minorías sexuales y de género, pueden transformarse en políticas de autoafirmación que cuestionen el mismo sistema de sexo y de género que pretende controlarlas. Las luchas, reivindicaciones y consecuciones del movimiento LGTBI son un buen ejemplo.

En el año 2009 numerosas asociaciones de todo el mundo, encabezadas por grupos trans de Barcelona, se integraron en la campaña internacional Stop Trans Pathologization (STP), que pide que la transexualidad sea retirada de los manuales de trastornos mentales (el DSM y la CIE que elabora la OMS). Aparte de la despatologización de la transexualidad, la campaña tiene como objetivos conseguir el libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías, sin necesidad de tutela psiquiátrica, la cobertura pública de la atención a la salud respetando la diversidad de esta población, el reconocimiento de todas las identidades trans y la lucha contra la transfobia institucional y social.<sup>5</sup> Este movimiento internacional considera que el hecho trans es una forma más de construir la identidad de género, tan válida y legítima como cualquier otra. En consecuencia, no puede ser tratado como una enfermedad, trastorno o anomalía. Desde esta perspectiva despatologizante, se entiende que la identidad de género es un derecho inalienable de la persona, que es quien debe poder decidir en todo momento qué actuaciones terapéuticas necesita sin tener que someterse a una diagnosis psiquiátrica.

Sin embargo, buena parte de la comunidad de profesionales que se dedican a la atención a las personas trans consideran el modelo despatologizador como el más adecuado, pero no hay muchos que lo apliquen hasta las últimas consecuencias. La despatologización implica eliminar el diagnóstico elaborado por profesionales de la psicología o la psiquiatría, y sustituirlo por el “consentimiento informado”. Esto supone algo más que la firma de un formulario por parte del usuario o usuaria antes de iniciar cualquier tratamiento: se trata de otorgar la plena capacidad de decisión a la persona, mientras el o la profesional de la salud le ofrece toda la información disponible y lo acompaña —siempre que la persona lo desee— en su proceso de subjetivación.

Por otra parte, hay que pensar que las personas trans no son un grupo homogéneo. La diversidad entre ellas es tal que no se puede considerar que todas necesiten la misma atención ni los mismos recursos. Hay quien se siente del “género contrario” al que le ha sido asignado, quien no se identifica con los modelos normativos de mujer y hombre, quien se siente confundido, quien tiene muy claro que no se siente del género que se le ha asignado, pero no tiene claro cómo encontrar la satisfacción personal y el equilibrio, etcétera. Igualmente, las necesidades que tienen las personas trans hacia los servicios de salud varían mucho en función de las características personales, de los niveles de sufrimiento que implica el desarrollo de una identidad de género no normativa, de sus vivencias corporales, de las ideas que tienen de los géneros, de las expectativas que tienen en relación con la transición, de cómo quieren transitar y hasta dónde, etcétera.

5 <http://www.stp2012.info/old/es/objetivos>.



Por lo tanto, no todas las personas trans quieren someterse a una cirugía ni obtener los mismos efectos corporales derivados del tratamiento hormonal. Además, aparte del tratamiento hormonoquirúrgico, hay toda una serie de servicios vinculados a la promoción de la salud que en esta población adquieren una relevancia especial, como la atención ginecológica o los análisis para controlar los efectos de la hormonación. Por todo eso, los y las profesionales de la red pública de salud —y en especial de los centros de atención primaria— deberían tener la información y formación adecuadas para atender de manera apropiada las demandas que formula esta población diversa, ya sea mediante la atención directa o la derivación hacia los servicios especializados.

Finalmente, la atención a las personas trans no siempre debería darse en el marco de los servicios médicos, tal como sucede actualmente en Cataluña. La fuerte transfobia social hace que estas personas experimenten cotidianamente situaciones de violencia, discriminación y exclusión, y este hecho se tiene que combatir desde diferentes ámbitos (laboral, jurídico, educativo, etcétera). En este sentido, resulta necesaria la creación de un servicio municipal de atención integral centrado en los aspectos psicosociales y comunitarios, capaz de actuar frente a los diferentes ejes de desigualdad y de garantizar los derechos fundamentales de las personas trans.

## 1.2 El marco legal

A finales de los años 2000, diversos organismos y autoridades políticas internacionales reclamaron un cambio de modelo en cuanto a la conceptualización, atención y reconocimiento de las personas trans. La declaración de la Asamblea General de la ONU sobre identidad de género, orientación sexual y derechos humanos (2008),<sup>6</sup> la resolución del Parlamento Europeo que suscribe la declaración de la ONU (2011),<sup>7</sup> los Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos a cuestiones de orientación sexual e identidad de género (2007)<sup>8</sup> o el informe sobre derechos humanos e identidad de género del comisario europeo de Derechos Humanos, Thomas Hammarberg (2009),<sup>9</sup> solicitan la despsiquiatrización de la transexualidad y subrayan que la libre expresión de las identidades de género tiene que ser entendida como un derecho humano básico. Desde esta perspectiva, se considera que los derechos de las personas trans pueden verse vulnerados si se mantienen dos de los principales pilares del paradigma biomédico: la consideración de la transexualidad como trastorno mental y la exigencia de la diagnosis psiquiátrica como requisito de acceso al tratamiento hormonal y quirúrgico de modificación corporal.

En esta misma línea se expresó el Parlamento de Cataluña en el 2012,<sup>10</sup> cuando en una declaración institucional solicitó la exclusión de la transexualidad de los catálogos de enfermedades mentales y el reconocimiento de la igualdad y la dignidad de las personas trans. Además, la aprobación de la Ley 11/2014, para la defensa de los derechos de las personas LGBTI,<sup>11</sup> ofrece el marco normativo necesario para la construcción de un modelo de atención no patologizante que respete la diversidad trans. La ley pretende garantizar la atención integral a personas transgénero en condiciones de igualdad y la participación de la persona en la toma de decisiones (art. 16). También se especifica que las personas transgénero deben poder acogerse a lo que establece la ley sin que sea preciso ningún diagnóstico de disforia de género<sup>12</sup> (art. 23).

6 [https://www.oas.org/dil/esp/orientacion\\_sexual\\_Declaracion\\_UNU.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Declaracion_UNU.pdf).

7 <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//ES>.

8 <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>.

9 [http://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/Human\\_rights\\_and\\_gender\\_identity.pdf](http://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/Human_rights_and_gender_identity.pdf).

10 [http://www.parlament.cat/web/activitat-parlamentaria/declaracions-institucionals/index.html?p\\_format=D&p\\_id=115596163](http://www.parlament.cat/web/activitat-parlamentaria/declaracions-institucionals/index.html?p_format=D&p_id=115596163).

11 [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa/?documentId=672704&action=fitxa](http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=672704&action=fitxa).

12 Recordamos que *disforia de género* es la categoría diagnóstica con que se conoce la transexualidad en la última versión del DSM.

El bienestar de muchas personas trans también depende de los requisitos legales para acceder al cambio de nombre y de sexo en los registros y documentos oficiales. El reconocimiento administrativo de la identidad de género es una herramienta indispensable para combatir la transfobia y garantizar la igualdad de oportunidades, ya que un documento identificativo que no refleje la identidad de la persona puede dificultar el acceso al mercado de trabajo, a los servicios públicos, a los centros de ocio, etcétera. En el 2007 se aprobó en España la Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas,<sup>13</sup> que excluye la obligatoriedad de someterse a la cirugía de reasignación genital para acceder al cambio de sexo registral<sup>14</sup> (art. 4.2). No obstante, son

requisitos indispensables presentar un diagnóstico psiquiátrico de *disforia de género* (art. 4.1.a) y seguir un tratamiento hormonal durante un periodo mínimo de dos años (art. 4.1.b). Estos requerimientos vulneran algunas declaraciones e informes internacionales, como los Principios de Yogyakarta y el informe Hammarberg, que subrayan que ninguna persona debe ser obligada a someterse a tratamientos médicos para obtener el reconocimiento legal de su identidad de género. En este sentido, las leyes de Argentina (2012),<sup>15</sup> Dinamarca (2014)<sup>16</sup> y Malta (2015)<sup>17</sup> no exigen ningún requisito terapéutico para acceder al cambio de sexo y de nombre, ya que se fundamentan en el principio de autodeterminación del propio género y el derecho a la integridad corporal.

---

<sup>13</sup> [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-5585](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-5585).

<sup>14</sup> Antes de la aprobación de la ley, las rectificaciones registrales seguían la vía judicial. El Tribunal Supremo mantenía la posición firme de exigir tratamientos hormonales y quirúrgicos para la reasignación de los caracteres sexuales primarios y secundarios en consonancia con el género deseado.

<sup>15</sup> [http://www.tgeu.org/sites/default/files/ley\\_26743.pdf](http://www.tgeu.org/sites/default/files/ley_26743.pdf).

<sup>16</sup> [http://www.ft.dk/Rl/pdf/samling/20131/lovforslag/L182/20131\\_L182\\_som\\_fremsat.pdf](http://www.ft.dk/Rl/pdf/samling/20131/lovforslag/L182/20131_L182_som_fremsat.pdf).

<sup>17</sup> <http://justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lp&itemid=26805&l=1>

### 1.3 Los protocolos y modelos de atención a la salud de las personas trans

Los Standards of Care (SOC) que elabora la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) se han convertido en el protocolo de atención de referencia a escala mundial. Su contenido ha sido revisado varias veces y la última versión (la séptima) se publicó en el 2011.<sup>18</sup> Esta versión recoge algunas de las exigencias de organismos políticos y asociaciones trans, lo que la diferencia claramente de las ediciones anteriores. Algunas de las novedades más destacables son las siguientes:

1. Se considera una guía clínica flexible que debe adaptarse en función del contexto, los sistemas y equipos de atención y las necesidades de cada persona trans.
2. Se reconoce la diversidad de expresiones de género y se admite la existencia de diversas opciones terapéuticas.
3. Se insta a la comunidad de profesionales de la salud a no imponer una visión binaria del género y a adquirir conocimientos sobre identidades y expresiones de variabilidad de género.
4. Se acepta que cualquier profesional de salud con conocimientos en salud conductual y cuestiones de género participe en todas las fases del proceso terapéutico (hecho que incluye a los profesionales de la atención primaria).
5. Se insiste en que el bienestar de las personas trans no tan solo depende de una buena atención clínica, sino también de un ambiente social y político que garantice sus derechos y la plena ciudadanía.

Si bien existe una gran variedad de modelos de atención a la salud de las personas trans a escala internacional, la mayoría se fundamenta en alguno de los dos grandes paradigmas existentes: el de la patologización y el del consentimiento informado. En bastantes países europeos, España incluida, los servicios de atención a la salud establecen un itinerario terapéutico estandarizado en el que la diagnosis psiquiátrica es un requisito obligatorio para acceder al tratamiento. Por su parte, en algunas partes de Canadá y los EE. UU. se ha implantado un modelo de atención basado en el consentimiento informado. En este modelo, la tarea del o de la profesional de la salud consiste en ofrecer la información, el acompañamiento y el asesoramiento adecuados a las necesidades de cada persona trans a lo largo de su proceso de cambio.<sup>19</sup> Todas las decisiones son competencia final de la persona, hecho que implica la eliminación de la evaluación diagnóstica y la adecuación del tratamiento a la diversidad de ritmos y expectativas.

13

Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia

Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona

<sup>18</sup> WPATH (2011). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. [http://www.wpath.org/uploaded\\_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf](http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf).

<sup>19</sup> Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español (2010), *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud*. <http://www.aldarte.org/comun/imagenes/documentos/STPpropuestasanidad.pdf>.

## 1.4 Los centros de atención integral: experiencias de otros países

Entendiendo que el bienestar de las personas trans no tan solo depende de una buena atención sanitaria, sino también de su plena inclusión social y de un contexto libre de transfobia, algunas administraciones públicas y ONG han puesto en marcha centros de atención integral que van más allá de la atención a la salud. Existe una gran disparidad de modelos en cuanto a la forma de gestión, financiación, servicios ofrecidos y perfil del personal que trabaja en este tipo de centros. Además, en la mayoría de los casos se trata de programas dirigidos a las personas trans que se integran en centros LGBT. No obstante, en los últimos tiempos se han puesto en marcha

centros y programas específicos para esta población en Colorado (EE.UU.),<sup>20</sup> la Columbia Británica (Canadá)<sup>21</sup> y el Reino Unido.<sup>22</sup> A pesar de no disponer de la información necesaria para realizar una valoración exhaustiva de estos centros, podemos destacar los principales servicios que se ofrecen: la acogida (en línea, telefónica y presencial), la información sobre recursos sanitarios, los grupos de ayuda mutua, los espacios de socialización, las actividades pedagógicas para el profesorado, el alumnado y el personal de servicios públicos, el asesoramiento legal y laboral, las iniciativas culturales y de sensibilización, etcétera.

---

<sup>20</sup> The Gender Identity Center. <https://www.gic-colorado.org/>.

<sup>21</sup> Transgender Health Information Program. <http://transhealth.vch.ca/about/vision-mission>.

<sup>22</sup> Gender Identity Research and Education Society. <http://www.gires.org.uk/what-we-do>.

## 2. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA SALUD TRANS EN LA CIUDAD DE BARCELONA

### 2.1 Metodología

Para el análisis de la situación de las personas trans en la ciudad de Barcelona y de los servicios de salud especializados, así como para la elaboración de recomendaciones y líneas para definir un servicio de atención integral, se han utilizado diversas técnicas de recogida de datos. La diagnosis de la Unidad de Identidad de Género (UIG) y de Trànsit se ha efectuado mediante los datos obtenidos a lo largo de la investigación doctoral, realizada por Jordi Mas, *Subjetividades y cuerpos gestionados. Un estudio sobre la patologización y medicalización del transgénero*.<sup>23</sup> En esta investigación, realizada en Cataluña entre el 2010 y el 2014, fueron entrevistadas 41 mujeres trans, 13 hombres trans y 10 profesionales de la salud que trabajan con esta población (7 de los cuales trabajan o habían trabajado en la UIG y 2 en Trànsit). Asimismo, se organizó un grupo de discusión con 7 mujeres trans, se realizó observación participante en acontecimientos organizados o dirigidos a personas trans y se efectuó la observación de un foro en línea en lengua española. Para el análisis de Trànsit, también se han utilizado los datos y los testimonios recogidos por las profesionales que trabajan en este servicio: Rosa Almirall (ginecóloga) y Soraya Vega (psicóloga). Cabe subrayar que, durante la elaboración de este informe, se ha contactado en varias ocasiones con la UIG con la voluntad de entrevistar a las personas que trabajan en esta unidad, pero han declinado nuestra petición.

Asimismo, se ha asistido a una reunión de la asociación Generem! para recoger sus valoraciones, y se ha organizado un encuentro con la mayoría de organizaciones trans de la ciudad (ATC, EnFemme, Espacio Trans, Chrysalis y Generem!) para discutir un primer borrador del informe y debatir sus sugerencias y demandas. La Asociación de Madres y Padres de Gais, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales (AMPGIL), aunque no pudo asistir al encuentro, efectuó sus aportaciones por vía electrónica. También se ha entrevistado a Ramon Escuriet y Anna Rubio, técnicos del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, con el objetivo de recoger datos sobre la atención a la salud de las personas trans.<sup>24</sup> Finalmente, se ha contado con el asesoramiento de personas trans y/o expertas en temas LGTBI, como Andreu Agustí, Gerard Coll-Planas y Miquel Missé.

<sup>23</sup> [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/64043/1/JMG\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/64043/1/JMG_TESIS.pdf).

<sup>24</sup> Todos los datos referentes a la UIG han sido aportados por el Departamento de Salud de la Generalitat.

## 2.2 La Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic de Barcelona<sup>25</sup>

En el Estado español es cada comunidad autónoma la que decide la inclusión de las cirugías de reasignación genital en su cartera complementaria de servicios a la salud. A raíz de la decisión de la Generalitat de Catalunya de financiar este tipo de cirugías, CatSalut reconoce oficialmente, en el 2008, la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Clínic de Barcelona como unidad de referencia y derivación para la atención de las personas trans residentes en Cataluña.<sup>26</sup> La UIG está integrada en el Centro de Salud Mental de Adultos del mismo hospital, y la conforma un equipo pluridisciplinar: una psicóloga clínica, dos psiquiatras, una psicóloga y una psiquiatra infanto-juveniles, dos endocrinólogas, un ginecólogo, dos cirujanos plásticos y profesionales de asistencia administrativa. La atención se organiza en torno a la denominada *terapia triádica*, que consta de tres fases sucesivas: la experiencia en la vida real,<sup>27</sup> la terapia hormonal y las cirugías de reasignación sexual.

Entre los años 2000 y 2009, la unidad atendió a 549 personas. Si bien en el 2010 se realizaron 32 operaciones de reasignación sexual, esta cifra se ha reducido considerablemente a causa de las políticas de reducción del gasto sanitario. Los datos aportados por los organismos oficiales (Ministerio de Sanidad y CatSalut) confirman este descenso: en el 2012 se hicieron 15 cirugías, una menos que en el 2011.<sup>28</sup> La reducción del número de operaciones ha comportado un aumento significativo del tiempo en lista de espera, lo que ha generado muchas quejas entre las personas usuarias. En el 2012 la lista de espera era de entre tres y cinco años, dependiendo del tipo de cirugía, una demora que ha crecido aún más actualmente a causa de la bajada presupuestaria.

La UIG se basa en un modelo de autorización, en el que el acceso al tratamiento hormonal y quirúrgico depende del dictamen de un o una profesional de la salud mental. Toda persona trans que desee iniciar el proceso de modificación corporal en la UIG debe someterse a una evaluación diagnóstica por parte de la psicóloga clínica y un psiquiatra. Para realizar la evaluación diagnóstica, los y las profesionales se basan en la psicobiografía elaborada por la persona usuaria durante las visitas médicas, los criterios establecidos en el DSM-5 y una batería de test psicométricos (como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota).

<sup>25</sup> La denominación original de este servicio era Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG).

<sup>26</sup> Médicos y médicas del Hospital Clínic ya atendían a personas trans de forma voluntaria y oficiosa desde los años ochenta del siglo XX.

<sup>27</sup> La experiencia en la vida real es una herramienta de confirmación diagnóstica que consiste en que la persona trans adopte una apariencia en consonancia con su identidad de género. Este es uno de los aspectos más controvertidos de la terapia, ya que numerosas asociaciones consideran que se obliga a la persona trans a desarrollar unos roles de género fuertemente estereotipados.

<sup>28</sup> Moreno, Cristina (23 de abril de 2013): "El colectivo transexual, víctima de los ajustes sanitarios pese a las promesas del PP". *Público.es*. <http://www.publico.es/actualidad/454215/el-colectivo-transexual-victima-de-los-ajustes-sanitarios-pese-a-las-promesas-del-pp>.

Según nuestros análisis de las entrevistas hechas a las personas usuarias,<sup>29</sup> en la UIG se prioriza la atención de aquellas personas que más se acercan al ideal de la transexualidad imaginado por la biomedicina.<sup>30</sup> Así pues, aquellas personas que rechazan el género asignado desde la infancia y sienten un fuerte malestar hacia sus genitales, que tienen un deseo heterosexual y que, en el momento de la primera entrevista, ya han adoptado la apariencia socialmente vinculada al género de destino y solicitan la cirugía genital, suelen obtener el diagnóstico con las dos visitas protocolarias y acceden rápidamente al tratamiento hormonal. Por otra parte, aquellas personas que no se ajustan a este ideal pueden ver cómo se alarga la diagnosis durante meses o, incluso, que su petición de acceder al tratamiento es rechazada.

Con respecto al tratamiento hormonal, la mayoría de personas usuarias entrevistadas valoran positivamente que la sanidad pública catalana financie y supervise la hormonación. No obstante, algunas se quejan de que en la UIG se ofrece un tratamiento excesivamente estandarizado que no se adecua a la variedad de necesidades y expectativas de las personas trans. Las valoraciones

más negativas provienen de personas que desean limitar la toma de hormonas por diversos motivos: no quieren adoptar una apariencia estereotípica, o quieren hacer unos mínimos cambios corporales, a fin de que sean imperceptibles por un entorno que desconoce su realidad o, en el caso de las mujeres trans, porque utilizan su pene activamente durante las relaciones sexuales.<sup>31</sup>

En cuanto a las cirugías de reasignación sexual, en la UIG se admite que no todas las personas trans quieren hacerse una cirugía genital (la vaginoplastia en el caso de las mujeres trans y la faloplastia o la metaidoioplastia en el caso de los hombres).<sup>32</sup> Ahora bien, no sucede lo mismo con dos de las principales cirugías para hombres trans: la histero-ooforectomía (extirpación de la matriz y los ovarios) y la mastectomía (extirpación de las mamas). En este sentido, algunos hombres trans que quieren mantener estos caracteres sexuales critican que desde la UIG se les presione para que acepten operarse. Estas personas denuncian que la UIG persigue la máxima transformación corporal de la persona para que se ajuste sin ambigüedades a uno de los dos géneros socialmente legitimados.

29 Para más información, véase el anexo sobre los testimonios de personas trans en relación con la UIG del Hospital Clínic.

30 Durante la entrevista que mantuvimos con el personal técnico del Departamento de Salud, se nos comentó que el departamento ha instado a la UIG a elaborar unos criterios de priorización y gestión de las listas de espera del tratamiento hormonoquirúrgico. No obstante, no nos pudieron confirmar si ya se habían elaborado.

31 En este último caso, el principal compuesto que debe evitarse es el acetato de ciproterona (comercializado con el nombre de Androcur), un antiandrógeno que dificulta la erección y el orgasmo.

32 La faloplastia es una técnica consistente en la construcción de un neopene utilizando la piel proveniente de otras partes del cuerpo (abdomen, ingle, pierna o antebrazo) y la metaidoioplastia consiste en dar forma de micropene al clítoris que se ha desarrollado gracias a la terapia hormonal.

En resumen, la valoración de la persona usuaria de la atención recibida en la UIG depende en buena medida de su proyecto corporal e identitario. Aquellas personas que se acercan al arquetipo transexual tienden a concebir el proceso diagnóstico como un simple trámite para acceder al tratamiento, valoran positivamente el trato de la comunidad de profesionales de la salud mental y ven adecuada la atención hormonoquirúrgica porque se ajusta a sus expectativas de máxima transformación corporal (aunque lamentan las largas listas de espera). Sin embargo, aquellas personas con trayectorias vitales heterodoxas, que quieren mantener algunos de los caracteres sexuales vinculados al género de asignación y que explo-

ran espacios identitarios alternativos al binomio masculino-femenino, consideran que en la UIG no se atienden adecuadamente sus necesidades. Eso supondría una vulneración del artículo 16 de la Ley catalana por los derechos de las personas LGTBI, ya que desde la sanidad pública no se está ofreciendo atención en condiciones de igualdad y se está limitando la participación de la persona en la toma de decisiones. Por otra parte, la totalidad de organizaciones trans contactadas para la realización del presente informe (Asociación de Transexuales de Cataluña, EnFemme, Espacio Trans, Chrysallis y Generem!) coinciden en la necesidad de replantear este servicio para establecer una atención no patologizante y más inclusiva.



## 2.3 El servicio Trànsit del Instituto Catalán de la Salud

Trànsit entró en funcionamiento en el 2012 por la iniciativa personal de una ginecóloga y de una comadrona con el objetivo básico de promocionar la salud de las personas trans (citologías, mamografías, prevención y detección de ITS, etcétera). Este tipo de atención no suele ofrecerse en las UIG (que se centran en el proceso hormonoquirúrgico) ni en los centros de atención primaria (puesto que la mayoría de profesionales desconocen las necesidades de esta población). Posteriormente, se decidió ampliar la oferta de servicios con la prescripción del tratamiento hormonal, así como con el asesoramiento y la supervisión de este, y se puso también en marcha una nueva línea de atención: el acompañamiento psicoterapéutico a cargo de dos psicólogas que trabajan a tiempo parcial. La idea inicial de Trànsit era ofrecer atención a las personas trans residentes en la ciudad de Barcelona (presta sus servicios a los CAP de Manso y Numància), pero actualmente recibe muchas peticiones de todo el territorio catalán. Sin embargo, hoy en día no existe un concierto entre Trànsit y CatSalut, ya que la exclusividad de la atención sanitaria de las personas trans recae en la UIG.

Actualmente, Trànsit persigue los objetivos siguientes: 1) Acompañar a las personas trans a lo largo de su proceso de construcción identitaria y corporal; 2) acompañar a las personas del entorno (familiares, amigos y amigas, parejas, educadores y educadoras); 3) sensibilizar a los y las profesionales de la salud, la educación y los medios de comunicación sobre la realidad trans; 4) formar a profesionales de la salud para que puedan atender adecuadamente las demandas de las personas trans; 5) elaborar los informes médicos y psicológicos legalmente necesarios para que estas personas puedan acceder al cambio registral de sexo y de nombre. Con el fin de alcanzar estos objetivos, Trànsit se divide en dos servicios interrelacionados: Trànsit-AM, para atender las cuestiones médicas, y Trànsit-AP, para el acompañamiento terapéutico.

### Trànsit-Acompañamiento Médico

En Trànsit-AM se considera que la decisión de iniciar un tratamiento de modificación corporal no tiene que estar supeditada a la obtención de un diagnóstico psiquiátrico. Se entiende la atención a la salud como un proceso colaborativo entre profesionales y personas trans que debe centrarse en todo momento en las necesidades y expectativas de la persona. En este servicio se realiza una escucha activa del relato de vida de la persona en relación con su proceso de construcción identitaria y las dudas que puedan surgirle a lo largo del proceso. También se explora el apoyo que recibe por parte del entorno afectivo, educativo o laboral. Con respecto al tratamiento hormonal, se ofrece la información y el asesoramiento necesarios partiendo de una visión no binaria del género y del reconocimiento de la diversidad de cuerpos y subjetividades trans. Eso supone respetar en todo momento la decisión de la persona en cuanto a los tipos y los ritmos del tratamiento hormonal. Es también la propia persona quien decide si quiere ser derivada a Trànsit-AP para que ella misma o alguien de su entorno reciba un acompañamiento psicoterapéutico. Asimismo, Trànsit-AM promociona las derivaciones de las personas trans a grupos de apoyo y de ayuda mutua.

### Trànsit-Acompañamiento Psicológico

En Trànsit-AP no se concibe la psicoterapia como una técnica de curación o de diagnóstico de ningún tipo de trastorno mental, sino como una intervención facilitadora en el proceso de crecimiento personal y el desarrollo de la propia autonomía psíquica. La atención de este servicio se organiza en torno a las directrices siguientes: 1) El acompañamiento en aspectos psicosociales de la persona siempre debe ser a petición de ella misma; 2) el o la profesional de la salud cumple la función de información, asesoramiento y acompañamiento; la última decisión la tiene la persona y solo ella; 3) hay que apoyar el proceso de construcción de la identidad respetando y potenciando la subjetividad de la persona; 4) hay que potenciar la autonomía de las personas trans en su proceso de transición; 5) la expresión de género es diversa y única de cada persona y debe tenerse en cuenta desde esta vertiente.

El hecho de que en Trànsit se haya optado por un modelo de atención basado en el consentimiento informado ha convertido este servicio en un sitio de referencia para todas aquellas personas que quieren recibir una atención a la salud no patologizante. A Trànsit acuden personas con proyectos identitarios y corporales más normativos, pero también aquellas que no quieren dirigirse a la UIG porque no quieren someterse al tratamiento estandarizado. Se trata, por ejemplo, de mujeres trans que quieren ajustar el tratamiento hormonal en función de sus necesidades, o de hombres trans que no quieren que se les practique la mastectomía ni la histero-ooforectomía (cirugías que en la UIG se consideran indispensables). En definitiva, personas que no se ajustan al prototipo de persona transexual que se tiene como referente en la UIG.

Cuadro resumen de modelos de atención

	UIG	Trànsit
<b>Definición de la transexualidad/transgénero</b>	Trastorno de la identidad de género (TIG)/disforia de género DSM-V.	Una expresión más de la diversidad de género.
<b>Modelo teórico</b>	Diagnóstico psicológico/psiquiátrico obligatorio. Diagnóstico diferencial basado en el DSM-V.	Consentimiento informado. Acompañamiento psicoterapéutico a petición de la propia persona.
<b>Definición del problema</b>	Los y las profesionales diagnostican la identidad de la persona. Tan solo con el diagnóstico se accede a los tratamientos de transición. Protocolo estandarizado para todas las personas.	Tan solo la persona puede definir su identidad y sus necesidades terapéuticas después de recibir información objetiva. Cada persona tiene un camino individual de transición.
<b>Método</b>	Potestad para permitir o negar el acceso de la persona al tratamiento hormonal y/o quirúrgico.	Facilitar los tratamientos de transición con una escucha activa de las necesidades de cada persona.
<b>El/la profesional médico/a o terapeuta</b>	Los y las profesionales dirigen el proceso. Protocolo estandarizado para todas las personas.	Profesional capaz de hacer una escucha activa y adaptar los tratamientos a las necesidades de cada persona en una colaboración permanente.
<b>La persona usuaria</b>	Paciente de un servicio o agente pasivo.	Capaz de recibir información y tomar decisiones en función de sus necesidades o agente activo.
<b>Conclusiones</b>	Modelo basado en la transexualidad como trastorno. Se problematiza y, a veces, se excluye a las personas que no responden al modelo creado por la biomedicina.	Modelo despatologizador, basado en la concepción de la identidad como derecho humano. Modelo más inclusivo de todo tipo de personas trans.

*Datos de los servicios de atención*

Servicio	Trànsit	UIG
Demora de demanda/ primera visita	Trànsit-AM: <b>1-7 días</b> Trànsit-AP: <b>3 semanas</b>	No hay datos
Demora de primera atención/ tratamiento hormonal	<b>87 %</b> TH en primera visita	No hay datos
Personas excluidas del tratamiento hormonal	<b>0</b>	No hay datos
Total de personas atendidas	Trànsit-AM: <b>442</b> (octubre 2012-enero 2016) Trànsit-AP: <b>111</b> (mayo 2013-enero 2016)	<b>1.045</b> (desde el 2000 hasta el 2014) <b>321</b> (desde el 2012 hasta el 2014)
Derivación a la UIG 2015	Trànsit-AM: <b>26</b> Trànsit-AP: <b>ninguno</b> (se informa a todo el mundo de la existencia del servicio)	
Primeras visitas psicología/ psiquiatría	<b>101</b>	No hay datos
Primeras visitas tratamiento hormonal 2015	<b>171</b>	No hay datos
Segundas visitas psicología/ psiquiatría 2015	<b>558</b> visitas totales en el proceso terapéutico (máximo, 10 visitas por persona y/o familia)	No hay datos
Segundas visitas tratamiento hormonal 2015	<b>520</b>	No hay datos
Asistentes a grupo de apoyo terapéutico 2015	Total <b>43</b> personas (tres ediciones: 2013/2014/2015)	No hay datos
Número de mastectomías 2015		<b>49</b> (del 2008 al 2014)
Número de vaginoplastias 2015		<b>70</b> (del 2008 al 2014)

## 2.4 Las personas menores de edad con género no normativo

En los últimos tiempos asistimos a la visibilización de un número importante de menores y jóvenes que expresan identidades diversas que no cumplen los mandatos del género que se les ha adscrito al nacer. Si reconocemos que el hecho trans es una forma más del desarrollo de la identidad de género, tan legítima como las demás, y no una enfermedad, podemos observar que entre estos y estas menores se da una gran variedad de experiencias, vivencias y comportamientos. No obstante, a menudo estas personas tienen que enfrentarse a la presión social y a numerosas discriminaciones por no ajustarse a las normas de género.

Cuando en una familia se da alguna de estas situaciones, las alarmas saltan y la preocupación se manifiesta: preocupación por la felicidad del o de la menor, porque los padres y madres no saben a qué se enfrentan ni cómo hacerlo, porque les resulta difícil apoyar unas manifestaciones de género que saben que socialmente no son aceptadas con normalidad, etcétera. Incluso, en el mejor de los casos, cuando se aceptan sin problemas las formas de expresión del hijo o la hija, se manifiestan las dudas en relación con la mejor forma de realizar un acompañamiento y potenciar su autoestima. Y eso es debido, entre otras cosas, a que todas las personas saben que, a pesar de estar en una sociedad que hace bandera de la libertad individual, se sigue castigando socialmente a quien es diferente. La diversidad sexual y de género no son consideradas como bienes sociales, y las discriminaciones directas o indirectas se dan con frecuencia.

Madres, padres, personal sanitario y educativo se preguntan qué hacer cuando un niño o una niña se sienten de un género diferente del que se les ha adscrito al nacer o cuando manifiestan comportamientos, gustos o juegos que no se corresponden con los que socialmente deberían desarrollar. Hay que atender convenientemente esta realidad diversa para determinar exactamente qué necesidades existen y cómo tratar a estas personas y su entorno. Legitimar los deseos del o de la menor, tranquilizar a la familia, reducir las marcas de género en las escuelas e institutos y trabajar en las escuelas el respeto a la diversidad sexual y de género son tareas importantes para reducir las presiones y las discriminaciones.

Desde el punto de vista sanitario, la última versión de los Standards of Care (WPATH, 2011) abre la puerta a la posibilidad de iniciar el tratamiento hormonal durante la fase puberal en el caso de personas que, desde la infancia y de forma persistente, expresen un fuerte deseo de representar un género diferente del asignado, y siempre que haya un acuerdo absoluto entre el equipo médico y los tutores del o de la menor. Como no existe un consenso internacional sobre la idoneidad de aplicar el tratamiento a menores de edad, se prescriben algunas limitaciones en función de los estadios de Tanner, la escala que define el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Los Standards establecen que a los niños y niñas que se encuentren, como mínimo, en un estadio 2 (10-13 años de edad) se les puede aplicar un tratamiento reversible que detiene el desarrollo puberal. Una vez llegados a los dieciséis años, se iniciaría la terapia con hormonas cruzadas. En cuanto a las cirugías de reasignación sexual, los Standards establecen la necesidad de tener la mayoría de edad legal establecida en cada país.

### La atención a menores en la Unidad de Identidad de Género del Clínic

En el Hospital Clínic, las personas menores de edad con diversidad de género son atendidas por el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil (SPPIJ), que se mantiene en contacto permanente con la UIG. Si los y las profesionales lo consideran oportuno, se aplica la terapia con hormonas supresoras de la pubertad a menores que se encuentran en un estadio de Tanner 3 (11-13 años). Si el o la menor acepta bien los cambios y persiste en su deseo de transformación corporal, a los 15-16 años podrá iniciar la toma de esteroides sexuales. Desde el SPPIJ comentan que, en la evaluación diagnóstica de niños y niñas, hay que ser prudente porque la mayoría de diagnósticos de “disforia de género” en la infancia no persisten con el paso del tiempo. Con respecto a la atención a los más pequeños (que no pueden recibir ningún tipo de terapia farmacológica), procuran concienciar a los padres y madres para que no repriman los deseos y comportamientos de sus hijos e hijas y les ofrezcan espacios de desarrollo personal protegiéndolos de posibles situaciones conflictivas con personas de su entorno, como los compañeros y compañeras de escuela. Si se cree oportuno, el SPPIJ puede contactar con los centros educativos para explicar la realidad del o de la menor y facilitar, así, su integración educativa.

### Trànsit-Acompañamiento Psicológico. La atención a familias de menores con diversidad de género

El acompañamiento que se presta a menores (hasta los quince años) con diversidad de género desde Trànsit-AP se dirige a las familias de estos niños, niñas y jóvenes, ya que este centro no dispone de un servicio específico de psicología infantil. La primera visita se realiza con las madres y los padres o con la familia extensa del o de la menor, según lo convengan las personas adultas. En el 90 % de los casos se realiza con los padres y las madres exclusivamente. Su demanda más frecuente consiste en la búsqueda de información sobre cómo actuar cuando se ha detectado que el o la menor presenta una expresión de género diversa. En estos casos, se ofrece información clara sobre la diversidad de género, se insiste en la importancia de acompañar al niño, niña o joven en el proceso de construcción identitaria y de respetar lo que requiere sin expresar prejuicios al respecto. Asimismo, se habla de las ventajas y desventajas de realizar la transición social durante la infancia. Es posible que en posteriores entrevistas se trate el miedo y el peso de la responsabilidad que las madres y los padres sienten a medida que toman decisiones sobre la salud de sus hijos e hijas, así como la frustración y la rabia por tener que enfrentarse a un sistema que discrimina. Además, se exploran formas de comunicar al entorno la identidad diversa de sus hijos e hijas. También se facilita información sobre los recursos existentes, como son las asociaciones que dan apoyo a las familias (Chrysallis y Grupo de Familias de Personas Trans), ya que la socialización es un elemento fundamental para combatir la angustia que provocan estas situaciones.

### Trànsit-Acompañamiento Médico.

#### Atención a la salud de las personas menores de edad trans

Aparte del acompañamiento que se hace a las familias de los o de las menores trans, desde Trànsit-AM se ofrece asesoramiento sobre las posibles actuaciones terapéuticas que se pueden realizar cuando se inician los cambios puberales:

- Dejar evolucionar el proceso puberal, vigilando el posible malestar que los cambios corporales puedan producir en el o la menor y reforzando en todo momento su autoestima. También hay que subrayar las ventajas futuras que comporta no detener los cambios puberales (reproducción, sexualidad, comprensión del hecho biológico).
- No dejar evolucionar los cambios puberales mediante el uso de bloqueadores de la pubertad, explicando las ventajas e inconvenientes de este tratamiento.
- Iniciar los tratamientos hormonales en el sexo sentido cuando los cambios puberales ya estén muy evolucionados y produzcan malestar, o a partir de los quince años, en el caso de haber optado por el uso de los bloqueadores puberales.

La decisión sobre el camino escogido la hacen los padres y madres junto con el o la menor trans, asesorados por la profesional de Trànsit-AM sobre las posibles ventajas, desventajas y dudas no resueltas en la atención a la salud de los y las menores trans. Se ofrecen, además, informes médicos para que estos menores sean tratados en función de su identidad de género, lo que facilita su socialización en el ámbito educativo, sanitario, de ocio, etcétera.

*Datos de menores atendidos y atendidas en los servicios de salud*

		Trànsit-AM	Trànsit-AP	UIG
Total menores atendidos/as		<b>41</b> (noviembre 2012-enero 2016)	<b>11 familias</b> (30 visitas total)	<b>74</b> (del 2008 al 2014)
	<b>4-11 años</b>	6	6	
	<b>12-14 años</b>	7	0	
	<b>15-17 años</b>	25	5	
Primeras visitas menores 2015		<b>26</b>	<b>6</b>	No hay datos
	<b>4-11 años</b>	6	2	
	<b>12-14 años</b>	4	0	
	<b>15-17 años</b>	16	4	
Demora de demanda/ atención psicológica			<b>3 semanas</b>	No hay datos
Demora de demanda/primer atención médica		<b>1-4 días</b>		No hay datos
Demora de demanda/ inicio de bloqueadores		*		No hay datos
Demora de primera atención/ tratamiento hormonal 12-17 años		<b>16/28**</b> inician TRH en la primera visita 6/28 (1-3 meses) 6/28 no inician		No hay datos

\* Dos menores están en tratamiento con bloqueadores dados en otros centros.

\*\* Dos menores han iniciado un tratamiento hormonal en otro centro.

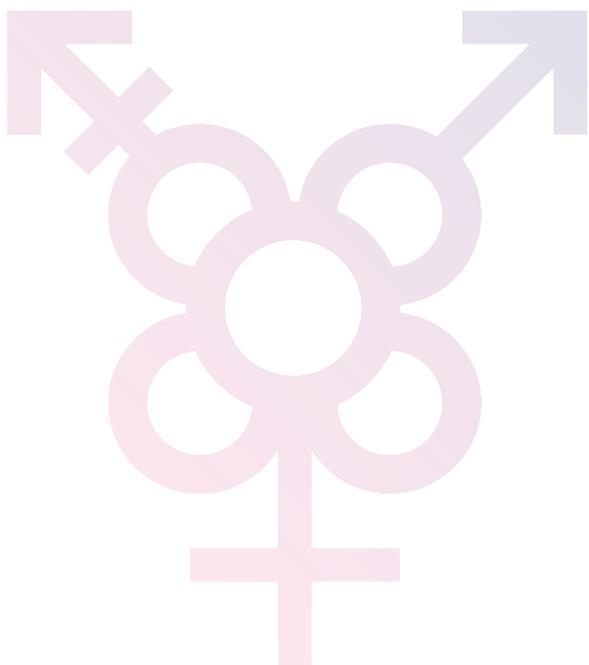
### 3. RECOMENDACIONES PARA UN BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DIRIGIDOS A PERSONAS TRANS

En este apartado se formulan una serie de recomendaciones y acciones concretas para que los servicios públicos municipales atiendan de forma adecuada las necesidades de las personas trans, garanticen sus derechos y contribuyan a la lucha contra la transfobia. Asimismo, entendemos que estas recomendaciones hechas al Ayuntamiento deben ser transmitidas a la Generalitat para garantizar que los servicios sanitarios de todo el territorio catalán atiendan adecuadamente a este grupo poblacional.

27

Área de Derechos de  
Ciudadanía, Participación  
y Transparencia

Informe de modelo de  
acompañamiento y  
asistencia a personas  
trans en la ciudad de  
Barcelona



### 3.1 Garantizar una atención integral a la salud no patologizante

Los servicios de salud deben atender a las personas trans desde un paradigma despatologizador y humanista, con una concepción de la condición trans como una expresión de género diversa y no una enfermedad. Para conseguirlo, se proponen las recomendaciones siguientes:

- El Consorcio Sanitario de Barcelona debe impulsar un debate con las partes interesadas (sin olvidar las organizaciones trans) sobre los modelos de atención a la salud existentes.
- La comunidad de profesionales de la atención primaria y especializada debe tener unas competencias mínimas en diversidad de género y procesos de transición, y debe respetar en todo momento la subjetividad, autonomía y capacidad de decisión de la persona.
- Resulta fundamental cambiar el modelo basado en el diagnóstico psiquiátrico por el del consentimiento informado, entendiendo este último como un proceso donde la persona recibe de forma voluntaria información, asesoramiento y acompañamiento, y es la responsable última de sus decisiones.
- La atención del o de la profesional de la salud debe ser personalizada y debe tener en cuenta todas las posibles variantes de intervención: atención hormonal, quirúrgica y psicoterapia, tan solo alguna de ellas o ninguna.
- La atención debe ir más allá del tratamiento hormonoquirúrgico. Hay que fomentar los servicios de promoción de la salud para esta población (atención ginecológica, evaluación del riesgo cardiovascular, prevención de ITS, etcétera) y determinados servicios especializados (como la feminización de la voz mediante la logopedia).
- El personal profesional debe facilitar la vinculación de la persona trans con redes de iguales como elemento de integración y refuerzo del mismo proceso. Por eso, debe tener unos mínimos conocimientos del tejido asociativo y las redes sociales existentes en su territorio.
- Se tienen que desarrollar protocolos sanitarios que incluyan la atención a menores.
- Es preciso que la Generalitat de Catalunya elabore un plan estratégico integral de atención a la salud de las personas trans con implementación en el territorio catalán para el 2016-2020, que tenga en cuenta la prevención o promoción de la salud y la atención a los procesos de transición. Este plan tiene que basarse en el concepto de consentimiento informado y debe vincularse con los servicios de atención primaria.
- Hay que valorar la posibilidad de hacer una experiencia piloto del plan en un centro sanitario de competencia municipal.

### 3.2 Promover acciones para luchar contra la transfobia y fomentar el respeto a la diversidad de género

Existe una elevada discriminación asociada a la condición identitaria de las personas trans que condiciona su calidad de vida y la de sus familias, limita su acceso a los derechos y los recursos, y dificulta el proceso de autonomía personal y de integración social. Para contrarrestar esta problemática, el Ayuntamiento de Barcelona debería emprender las siguientes medidas:

- Desarrollar programas o campañas de información, sensibilización y visibilización del hecho trans y los efectos de la transfobia dirigidos al personal de los servicios públicos.
- Implicarse en la organización de campañas ciudadanas de sensibilización de la realidad y problemáticas del colectivo.
- Apoyar a los colectivos en su lucha por la reforma de leyes que atentan contra los derechos de las personas trans (como la Ley 3/2007, de cambio de sexo y de nombre).
- Potenciar las iniciativas de sensibilización y fomento de la cultura trans que se realicen en la ciudad a través de una agenda virtual trans permanentemente actualizada.
- Conseguir una mayor implicación y compromiso por parte de la Corporación Catalana de Medios Audiovisuales (CCMA) en la difusión del hecho trans desde una perspectiva desestigmatizadora y de respeto a la diversidad.
- Financiar la elaboración de informes y estudios que profundicen en el conocimiento de las necesidades de las personas trans (infancia, adolescencia, envejecimiento, cambios físicos, etcétera) con el fin de mejorar la implementación de políticas públicas.
- Promover la colaboración interadministrativa para que cada Administración promueva la lucha contra la transfobia en el ámbito de sus competencias.

### 3.3 Promover actuaciones coordinadas entre los diferentes servicios sociales, educativos y sanitarios en relación con el hecho trans durante la infancia y la adolescencia

La etapa infantil y la adolescencia son unas franjas de riesgo para el desarrollo de la identidad de las personas que presentan unos roles de género no normativos o diferentes de los que la sociedad marca en función del género de asignación. Dentro de lo que hoy denominamos *menores trans* existe una gran variabilidad de situaciones, que van desde la curiosidad por explorar las diferentes expresiones de género hasta la convicción de pertenecer a un género diferente del que ha sido asignado. Con el fin de garantizar el bienestar de niños y adolescentes con estas necesidades respetando su identidad, hay que seguir una serie de medidas:

- Garantizar que en los centros educativos y de salud se trate al o a la menor según la identidad sentida, y no según el género asignado. Este reconocimiento debería producirse sin que los tutores y tutoras tuvieran que presentar un diagnóstico psiquiátrico.
- Promover actuaciones pedagógicas entre el alumnado de primaria y secundaria sobre el respeto a la diversidad sexogenérica.
- Organizar cursos de sensibilización entre el profesorado.
- Evitar las marcas de género en las escuelas, proponiendo que los vestuarios, baños, vestimenta, etcétera, no estén estructurados en función del sexo y del sistema binario de géneros.
- Elaborar protocolos de actuación en centros educativos con presencia de alumnos con diversidad de género o trans.

### 3.4 Promover acciones para la inclusión comunitaria activa de las personas trans

Es importante favorecer la participación activa de las personas trans como ciudadanos y ciudadanas. Hay que generar las condiciones adecuadas para aumentar el empoderamiento y las competencias de esta población, y por eso se recomienda lo siguiente:

- Garantizar que, en todos los trámites y gestiones municipales, la persona trans sea tratada según el nombre que ha elegido, aunque no haya accedido al cambio de nombre registral. Asimismo, se recomienda, siempre que la ley lo permita, que en los documentos y registros municipales se respeten el nombre y el género deseados.
- Asegurar que en las políticas públicas del Ayuntamiento, atendiendo a la nueva Ley catalana por los derechos de las personas LGTBI, se prevea el hecho trans de manera interseccional (teniendo en cuenta variables como la etnia, la edad, el género, el capital cultural y económico, etcétera).
- Impulsar el asociacionismo y la participación ciudadana y social de las personas trans y sus familias.
- Reconocer las organizaciones trans como elemento de participación y apoyo activo en el diseño de estrategias y políticas públicas.
- Promover los grupos de ayuda mutua dirigidos tanto a personas trans como a sus familias.
- Diseñar estrategias de actuación dirigidas a las familias de personas trans para fomentar una visión basada en la libre expresión de las identidades, que cuestione los estereotipos de género normativos y binaristas.

31

Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia

Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona

Especialmente durante el proceso de transición, pero no exclusivamente, muchas personas trans tienen problemas para vivir y desarrollarse en entornos normalizados: jóvenes que deben irse de casa por la incomprensión familiar, personas que pierden el trabajo cuando empiezan la transición, personas que no encuentran trabajo por no tener la documentación oficial con el nombre y el sexo deseados, personas mayores que tienen que ir a una residencia donde no puede expresar ni desarrollar su identidad, etcétera. En este sentido, es importante que el Ayuntamiento de Barcelona se erija en un pilar fundamental a la hora de garantizar la cobertura de las necesidades básicas de estas personas.

### 3.5 Promover acciones para la inserción laboral de las personas trans

Uno de los ejes fundamentales de la integración social de toda persona es su inserción laboral. Este hecho cobra una especial relevancia en el caso de las personas trans, ya que son uno de los colectivos que sufren más exclusión laboral. Tener un trabajo digno no tan solo les garantiza unos ingresos para llevar a cabo sus proyectos vitales (incluyendo los tratamientos no financiados), sino que también es una herramienta crucial para el empoderamiento y la reafirmación personal. Teniendo en cuenta el estudio realizado por Miquel Missé y Gerard Coll-Planas<sup>33</sup> sobre los recursos de inserción laboral para personas trans existentes en la ciudad de Barcelona, se efectúan las recomendaciones siguientes:

- Implementación de un plan de orientación, formación e inserción laboral para la población trans con medidas de discriminación positiva para facilitar la contratación de personas trans, especialmente en el sector público.
- Formación y sensibilización de las empresas para evitar situaciones de discriminación hacia las personas trans.
- Prestar una especial atención al colectivo de trabajadoras sexuales. En este sentido, se proponen dos tipos de medidas: 1) Fomentar el empoderamiento de las trabajadoras sexuales y combatir las situaciones de violencia y estigmatización; 2) impulsar la formación y orientación laboral para las personas que quieran dejar la prostitución. Para eso habría que establecer un protocolo que contara con la participación de trabajadoras sexuales trans, teniendo presente que no se podría poner como condición para asistir a estos cursos y formaciones el abandono del trabajo sexual.

<sup>33</sup> Missé, Miquel; y Coll-Planas, Gerard (2015), *Trans-Lab. Avaluació dels recursos d'inserció laboral de les persones trans a la ciutat de Barcelona*.

### 3.6 Mejorar y promocionar la atención integral de las personas mayores trans en su entorno habitual y residencial

Es muy importante tener un cuidado especial de las personas mayores trans, ya que han vivido buena parte de su vida en un contexto sociopolítico fuertemente transfóbico y completamente ajeno a sus demandas y necesidades. La especial vulnerabilidad social vinculada a la vejez (soledad, pobreza, dependencia) se puede ver agravada en el caso de las personas trans si los servicios sociales y de salud no desarrollan conjuntamente planes de promoción del bienestar de estas personas, de lucha contra la exclusión y de prevención de la invisibilidad y el trato estigmatizante. Como medidas concretas, se proponen las siguientes:

- Promover acciones encaminadas al reconocimiento y reparación de la persecución y la violencia que han sufrido.
- Fortalecer las redes relacionales para combatir la soledad.
- Visibilizar y respetar las identidades de las personas mayores trans, especialmente en los centros residenciales y de día, donde a menudo no pueden expresar su identidad.
- Promover estudios sobre las necesidades específicas de este sector poblacional.

33

Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia

Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona



## 4. LÍNEAS PARA DEFINIR UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS TRANS

### 4.1 Servicio de Acogida y Acompañamiento Trans

Para llevar a cabo las recomendaciones y acciones del apartado anterior, se considera necesaria la creación de un servicio de acogida y acompañamiento trans dentro del Centro Municipal de Recursos LGTB de Barcelona. Hoy en día, en la ciudad de Barcelona ya hay diferentes recursos para la población trans,<sup>34</sup> la mayoría de los cuales se incluyen en iniciativas y programas más amplios dirigidos a la población LGTB. Esta forma de organización tiene la ventaja de aprovechar los recursos ya existentes y de ofrecer una mirada integradora sobre la diversidad sexogenérica, pero con ella se corre el riesgo de no atender debidamente las necesidades específicas de las personas trans (a menudo la T queda desdibujada cuando se actúa bajo el acrónimo LGTB). Además, Missé y Coll-Planas apuntan que en la ciudad de Barcelona:

La principal carencia que se detecta si observamos detalladamente el mapa de recursos es la ausencia de un servicio que ofrezca información y recursos de calidad desde una óptica integral, no especializada en un solo ámbito. Se ofrecen servicios muy diversos, pero consideramos que es necesario un espacio específico que provea información de calidad y sea el hilo conductor en el resto de servicios. Actualmente son los servicios de salud (tanto la consulta de Trànsit como la Unidad de Identidad de Género) los que están asumiendo estas demandas de información general sobre la temática.<sup>35</sup>

En esta misma línea, este informe plantea la creación de un espacio de atención integral para personas trans en la ciudad de Barcelona, fuera del marco sanitario y con una perspectiva socio-comunitaria, que pueda dar salida a algunas de las recomendaciones planteadas antes y las acciones necesarias para cumplirlas. En este Servicio de Acogida y Acompañamiento Trans, vinculado al Centro Municipal de Recursos LGTB, las personas trans podrían recibir una información y servicios específicos y de calidad.

El Servicio de Acogida y Acompañamiento Trans debería trabajar estrechamente con el tejido asociativo trans existente en la ciudad, así como con el conjunto de servicios públicos, con el fin de derivar a las personas usuarias que lo requieran hacia los recursos especializados. El trabajo coordinado con el resto de servicios debería servir también para identificar las principales lagunas existentes en la atención a las personas trans y para promover aquellas iniciativas que ya han mostrado su eficacia. Asimismo, con el fin de garantizar que este servicio integral responda en todo momento a las demandas de esta población, se recomienda la creación de una comisión de seguimiento, es decir, un órgano encargado de fomentar la evaluación conjunta y el intercambio de opiniones entre la comunidad de profesionales y las organizaciones trans.

34

Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia

Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona

<sup>34</sup> Cf. Ayuntamiento de Barcelona (2014), *Guia de recursos per a persones trans de la ciutat de Barcelona*. [http://w110.bcn.cat/DretsCivils/Continguts/Multimedies/GUIA\\_RECURSOS\\_TRANS.pdf](http://w110.bcn.cat/DretsCivils/Continguts/Multimedies/GUIA_RECURSOS_TRANS.pdf).

<sup>35</sup> Missé y Coll-Planas, *op. cit.*

El objetivo principal del servicio debería consistir en mejorar la calidad de vida de las personas trans y sus familias, pero también actuar hacia la ciudadanía para facilitar la comprensión del hecho trans y su desestigmatización. Solo así se abordarán las causas que atentan contra el bienestar de estas personas: la transfobia social derivada de un sistema de género rígido y binario. Pasamos a continuación a plantear las líneas básicas y las funciones que debería tener este servicio multiasistencial:

- 1. Acogida.** Escucha y atención de las demandas de las personas para derivarlas a los recursos necesarios. Con el fin de trabajar desde la perspectiva del apoyo entre iguales, esta tarea debe desarrollarla una persona trans, debidamente formada.
- 2. Información.** Más allá de la información presencial que se proporcione a las personas que acudan al servicio, es importante la creación de un espacio trans en el web del Centro de Recursos LGTB, con información específica para esta población y que permita las consultas en línea. Asimismo, se recomienda impulsar la atención vía telefónica (por ejemplo, estableciendo unos horarios de atención con profesionales especializados) para aquellas personas que no tienen un acceso fácil a internet o que buscan el anonimato. Finalmente, consideramos importante ofrecer asesoramiento laboral vistas las discriminaciones que esta población sufre en este terreno. Muy especialmente, habría que informar sobre las medidas de discriminación positiva en materia de políticas activas para personas trans, así como sobre las diferentes acciones llevadas a cabo desde los diferentes servicios municipales, otras administraciones y organismos competentes en materia de empleo específico para personas trans (cláusulas sociales, planes de empleo, formación ocupacional con certificado de profesionalidad, programas de garantía juvenil, etcétera).
- 3. Centro de Documentación LGTB.** Hay que potenciar la temática trans mediante la bibliografía, los audiovisuales, los recursos para la educación en la diversidad, enlaces con estudios y trabajos relevantes, actuaciones de los grupos activistas, etcétera.
- 4. Socialización y promoción cultural.** Para las personas trans, los espacios entre iguales resultan fundamentales, en especial durante el proceso de transición. Estos espacios, que pueden ser genéricos o para personas y cuestiones específicas (jóvenes, mujeres trans, personas mayores, familiares, parejas, etcétera), deberían contar con la participación de personas expertas en el tema trans y la dinamización de grupos. Se recomienda potenciar iniciativas ya existentes (como el Espacio Abierto Trans/Intersex).<sup>36</sup> También habría que potenciar espacios de ocio y tiempo libre donde las personas trans jóvenes se sientan seguras y puedan expresar libremente su identidad. Hay que prestar una atención especial a la situación de las personas trans mayores para saber cuáles son sus necesidades y así poder ofrecer una atención integral. Finalmente, deben fomentarse las creaciones artísticas y culturales que visibilicen el hecho trans con el objetivo de contribuir a la creación de un imaginario social que respete la diversidad y fomente el deseo hacia los cuerpos e identidades no normativos.

35

Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia

Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona

- 5. Acompañamiento y mediación.** Es especialmente importante el acompañamiento durante los inicios de la transición, puesto que en esta fase la persona debe decidir dónde y cuándo manifestarse según el género sentido, y eso tiene que producirse en espacios seguros. Asimismo, puede ser importante realizar una tarea de mediación en caso de que la persona trans o su entorno afectivo tengan conflictos con el entorno social (en la escuela, en el trabajo, con miembros de la propia familia o de su grupo cultural o religioso, en las residencias para personas mayores, etcétera).
- 6. Relación especial con los centros y los actores responsables de la política educativa** con el objetivo de facilitar no tan solo la resolución de conflictos cuando la persona menor manifiesta unos roles de género no normativos, sino también para reducir las marcas de género binarias (servicios diferenciados para niños y niñas, baños y vestuarios, vestimenta, etcétera) y fomentar una educación en valores que respete la diversidad de formas de ser. Las actividades concretas que desarrollaría el servicio pueden consistir en cursos de formación para el profesorado, talleres con el alumnado, tutorías LGTB en los centros educativos, asesoramiento en temas de coeducación para cuestionar el binarismo de género, etcétera.
- 7. Asesoramiento legal.** Coordinar este servicio con el asesoramiento legal que actualmente se ofrece en el Centro de Recursos LGTB, garantizando que el profesional encargado tiene la formación necesaria para atender las cuestiones que afectan a las personas trans (como el cambio registral de nombre y de sexo).
- 8. Asesoramiento y apoyo psicológico.** Vista la especificidad del tema trans, es importante que exista un asesoramiento psicológico específico, que se tendría que diferenciar de una terapia. Este asesoramiento y apoyo constaría de un máximo de seis sesiones y tan solo se haría a petición de aquellas personas que, teniendo conflictos identitarios, no saben exactamente a qué se deben y qué significan. Clarificar cuál es el deseo y la convicción íntima de la persona es una tarea que, para tener éxito, debe ser llevada a cabo por un profesional que rehuya los esquemas mentales cerrados y se atreva a profundizar en las vicisitudes del deseo, haciéndose cargo de las incertidumbres que eso puede comportar. Este apoyo debería ir encaminado a establecer si la transexualidad es el único problema, o bien si hay otros factores que hacen necesaria una terapia; considerar las presiones que supone el hecho de ser “diferente”; diferenciar entre la orientación sexual, la no identificación con los modelos de masculinidad y femineidad dominantes y el deseo o convicción de pertenecer a otro género; trabajar las connotaciones negativas del hecho trans que la persona puede tener interiorizadas; ayudar a clarificar el impacto del hecho trans en la vida de la persona usuaria; explorar con el usuario o usuaria los riesgos asociados al proceso transexualizador; ver con él o ella cómo expresar la identidad de

género en espacios seguros y dotarla de las habilidades necesarias para enfrentarse a los problemas y agresiones producto de la transfobia social; elaborar informes psicológicos a demanda de las personas usuarias. En caso de que se detectaran problemas de personalidad más profundos, producto de la transfobia o de otras cuestiones que interactúan, se derivaría a la persona a un servicio específico.

**9. Apoyo a las familias de menores trans o de menores que rompan con las normas de género** mediante la creación de grupos con las familias donde puedan expresar sus angustias y dudas; el asesoramiento para que negocien con las escuelas el hecho de que se trate a los y las menores según el género sentido; la creación de talleres o espacios de formación para que rompan con los esquemas binarios de género; el apoyo psicológico para que legitimen los deseos y aficiones del o de la menor sin coartar la expresión de su subjetividad. Esta tarea debería llevarla a cabo personal cualificado, tanto profesionalmente como en el tema trans, desde una perspectiva despatologizante.

**10. Trabajo comunitario y de sensibilización** dirigido a la ciudadanía sobre el hecho trans, la diversidad sexual y de género y los efectos de la transfobia contando en todo momento con la participación de las organizaciones trans. Este trabajo comunitario consistiría en promover actividades específicas (campañas de sensibilización al estilo de la última campaña municipal contra la violencia machista, conferencias, talleres, exposiciones, sesiones de cine) y también en dar apoyo a las acciones llevadas a cabo por los grupos trans y LGTB. Dentro del trabajo comu-

nitario resulta importante ofrecer talleres de sensibilización y visibilización de la diversidad socioafectiva y de género de las personas mayores trans en las residencias y lugares habituales de socialización de esta población. Estos talleres, dirigidos a las personas mayores y a la comunidad de profesionales, son una herramienta de psicoeducación importante, ya que tanto los centros residenciales como los de día son espacios raramente sensibles a las necesidades especiales, médicas y psicosociales, de las personas mayores trans.

**11. Formación** a diferentes colectivos profesionales y sociales sobre la cuestión trans por parte de personas expertas (de forma similar a lo que ha hecho el Ayuntamiento en el caso de la violencia machista). Vista la vulnerabilidad de esta población ante las agresiones y discriminaciones, las personas que trabajan en los servicios municipales deben tener la formación adecuada para tratar a estas personas con respeto y garantizar sus derechos.

**12. Investigación.** Promover y financiar investigaciones sobre el hecho trans, prioritariamente aquellas que tienen por objeto analizar la violencia transfóbica en Barcelona. En este sentido, es importante buscar información, incorporando una mirada interseccional, de las necesidades psicosociales y sanitarias de las personas mayores trans con el objetivo de planificar intervenciones psicológicas, sociales y médicas. Resulta de un interés especial el análisis de la pérdida de redes sociales y el miedo a manifestar su condición de persona trans.

### Personal del servicio

Algunas de estas actuaciones pueden ser realizadas por el personal que trabaja en el centro LGTB, como el asesoramiento legal, el servicio de documentación, etcétera. En este caso, no obstante, habrá que garantizar que este personal tiene la formación necesaria para atender adecuadamente a la población trans. Para las demás tareas, será necesaria la contratación de personal específico (habrá que valorar si a tiempo completo o parcial). Se considera de especial relevancia la contratación de personas trans, sobre todo en el caso de la persona que hará la primera acogida, que debe tener la formación adecuada para realizar esta tarea, y también el trabajo comunitario. Asimismo, creemos necesaria la contratación de un psicólogo o una psicóloga con experiencia en el tema trans y un o una profesional de educación o trabajo social. Una de estas personas tendrá que coordinar lo que se hace en el mismo servicio y velar por que las necesidades de las personas trans sean atendidas como es debido por los servicios compartidos con el centro LGTB y por el resto de servicios públicos. Asimismo, se recomienda al Centro Municipal de Recursos LGTB que priorice la contratación de personas trans en riesgo de exclusión social.



## 4.2 El servicio integral a la salud. Recomendaciones para el Consorcio Sanitario de Barcelona y el Departamento de Salud de la Generalitat

Como se ha comentado anteriormente, para llevar a cabo todas las actuaciones se necesitan dos servicios interrelacionados: el Servicio de Acogida y Acompañamiento Trans para los aspectos psicosociales y comunitarios, y un servicio (como Trànsit) dedicado a la salud, que tendría que ser potenciado y reconocido por el Departamento de Salud de la Generalitat como centro facilitador del despliegue territorial de la atención a la salud de las personas trans en toda Cataluña. Entre las funciones que debería llevar a cabo este servicio se encuentran las siguientes:

- La coordinación de todos los y las profesionales que pueden tener contacto con estas personas, médicos y médicas de atención primaria, enfermeros y enfermeras, endocrinólogos y endocrinólogas, ginecólogos y ginecólogas, cirujanos y cirujanas plásticos, urólogos y urólogas, pediatras, etcétera.
- La coordinación con los servicios de cirugía plástica en el caso de que se soliciten intervenciones quirúrgicas. Uno de los servicios quirúrgicos sería de referencia para las intervenciones de más alta complejidad (vaginoplastia, operación de las cuerdas vocales, etcétera).
- El diseño de protocolos para establecer las estrategias de actuación y los planes terapéuticos (tarea que debe realizar un equipo multidisciplinar).
- El diseño, la programación y la implementación de una formación para el personal del sistema de salud sobre las necesidades y especificidades de las personas trans.

En cuanto al despliegue de la atención a la salud por todo el territorio catalán, se plantea a la Generalitat de Catalunya la creación de ocho servicios de atención a las personas trans (dos por provincia) ubicados en centros de atención primaria. Cada centro debería contar con dos profesionales de la salud (uno podría ser especialista en medicina de familia, en endocrinología, en ginecología o en pediatría; y el otro, un enfermero o enfermera o una comadrona), una psicóloga, una trabajadora social, una administrativa y una consultora (se priorizaría la contratación de personas trans).

Estos profesionales recibirán formación teórica y práctica por parte del Centro de Atención Integral a la Salud de las personas trans de Barcelona. De esta manera, al finalizar su formación podrán formar, a su vez, a otros en su territorio, ya que tendrán las mismas competencias que sus homólogos de Barcelona (si bien podrán recurrir al centro de referencia para la derivación o consulta de los casos más complejos). Una vez finalizado el despliegue, la totalidad de profesionales de atención a la salud deberían tener una mínima formación para atender y derivar debidamente a aquellas personas trans que se dirijan a sus servicios.

## ANEXO 1.

### TESTIMONIOS DE PERSONAS TRANS EN RELACIÓN CON LA UIG DEL HOSPITAL CLÍNIC

A continuación, se recogen algunos testimonios de personas trans que siguen o han seguido en algún momento de su vida el proceso diagnóstico y terapéutico en la Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic de Barcelona. Todos los datos han sido extraídos de la tesis doctoral *Subjetividades y cuerpos gestionados. Un estudio sobre la patologización y medicalización de las personas trans*,<sup>37</sup> realizada por Jordi Mas. Con el fin de mantener el anonimato de las personas entrevistadas, se han utilizado nombres falsos que respetan el género de los originales.

#### 1. Valoraciones del paradigma patologizante y del proceso diagnóstico

La mayoría de las personas usuarias de la unidad rechazan la consideración de la transexualidad como un trastorno mental y realizan la misma operación lógica de adjetivación que realizaríamos muchos de nosotros, según la cual una persona que sufre un trastorno tiene que estar trastornada o loca:

*“He tenido una vida organizada, soy madura, me he pagado mis estudios y mi piso con mi trabajo. No soy una persona con problemas mentales, no estoy trastornada. Bueno, si me dan un subsidio por ello...”* (Andrea).

*“No estoy de acuerdo en que esté (la transexualidad) en un manual psiquiátrico porque no estamos locos. Y claro, el hecho de que esté dentro del ámbito de la psiquiatría socialmente queda como si fuéramos unos enfermos”* (Dani).

Con todo, también hay personas que defienden el mantenimiento de la transexualidad en los manuales de trastornos mentales por miedo a perder la cobertura pública del tratamiento. Hay que recordar que, en muchos países, tanto la sanidad pública como las aseguradoras privadas financian el tratamiento hormonoquirúrgico a causa de su carácter no electivo, y esta consideración se basa en gran medida en la presencia de la transexualidad en las clasificaciones de trastornos mentales:

*“Aunque no me guste que nos vean como enfermos mentales, creo que ahora no es el momento para tener estos debates. Hemos de tener mucho cuidado con lo que decimos porque están cerrando quirófanos por todas partes”* (Jon).

Se constata que, durante la evaluación diagnóstica, algunos usuarios reformulan sus biografías con el fin de ajustarse al máximo al ideal transexual y poder así iniciar el tratamiento lo antes posible:

*“Lo principal fue cuando ya a la segunda o tercera visita la psicóloga me dijo si había pensado tener relaciones con un hombre [ya que Elena se declara lesbiana]. Y yo dije: ‘Yo no descarto eso, porque en la vida se da todo. Es posible, el tiempo lo dirá’. Y, entonces, eso a ella le dio más para mandarme para el endocrino. Yo dije eso para que me aceptara y me ayudara [...]. Si yo no digo eso, de pronto me rechazan y todo eso”* (Elena).

*“Cuando había una típica pregunta trampa siempre respondía lo que los médicos querían escuchar. Es que, si no, no consigues tus objetivos”* (Hans).

Algunas de las personas entrevistadas que rechazan la clasificación de la transexualidad en los manuales conciben el proceso diagnóstico como un trámite procedimental para acceder al tratamiento de modificación corporal:

*“Para mí, una revisión psiquiátrica es como una visita amistosa: ‘Hola, ¿qué tal?’. ‘Mira, hoy he hecho esto y he ido a tal sitio”* (Julia).

Otros valoran positivamente la diagnosis como una herramienta para descartar cualquier patología que pueda confundirse con la transexualidad. Asimismo, destacan el trato recibido y el papel de los y de las profesionales de la salud mental a la hora de ofrecer información de interés (Dani: “Son ellos los que cortan el bacalao”) y de realizar un acompañamiento a lo largo del proceso hormonoquirúrgico:

*“Por supuesto. Todos nos gestionan todo. Cuando tú vas a hacer un documento, tú has de pasar por alguien. Entonces, es lo mismo. Entonces, hay gente que dice: ‘Es que un médico no ha de determinar mi vida’. Perdona, lo determinan los fiscales, lo determina un juez si has de ir preso, lo determina mucha gente. Entonces, ¿qué más da si un médico, uno más, determina algo que va a ser definitivo? Y que a lo mejor en el momento de la terapia va a decir: ‘Mira, piénsatelo’. Hay que pasar, aunque sea mínimamente. Es como una terapia del cáncer, yo qué sé: hay que hacer un diagnóstico, hay que hacer unos análisis. Porque, si te ponen una inyección que no va bien, te mueres. Es lo mismo: si te cortan algo que no deberían quitarte y luego te matas, el médico se va a la cárcel”* (Jennifer).

*“Muy bien. [La profesional de la UIG] es una persona que siempre me ha apoyado. No porque sea psicóloga, sino porque ha hecho algo más que de psicóloga porque sabe todo el tema de mi novia (ha tenido graves problemas personales) y ha sido la primera que me ha dicho: ‘Tráela un día, que hablo yo con ella’. Para mí, [la profesional de la UIG] es más que una psicóloga, es una persona que está haciendo todo para ayudar a los transexuales”* (Marcos).

Pero el discurso patologizante y medicalizador puede causar que la persona trans adopte una visión patológica, anormal, de ella misma e interiorice el discurso biologista de la clase médica:

*“Simplemente, igual que hay personas que nacen con problemas físicos, que les falta un brazo o una pierna, nosotras nacemos con un sexo mal puesto; se desarrolla mal el sexo con lo que somos realmente”* (Bego).

*“Y me leí el diagnóstico clínico y realmente es una enfermedad física que requiere, para el bienestar de la persona, la transformación hormonal y quirúrgica. Requiere, o sea, no hay opción”* (Núria).

Por otra parte, entre las personas usuarias también hay opiniones muy críticas sobre la obligación de obtener el diagnóstico. Son personas que afirman ser plenamente conscientes de lo que les pasa y de lo que buscan, por lo que viven con disgusto el hecho de examinarse ante un o una profesional y tener que demostrar la veracidad de sus sentimientos:

*“Me parece absurdo, muy absurdo, porque yo ya lo he tenido claro desde siempre. Creo que no se me tiene que, digamos, analizar. Muchas veces me sentía analizada. Me hacían preguntas que a mí me parecían completamente absurdas [...]. Yo pensaba: ‘Yo he venido aquí, me he sentado ante vosotras porque es la única solución, pero si hubiera más opciones no lo haría, me parece absurdo porque yo sé cómo me siento’ [...]. En realidad, no me gusta ir a un sitio a demostrar lo que soy porque en realidad tú [dirigiéndose al entrevistador] no vas a ningún sitio a demostrar que eres un hombre, ¿verdad? [...] Me parece un poco absurdo que un transexual tenga que ir a un sitio... Y lo que más*

*absurdo me parece es que tenga que ir a un centro de problemas mentales”* (Andrea).

Las voces más críticas en contra del diagnóstico provienen de aquellas personas que se alejan del paradigma de la transexualidad. El personal profesional de la UIG reconoce que las personas que más se ajustan al ideal transexual (rechazo del género de asignación desde la infancia, malestar hacia los genitales, adopción estereotípica del género de destino, deseo heterosexual, voluntad de someterse a las cirugías) constituyen, en palabras de un profesional de la UIG, un “diagnóstico fácil”, y por eso suelen obtenerlo después de las dos visitas protocolarias (si bien es cierto que, posteriormente, se efectúa un seguimiento). Pero aquellas personas que tienen proyectos identitarios y corporales heterodoxos pueden ver cómo se alarga el proceso durante meses o, incluso, no obtienen el diagnóstico. Es el caso de Tere, que acude a la UIG con 45 años y después de dos matrimonios, o de Clara, que explica que abandonó la UIG después de meses de disputas con sus profesionales:

*“Creo que el primer día fui vestido de chico, porque cuando me planteé dar el paso estuve hablando con Montse. Y hablamos: ‘Creo que para que no me confundan con una travesti voy a ir de chico el primer día’ [...]. Me llevé una sorpresa cuando fui al Clínic porque pensé que iban a ser un poco más simpáticas, la verdad. Yo tenía claro que iba a ser completamente sincera [...] Pero, también, lo que tenía clarísimo es que quería dar este paso [...] Claro, yo llego allí, hago una apuesta de sinceridad y no te encuentras una muestra de empatía [...]. [La profesional de la UIG] en el primer diagnóstico que me dijo, me dijo que no me veía como transexual, que me veía como travesti [...]. Que sí,*

que quizá tienen que descartar casos erróneos. Pero, claro, tú se supone que has hecho una carrera y estás preparado para detectar cosas. Pues una psicóloga o una psiquiatra tienen que tener los datos necesarios. No para decir nada más verme: ‘Eres transexual y no hace falta que digas nada’. Pero, joder, yo te explico y tómate el tiempo que quieras, pero en la primera visita no me digas que no parezco una persona transexual” (Tere).

“Para [los profesionales de la UIG] yo soy un monstruo. No me lo dijeron, pero me lo dejaron clarísimo. Extraje varias lecturas de esos encuentros: soy un monstruo y reivindico mi derecho a ser un monstruo. Reivindico mi derecho a jugar con coches y al fútbol desde que soy pequeña y a ser la más femenina del mundo [...] Quieren clichés, quieren personas que estén integradas en la sociedad y que no molesten, quieren mujeres con la patita quebrada y que sean amas de casa perfectas, quieren este tipo de mujer transexual. Todo lo que sale de esto, son monstruos” (Clara).

Uno de los aspectos de la diagnosis que genera más críticas es el “test de la vida real”, es decir, la adopción por parte de la persona trans de una apariencia socialmente vinculada al género con el que se identifica. Sobre esta cuestión, algunas personas trans consideran que es una herramienta que refuerza los estereotipos de género, a la vez que exigen su derecho a decidir el tipo de masculinidad o feminidad que quieren representar en sociedad:

“¿Qué es lo que tengo que hacer? ¿Ponerme tacones hasta en la ducha? [...] ¿Y qué pasa si mi comportamiento es masculino? ¿Cuántas mujeres son masculinas? ¿Qué pasa, que tengo que estar el día entero pintándome las

uñas? [...] Lo que un médico no puede determinar es cómo soy yo. Puede determinar un trastorno, pero no mis características. Un médico no puede determinar mi grado de feminidad” (Jennifer).

Además, otras personas (sobre todo las mujeres trans) apuntan que resulta bastante complicado adoptar una apariencia en consonancia con el género de destino sin haber iniciado la terapia hormonal y que el entorno las incluya en el género que tratan de representar. No obtener el reconocimiento social merma la autoestima de la persona y puede exponerla a la transfobia social:

“Cuando empiezas la transición y sales a la calle vestido de mujer no eres más que un hombre vestido de mujer y todo el mundo te mira. El fenotipo no te acompaña, tienes barba, y vas con mucha inseguridad. Hasta que no aprendes a estar segura de ti misma se pasa muy mal. Por eso creo que el test de la vida real no se ha de imponer nunca. Como mucho, se ha de hacer cuando la persona ya ha adquirido algunas características del sexo opuesto gracias a las hormonas. A un chico transexual, si se pone pantalones, nadie le dirá nada. Pero si una chica se pone una falda y un vestido, sin tener pechos y con la barba marcada, todo el mundo la mirará [...]. Yo tenía carácter y era fuerte, pero hay personas que no lo tienen y lo pasan muy mal, se sienten como un payaso” (Montse).

## 2. El tratamiento hormonal

La mayoría de personas usuarias de la UIG valoran positivamente la atención endocrinológica recibida. No obstante, también hay quienes opinan que en la unidad se exige la adopción de una apariencia estereotipada:

*“Los médicos tienen tendencia a medicar más. Ellos quieren que el cambio de sexo sea total. No quieren estados intermedios e intentan que la persona transexual haga todo el proceso [...]. Nuestra tendencia es ser más autodidactas. Incluso hay transexuales que no se hormonan: se hormonaron durante un tiempo, eso les quitó el deseo sexual o lo que sea, ellas querían funcionar o lo que sea, y ya no se hormonan” (Mónica).*

Y algunas de ellas incluso defienden la autohormonación, ya que consideran que tienen los conocimientos y la experiencia necesarios para llevarla a cabo:

*“Una hormonación guiada [médicamente] o una autohormonación van a ser la misma cosa si tú tienes una asesoría correcta. Es que el médico no te va a dar una cosa que no... Teniendo la asesoría, vas a hacer lo mismo. No tiene mucho misterio la cosa” (Gema).*

Además, algunas personas viven con disgusto la exploración física a la que se somete a todas las personas antes de iniciar el tratamiento con el objetivo de descartar un caso de intersexualidad:

*“¿Te sentiste incómoda con el endocrino?”*

*Un poco... porque el primer día me dijo que me desnudara y me tocó el pene, etcétera. Me sentí un poco violentada porque no sé realmente qué ganan tocándome el pene, supongo para ver que no haya ninguna historia, pero me pareció un poco violento” (Ana).*

## 3. Las cirugías de reasignación sexual

Algunas personas trans critican fuertemente que algunos sectores del estamento médico hayan publicitado las cirugías como una especie de llave maestra para entrar en el reino de la normalidad de género:

*“El sistema de sexo/género está superbién armado. Hombre, si fuera más fácil escapar, la gente ni siquiera entraría en un quirófano. ¿Por qué alguien entraría en un quirófano, en una operación en que se juega la vida, si pudiera escapar? Si lo hace es porque realmente no encuentra salida. Y no estamos juzgando a la gente que se opera, sino en qué sociedad de mierda vivimos para que alguien, para ser feliz, necesite operarse. O sea, prefieres adaptarte tú a la sociedad, en vez de que la sociedad se adapte a ti. Lo entiendo, pero me da muchísimo que pensar” (Luis).*

*“La ciencia nos ha vendido la operación como algo idílico, cuando no lo es. Siguen diciendo que seremos mujeres, que estaremos bien aceptadas. Eso de que la sociedad te va aceptar con una castración es una milonga, una tontería. Yo no estoy en contra de la operación, pero lo que recomiendo es un rodaje antes, un rodaje sexual. Hay que practicar sexo antes para darse cuenta de que la operación no es necesaria” (Mónica).*

Con todo, aquellas mujeres que sienten rechazo hacia sus genitales desean firmemente la cirugía feminizante. Creen que constituirá el paso definitivo para corregir lo que consideran una disonancia entre su identidad de género (que conciben como innata y verdadera) y su cuerpo (visto como algo erróneo, extraño, ajeno): “La operación va a hacer que todo mi cuerpo esté en armonía conmigo misma” (Jennifer), “La operación hará que mi cuerpo encaje con mi forma de ser” (Jessica). Esta convicción de que la cirugía enmendará el desajuste entre la mente y el cuerpo genera un fuerte deseo de pasar por el quirófano, que prevalece sobre el temor a las complicaciones posoperatorias:

*“Cuando entré en el quirófano ya había aceptado que podía morir si la cosa salía mal, o que quizá no obtendría nunca más placer sexual, pero todo eso me daba igual. Mientras me quitaran el pene...”* (Montse).

*“Siempre le digo lo mismo a mi familia y a mis amigos: ‘Si me pasa algo en quirófano, por favor, ni lloréis ni os sintáis mal ni nada, porque habré muerto siendo la chica más feliz del mundo, la más feliz del mundo, porque habré muerto cumpliendo mi sueño’”* (Pilar).

El caso de los hombres trans es diferente. Si bien algunos de ellos sienten rechazo hacia sus genitales de nacimiento, la inmensa mayoría no desea someterse a la faloplastia por los muchos riesgos y problemas posoperatorios que comporta esta técnica quirúrgica:

*“Hasta que no esté del todo bien [la faloplastia], no. La mastectomía, sí. Pero la faloplastia, hasta que no esté bien, no, porque el hecho de tener un pito que, tal y como están las cosas, mida 8 centímetros, sin tener ninguna sensibilidad, sin tener relaciones sexuales... Porque no sentiría placer y solamente para mear, no”* (Pedro).

*“De momento, no, porque, ¿para qué me voy a poner ahí un...? ¿Para qué autodestruir mi cuerpo? Quitarme piel del antebrazo para que eso no vaya a funcionar y parecer haber salido de un picadero, de una máquina de picar carne... No. Si ahora me dicen que tienen una nueva técnica que funciona, me apunto. Pero de momento, no, porque con mi cuerpo no juego”* (Hans).

En el caso de los hombres trans con un rechazo corporal más acentuado, la histerectomía y la mastectomía son las cirugías más demandadas:

*“Pero el pecho es lo que antes me quiero quitar porque es lo que más se ve [...]. Entonces, cuando me hagan efecto las hormonas, voy a tener el problema de tener barba, y la voz y el cuerpo de hombre, y voy a ir a la playa, me voy a quitar la camiseta y: ‘¡Sorpresa!’” (Pedro).*

*“Más hacia los pechos, hacia los pechos sí que era... Los genitales no es una cosa que me obsesione como me obsesionaba lo del pecho [...]. Los genitales solo los tiene que ver la persona con la que me acuesto, los demás no saben lo que tengo o lo que dejo de tener, o sea, no me preocupa” (Marcos).*

Con respecto a la histerectomía, desde la UIG se afirma que es una cirugía absolutamente necesaria para evitar posibles problemas de salud, como las tumoraciones, mientras que desde Trànsit se apunta que no es necesario extirpar órganos sanos, y que unos controles ginecológicos periódicos son una buena forma de controlar el estado de las gónadas. Si al hombre trans le molesta tener la regla, en Trànsit aconsejan la ablación endometrial (extracción del revestimiento del útero), una técnica menos agresiva (ya que no requiere incisiones) que la histerectomía. En este sentido, hay hombres trans que se sienten molestos por el hecho de que en la UIG se insista en la necesidad de hacerse la histerectomía:

*“Creo que la histerectomía es superagresiva con 25 años, me parece muy fuerte [...]. Hay opiniones muy diversas, pero la versión del Clínic es que es absolutamente necesaria. El endocrino del Clínic me dijo que me la he de hacer. Me dijo: ‘No te insistiré, pero vete haciendo a la idea’. Me parece muy fuerte que haya un médico que te obligue a hacerte una operación por la que tú no quieres pasar [...]. Dicen que puedes llegar a desarrollar un cáncer, pero claro, me puedes ir haciendo un seguimiento cada seis meses y, si llego a desarrollar un cáncer, ya lo sacaremos” (Marc).*

## ANEXO 2. PRESENTACIÓN DEL SERVICIO TRÀNSIT<sup>38</sup>

### 1. Objetivos

1. Acompañar a las personas trans en sus necesidades y decisiones con respecto a la identidad sentida:
  - » Escuchando activamente el relato de su identidad, el apoyo que tienen del entorno y las necesidades y dudas que puedan tener en un momento determinado.
  - » Informando, iniciando o ajustando los tratamientos hormonales, asesorando sobre los tratamientos quirúrgicos y haciendo actividades preventivas y de promoción de su salud.
  - » Ofreciendo un acompañamiento psicoterapéutico a las personas trans siempre que lo soliciten de manera voluntaria: en momentos de duda con respecto a su identidad o necesidad de apoyo para tomar decisiones en cualquier momento del proceso de transición.
  - » Realizando grupos terapéuticos para personas trans como complemento al proceso terapéutico o como espacio de socialización del proceso de transición.
2. Acompañar a personas del entorno de las personas trans (acompañamiento afectivo, educativo, profesional, etcétera):
  - » Informando sobre las diferentes identidades, sobre los cambios y efectos beneficiosos y adversos de los tratamientos hormonales o quirúrgicos a las personas del entorno afectivo de la persona trans.
  - » Haciendo informes explicando el proceso de transición para escuelas, institutos, universidades, entorno laboral, profesionales, etcétera, que faciliten su integración en el sexo sentido.
  - » Asesorando a profesionales de la salud (psicólogos y psicólogas, psiquiatras, médicos y médicas de familia, endocrinólogos y endocrinólogas, etcétera) sobre las diferentes identidades y el acompañamiento que deben hacer a la persona trans en el proceso de transición.

47

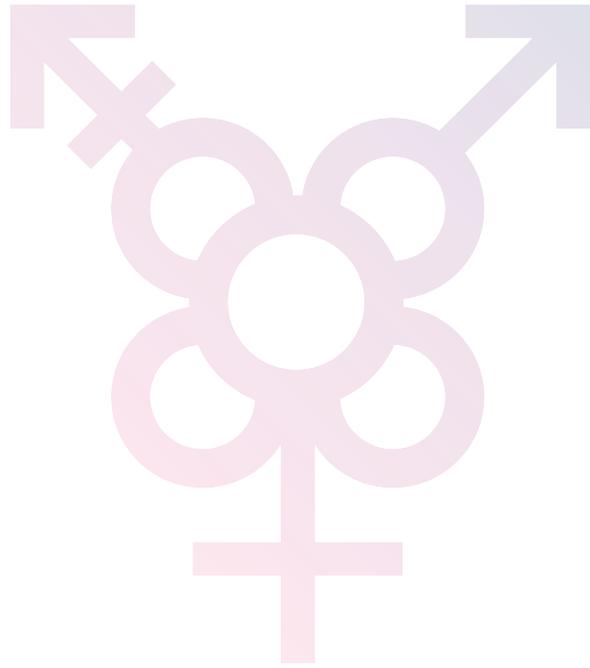
Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia

Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona

3. Sensibilizar a los y las profesionales de la salud, de la educación y de los medios de comunicación sobre la realidad y las necesidades de las personas trans, ofreciendo una visión libre de estereotipos y prejuicios:
  - » Sesiones clínicas en centros de salud, colegios de psicólogos, etcétera.
  - » Charlas en consejos escolares, AMPA, etcétera.
  - » Entrevistas con los medios de comunicación.
4. Formar a profesionales de la salud para que tengan un conocimiento adecuado de los procesos de transición y puedan dar una atención adecuada.
5. Elaborar informes médicos y psicológicos establecidos como necesarios por la ley para conseguir el cambio de nombre y sexo al sexo sentido en todos los documentos identificativos.

## 2. Población

El servicio se dirige a las personas trans que tengan interés en utilizar el servicio de atención médica o psicoterapéutico para trans, así como a sus familias y parejas, independientemente de que las demandas sean realizadas por la misma persona, por la familia o por ambas.



### 3. Modelo de atención en Trànsit

Trànsit se puso en funcionamiento en octubre del 2012 a cargo de una ginecóloga. La misión principal de este servicio es promocionar la salud de las personas trans del territorio. En mayo del 2013 se amplió la oferta de servicios poniendo en marcha una nueva línea de atención, el acompañamiento psicoterapéutico, a cargo de una psicóloga. A partir de este momento se hizo necesario utilizar dos nomenclaturas para diferenciar los dos servicios: **Trànsit-AM**, para atender todas las demandas relacionadas con cuestiones médicas, y **Trànsit-AP**, que dará respuesta a las necesidades de tipo psicológico y terapéuticas.

#### Trànsit-AM Promoción de la salud de las personas trans

La atención a la salud de las personas trans en Trànsit-AM se inspira en el modelo basado en la comunidad e impulsado por personas trans. Este modelo, que ya ha sido descrito anteriormente en este documento, se inició en Canadá en el 2003 y, desde el 2006, desarrolla protocolos clínicos y de atención a la salud de las personas trans. Asimismo, considera que la decisión de iniciar un tratamiento es un proceso colaborativo entre profesionales y personas trans, centrado en las necesidades y expectativas de la persona, y que solo requiere la valoración de las posibilidades de socialización en el sexo sentido de la persona atendida y la obtención

del consentimiento informado. Por lo tanto, cualquier profesional de atención primaria con una cierta experiencia en temas de identidad puede facilitar este proceso de decisión, informando, educando, guiando y dando apoyo a estas personas en todas las fases de su proceso.

En nuestro servicio promocionamos las derivaciones de las personas trans a grupos de apoyo terapéutico integrados por personas trans y el acompañamiento individual psicoterapéutico si se desea, pero con psicólogos y psicólogas, que denominamos *transpositivos*.

## Trànsit-AP Acompañamiento psicoterapéutico

El fundamento teórico de la intervención aportada en el modelo Trànsit-AP parte del supuesto epistemológico del constructivismo. Cada acontecimiento es construido de formas diferentes para cada persona en función de muchas variables que interactúan constantemente. Por eso, se entiende la actividad humana como un proceso global de construcción de significado y el ser humano como un organismo cuya actividad principal es construir los acontecimientos en que se encuentra (incluyéndose a sí mismo, a los demás y el sufrimiento y los síntomas) (Feixas, 2012).<sup>39</sup>

Este marco asume una visión proactiva del ser humano que regula sus procesos psicológicos en función de lo que es congruente con el sistema creado hasta entonces. Así pues, resulta comprensible que la persona se encuentre con conflictos a la hora de tener que compatibilizar el autoconcepto con sus valores personales en el proceso de tomar decisiones.

Unos de los autores de referencia que introduce el concepto de conflictos como sinónimo de psicopatología es Manuel Villegas con su teoría del desarrollo moral. Este enfoque teórico entiende la psicopatología como el “sufrimiento psicológico ocasionado por la incapacidad del ser humano de sentir, pensar y actuar de forma libre a causa de atrapamientos o conflictos en sus propias necesidades, pasiones, debe-

res o relaciones, o a causa de pérdidas o fracasos en su existencia” (Villegas, 1981). Desde este punto de vista, no se concibe la terapia como una técnica de curación o de diagnóstico de ningún tipo de enfermedad psíquica, sino como una intervención facilitadora en el proceso de crecimiento o de la conversión en una persona autónoma, como un llamamiento a la autenticidad de la existencia. Es decir, un “método orientado a promover un mayor autoconocimiento y desarrollo de la autonomía psicológica, suficiente para asumir y desarrollar libremente la propia existencia” (Villegas, 1981).

El constructivismo ha adoptado la narrativa como parte de modelos más generales de evaluación e intervención psicoterapéutica. El modelo narrativo en esta psicoterapia constructivista adquiere sentido, ya que se utiliza como herramienta para conseguir que la persona trans aumente el conocimiento sobre sus propias reglas de funcionamiento, ampliando significativamente la flexibilidad en la referencia de las experiencias cotidianas, y para intentar la deconstrucción de los discursos asociados al motivo de consulta para construir narrativas más empoderadoras y libres de constricciones. En este sentido, la utilización de la terapia narrativa constructivista podría situarse cerca de los abordajes estratégicos y del tipo “terapia centrada en la solución”, vista su marcada preferencia por el cambio rápido de los patrones más inmediatos asociados al motivo de consulta.

---

<sup>39</sup> *El constructivismo* [texto inédito]. Guillem Feixas Viaplana, 2012.

### ***3.1. Directrices básicas de la atención a las personas trans en Trànsit***

#### ***Trànsit-AM. Directrices básicas de la atención a la salud de las personas trans***

La atención de las personas trans en Trànsit-AM se basa en la escucha activa de su relato de vida con respecto a la identidad, sus necesidades y dudas en el momento de la atención; la valoración del apoyo del entorno afectivo, educativo o laboral en sus decisiones y el respeto a las decisiones que tome con respecto al tipo y ritmo del tratamiento hormonal; y la evaluación de medidas de promoción y prevención de su salud y de la decisión personal de la necesidad de recibir acompañamiento psicoterapéutico, ellas mismas o las personas de su entorno.

Los puntos básicos que se trabajan en la atención a la salud en Trànsit-AM son los siguientes:

- Valoración de la adecuación y la necesidad de los tratamientos hormonales de transición, y si hay que hacer cambios, en personas trans que ya siguen estos tratamientos y se hacen controles médicos y analíticos periódicos.
- Inicio de tratamientos hormonales de transición y controles médicos y analíticos periódicos.
- Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva a las personas trans —prevención de cáncer de cérvix y mama, consejo reproductivo, prevención de las infecciones de transmisión sexual, consejos sobre estilos de vida (tóxicos, alimentación, ejercicio, etcétera)—.
- Asesoramiento virtual por correo electrónico a dudas de personas trans.
- Derivación a la Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic a las personas que lo deseen.

#### ***Trànsit-AP. Directrices básicas del acompañamiento psicoterapéutico a personas trans***

El estigma y la discriminación que sufren las personas trans en la sociedad actual hacen que el riesgo de sufrimiento y malestar psicológico sea elevado y objeto de atención especial y específica por parte de toda la sociedad y de los y las profesionales de la salud en particular.

Desde Trànsit-AP hemos trabajado unas directrices que aplicamos y que tienen que servir para garantizar una atención de calidad y protección legal de la persona trans. Estas directrices están inspiradas en la American Psychological Association, son consistentes con ella y respetan sus principios éticos y código de conducta.

Este planteamiento incluye también a aquellas personas que, teniendo una expresión de género diversa, no necesitan ningún tratamiento psicológico, hormonal o quirúrgico.

- El acompañamiento en aspectos psicosociales de la persona siempre tiene que ser a petición de esta.
- El o la profesional de la salud cumple la función de información, asesoramiento y acompañamiento en el proceso personal de la persona trans. La última decisión la tiene la persona y solo ella.
- Hay que dar apoyo al proceso de construcción de la identidad respetando y potenciando su subjetividad.
- Se tiene que potenciar la autonomía de las personas trans en su proceso de transición.
- La expresión de género es diversa y única de cada persona y se debe entender desde esta vertiente. Las directrices tienen que estar al servicio de las personas y no al revés; por eso, es necesario que la atención sea personalizada y sin prejuicios, que tenga en cuenta todas las posibles variantes en la manera de intervención: hormonal, cirugía, psicoterapia, combinación de dos, todas o ninguna.
- La orientación sexual y la identidad de género son conceptos independientes pero interrelacionados.

Las competencias mínimas del o de la profesional de acompañamiento psicoterapéutico se resumen a continuación:

- Titulación de psicología y, preferiblemente, máster en intervención terapéutica con una perspectiva constructivista, de género o alguna especialidad en sexualidad.
- Formación o experiencia profesional mínima en el acompañamiento psicoterapéutico a personas trans desde una perspectiva constructivista y humanista que trate a la persona como persona y que mantenga una relación terapéutica de persona experta a persona experta.
- Visión amplia del género: el género entendido como una construcción personal de la propia identidad, único, diverso y exclusivo de la persona.
- Concepción de la transexualidad como una expresión más de género diverso. No se puede diagnosticar un hecho que no es considerado como enfermedad. Esta posición garantiza la despatologización de la transexualidad y las expresiones diversas de género.
- Visión de la necesidad de un cambio social que facilite la integración y el reconocimiento de los géneros diversos como un elemento que enriquece la cultura y la sociedad y nos permite avanzar en la concepción del ser humano.

## Otras actividades de los servicios Trànsit-AM y Trànsit-AP

- Realización de informes médicos o psicológicos durante la etapa en que, por cuestiones imperativas legales, hay una disonancia entre el aspecto físico y los datos del DNI:
  - » para facilitar su socialización en el sexo sentido;
  - » para que en los servicios de salud se llame y se trate a estas personas en el sexo sentido y se les faciliten los tratamientos y los controles médicos necesarios;
  - » para el entorno social (escuelas, institutos, universidad, puesto de trabajo, bibliotecas, polideportivos, etcétera), con el fin de que en sus listas y carnés adecuen el nombre al de la persona trans.
- Realización de informes médicos o psicológicos para el cambio de nombre y sexo en la partida literal de nacimiento y, posteriormente, en todos los documentos oficiales.
- Intercambio de opiniones con profesionales de la salud —de la psicología y la psiquiatría, de la psicopedagogía, de la medicina de familia, de la endocrinología—, trabajadores y trabajadoras sociales, y educadores y educadoras comunitarios y sociales; personal de los centros penitenciarios, etcétera, que atienden a personas trans en situaciones complejas.
- Información del funcionamiento de Trànsit a diferentes entidades no gubernamentales y asociaciones (Stop Sida, Acathi, Generem!, Chrysalis, Fundació Enllaç, Àmbit Dona Prevenció, APIP, etcétera) y diseño de los circuitos de derivación.
- Sesiones, cursos y talleres de sensibilización y formación para profesionales de la salud (ginecólogos y ginecólogas, comadronas, equipos de atención primaria, psicólogos y psicólogas, auxiliares de enfermería, administrativas sanitarias, etcétera) con respecto a identidad de género, procesos de transición, cambios corporales, efectos beneficiosos y adversos de los tratamientos hormonales o quirúrgicos y las repercusiones en el entorno de la socialización en el sexo sentido de la persona trans.
- Asesoramiento a estudiantes en proyectos de investigación sobre transexualidad de la ESO, de bachillerato, de final de grado, de final de máster y de doctorados.
- Sensibilización para la normalización y aceptación de las diferentes identidades de género como integrantes del amplio abanico de la diversidad humana, con la participación en jornadas médicas y la colaboración con medios de comunicación (entrevistas en revistas, radio, televisión, etcétera).
- Vinculación de la persona trans en redes de iguales como elemento de integración y refuerzo del mismo proceso. En este punto, cabe señalar la importancia del conocimiento por parte del o de la profesional de los recursos del territorio en relación con las redes sociales trans y su vinculación con estas para facilitar y asegurar la derivación al lugar y a la persona adecuada.
- Información, asesoramiento y acompañamiento en el entorno afectivo próximo, educativo y profesional, etcétera.

## La convivencia con otros modelos de intervención. El caso de la UIG en Barcelona

La aparición de Trànsit en octubre del 2012 supuso un antes y un después en el panorama de la salud de las personas trans en Barcelona, en Cataluña y, posiblemente, en el resto del Estado español. Esta iniciativa de promoción de la salud de las personas trans complementa el servicio público ofrecido a las personas trans hasta hoy, propiedad exclusiva de las UIG —unidades dotadas de un equipo de profesionales que ofrecen un tratamiento multidisciplinar e integrado de transexualidad según unos protocolos establecidos—.

El modelo de atención a la salud e intervención psicológica que caracteriza a las UIG se fundamenta en la evaluación psicológica de la transexualidad, que consiste en la administración de una batería de test que ayudan a diagnosticar la transexualidad. La fase más importante sería el cumplimiento de los criterios DSM-5 y CIE-10. Una vez finalizada la evaluación psicológica y después de haber confirmado el diagnóstico de disforia de género, *la persona trans puede acceder al tratamiento hormonal* con una visita a un endocrinólogo o una endocrinóloga, y la intervención psicoterapéutica durante la fase inicial de hormonación tiene la base en la denominada *experiencia de vida real*.<sup>40</sup>

La aplicación de estos protocolos implica que muchas personas que se autoetiquetan como trans queden fuera de las UIG. En este momento vital tan importante y decisivo, donde el acompañamiento del profesional de la salud es fundamental, estas personas, que se consideran “dudosas”, quedan completamente desatendidas.

En este contexto, Barcelona vive un auge importante del activismo trans, materializado en un notorio movimiento internacional que lucha por la despatologización de las personas trans.

A escala internacional, desde una vertiente exclusivamente profesional, se pusieron en marcha diferentes campañas en contra de la publicación, en mayo del 2013, de la nueva versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) DSM-5. La plataforma Boicot al DSM-5 (Boycott DSM-5), constituida por un grupo de activistas procedentes de diversas disciplinas como la medicina, la psicología o el trabajo social y la Asociación Estadounidense de Psicología (American Psychological Association), ha manifestado su preocupación sobre la fiabilidad, validez y seguridad del DSM-5. En la misma línea, la Asociación Británica de Psicología (British Psychological Association [BPS]) solicitó un cambio de paradigma en la salud mental, manifestando públicamente su oposición al modelo biomédico para la comprensión de los trastornos mentales.

Ante estas voces críticas a los sistemas diagnósticos, todavía son muchas las personas del ámbito profesional y de la investigación y los pacientes que defienden su uso. Las UIG son uno de estos estamentos, a pesar de las quejas presentadas por sus usuarios y usuarias en relación con el modelo de intervención que están utilizando en la actualidad.

55

Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia

Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona

<sup>40</sup> Asenjo-Araque, Rodríguez Molina, García-Romeral, López-Moya y Becerra-Fernández, 2011.

### **3.2. Marco de la atención en Trànsit**

#### Profesionales

Trànsit-AM empezó en octubre del 2012 a cargo de una ginecóloga con una dedicación progresiva en horas en función de la demanda. Trànsit-AP se puso en marcha en mayo del 2013 a cargo de la psicóloga Soraya Vega en el marco de un convenio de colaboración con la Universidad de Barcelona, y en enero del 2015 se incorporó Diana Zapata. La primera tiene una dedicación de 10 horas semanales, y la segunda, de 5 horas.

#### Derivación

Tanto a Trànsit-AM como a Trànsit-AP las personas llegan derivadas por agentes externos colaboradores, como la asociación Generem!, Chrysallis, EnFemme, Acathi, el Casal Lambda, el Espacio Trans, la Fundació Enllaç, Àmbit Dona Prevenió, la Asociación de Madres y Padres de Gais, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales, y otros profesionales, las redes sociales o las recomendaciones de otras personas trans o de profesionales de la salud. Desde Trànsit-AM se deriva a Trànsit-AP a las personas trans o de su entorno afectivo que consideran necesario un acompañamiento psicoterapéutico en algún momento de su proceso de transición (20 %). El 57 % de las personas atendidas en Trànsit-AP llegan derivadas desde Trànsit-AM, y desde Trànsit-AP se deriva a personas trans a Trànsit-AM en el momento en que creen necesario un acompañamiento médico a sus procesos.

El contacto se realiza mediante correo electrónico: Trànsit-AM (transit.bsn.ics@gencat.cat), y Trànsit-AP (transitapsico@gmail.com).

#### Setting

**Trànsit-AM:** la atención se ofrece en la sexta planta del CAP Manso o en la tercera planta del CAP Numància, en función de las preferencias de la persona, en un horario pactado entre el o la profesional y la persona de lunes a miércoles, de 8.00 a 20.00 horas, y jueves y viernes, de 8.00 a 15.00 horas.

**Trànsit-AP:** las sesiones se realizan en la sexta planta del CAP Manso, en el despacho de la psicóloga, las tardes de los lunes y miércoles.

La atención tiene una duración de un máximo de diez sesiones y la frecuencia es de una sesión cada dos semanas.

## Trànsit-AM: metodología de la atención a la salud

En la primera visita se explora el recorrido vital de la persona con respecto a su identidad, así como la situación y las necesidades actuales hacia esta y sus deseos con respecto a los cambios corporales, y se evalúa el conocimiento que tiene de su situación su entorno afectivo más próximo (familia, amigos y amigas, etcétera) y del educativo o laboral, así como el apoyo que recibe de todos ellos. Al mismo tiempo, se evalúa el conocimiento que tiene de referentes o personas trans.

Asimismo, se hace una anamnesis clínica que incluye antecedentes familiares de riesgo cardiovascular, cánceres hormonodependientes y osteoporosis, los estilos de vida (tóxicos, alimentación, ejercicio, etcétera), antecedentes de enfermedades físicas o mentales y de *bullying*, agresiones físicas, abusos sexuales e ideaciones o intentos de autolisis.

Finalmente, se hace una reflexión sobre la influencia de los tratamientos de transición sobre la respuesta sexual para que la persona pueda compatibilizar su tratamiento con la respuesta sexual deseada.

Además, se asesora sobre lo siguiente:

- Prevención de infecciones de transmisión sexual, posibilidades reproductivas y anticoncepción en los casos necesarios.
- Diferentes opciones de tratamiento, diferentes ritmos de transición, la cronología de los cambios esperados reversibles e irreversibles y efectos adversos a corto y largo plazo. Eso permite la elección personal del inicio o no del tratamiento, tipo y dosis o el ajuste de las dosis si ya está en tratamiento.
- La influencia de los tratamientos de transición sobre la respuesta sexual para que se pueda compatibilizar el tratamiento con la respuesta sexual deseada.
- Tratamientos quirúrgicos, entendiendo que no hay ninguna cirugía que sea necesaria desde un punto de vista médico en ningún proceso de transición.
- Actividades preventivas posibles: prevención del cáncer de cérvix y mama, consejo antitabáquico, prevención del riesgo de osteoporosis, etcétera.
- Funcionamiento de la UIG y la posibilidad de seguimiento y cirugías en esta unidad financiadas por la sanidad pública. Derivación si la persona lo desea.
- Atención a las personas del entorno afectivo, si la persona trans cree que esta atención puede facilitarle un apoyo mejor.
- El servicio Trànsit-AP para la persona trans o su entorno afectivo, si desean tener un acompañamiento psicoterapéutico. Derivación, si se solicita.
- Redes de recursos para personas trans: EnFemme, Generem!, Chrysallis, referentes trans, Espacio Abierto Trans/Intersex, Cultura Trans, Grupo de Familias de Personas Trans, Barcelona Trans Ocupació, etcétera.

Se informa de la posibilidad de mantener contacto virtual para la resolución de dudas y se acuerda una cita posterior de seguimiento y control analítico. Asimismo, se hacen informes para el entorno educativo, laboral, el médico o la médica de familia, etcétera, a quienes se explica el proceso de transición, para facilitar su socialización en el sexo sentido. También se hacen informes médicos para el cambio de nombre y sexo en los documentos oficiales en los casos de personas que cumplan los requisitos legales.

### *Trànsit-AP: metodología del acompañamiento psicoterapéutico individual*

Entre las diversas estrategias y técnicas narrativas utilizadas, se encuentran el autoinforme (diarios, tareas estructuradas de autoobservación), ejercicios de enfoque y reconocimiento emocional, agendas de sesión, reencuadre y reformulación de resistencias como manutención de la propia coherencia sistémica, historia del proyecto vital, resúmenes y rituales de finalización, etcétera. (Neimeyer y Mahoney, 1995; Guidano, 1991, 1995; Neimeyer, 2001).

El proceso de cambio que se experimenta en la terapia se puede describir en las fases siguientes:

**Fase I: fase de acogida.** La acogida del o de la terapeuta debe obedecer a un sentimiento profundo y real de interés, respeto y aceptación hacia el otro que constituye la base de una especie particular de relación profesional y alianza terapéutica. En esta fase se encuadra el modelo Trànsit-AP, los objetivos de la terapia y tareas propias de la psicoterapia que se llevará a cabo. Se inicia el vínculo terapéutico que se expresa por medio de la confianza y el respeto mutuo, y por la verbalización y aceptación del compromiso común con el proceso, materializado en la firma de un contrato de colaboración.

**Fase II: fase de exploración.** Se trabaja para aclarar la demanda de la persona, qué es lo que quiere trabajar, qué le molesta, qué quiere conseguir con la terapia. Las técnicas básicas utilizadas son el genograma y la línea de vida con perspectiva de identidad de género.

**Fase III: fase de expresión/compresión.** Esta es la fase central de la estrategia terapéutica. Incluye diferentes episodios importantes para conseguir un cambio en la línea del bienestar de la persona trans: reconstrucción inmediata de la experiencia trans, reconstrucción histórica de la experiencia trans, implicaciones relacionales de la experiencia trans, rescatar el deseo de lo que se quiere ser ante el predominio de lo que tiene que ser y lo que la gente espera de la persona (conflicto entre el eje egocentrado y el eje alocentrado) e integración de la identidad trans.

**Fase IV: fase de resolución/cierre.** Se finaliza la terapia con un recorrido por los aspectos que han ayudado más en el proceso, los que han fortalecido su identidad y les han aportado anclas para llevarlas durante el resto de su vida.

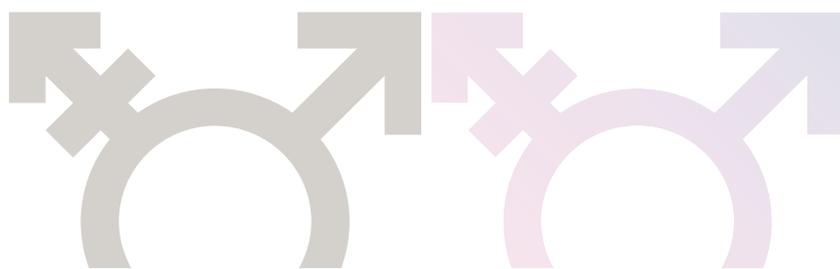
### Metodología del acompañamiento terapéutico grupal

El grupo de acompañamiento se forma en torno a una condición vital común a todas las personas que lo integran y es su definición como persona con una identidad diversa, no normativa.

Esta experiencia grupal nace con la intención de apoyar a las personas trans en su proceso de transición para reducir los miedos, las ansiedades y el aislamiento que pueden estar presentes en algunas personas que hacen la transición. Este estado solo puede ser remediado por el acceso a una red social satisfactoria para el individuo. Esta es una de las grandes funciones que cumple el grupo terapéutico para personas trans.

El grupo actúa como base para poder expresar los miedos del abandono familiar o de la pareja una vez hecha la transición o cuando se hace pública la condición de persona trans.

El mecanismo básico que se pone en marcha en estos grupos es la universalidad del hecho trans, la cohesión y el aprendizaje vicario. Se fomenta el desarrollo de nuevos mecanismos de afrontamiento y estrategias nuevas de conducta para hacer frente a situaciones de transfobia.



#### 4. Valoración del modelo

La valoración positiva del modelo de atención en Trànsit-AM se deduce de las muestras de agradecimientos de diferentes personas atendidas en nuestro servicio:

*“Por supuesto, te dejamos muy claro y te reiteramos nuestro agradecimiento por toda la ayuda que hemos recibido de ti y por ayudarnos a entender un poco más a nuestro hij@; ya sabes que íbamos muy perdidos”.*

*“En fin, Rosa, que muchísimas gracias por todo y que seguimos en contacto. He estado esperando exclusivamente para darte las buenas noticias; la verdad es que todo el proceso de los papeles ha sido muuuy lento y tedioso, pero lo conseguí :))))”.*

*“Muchísimas gracias de todo corazón, no creo que pudiera expresar con palabras la felicidad que ahora siento, así que cuando te vea ya me lo verás en la sonrisa gigante que llevo cada día”.*

*“Estoy muy contento con el trato que me proporcionaste, y siempre que alguien me plantea preguntas, gente con dudas, les recomiendo vuestros servicios. ¡Hacéis mucho por nosotros!”.*

*“Bueno, te mando un abrazo de colores bien fuerte, me acuerdo de ti mucho, guapa”.*

*“Muchas gracias por todo, Rosa. Cada vez que vengo a Trànsit me siento muy mimada y cuidada. Para mí, un diez en atención al paciente, seguid así. Continuaré el tratamiento tal como hacemos. Ya me dirás algo de la próxima visita”.*

*“Como puedes imaginarte, gracias a ti esta semana ha sido muy importante para mí, de las más importantes de mi vida. Al darme la posibilidad de seguir hacia adelante, me he animado más, y se me están quitando algunos ‘miedos’ y ‘complejos”.*

*“Gracias por todo otra vez y que tengas buen día”.*

*“Aprovecho para darte las gracias por acompañarnos en esta lucha de normalización trans”.*

A continuación, se recogen algunas valoraciones cualitativas hechas por algunas personas que han finalizado el proceso terapéutico en Trànsit-AP:

*“Me ha hecho reflexionar, cuestionar..., ordenar emociones y prioridades, y todo eso me ha mostrado la necesidad de evolucionar como persona y tomar la decisión más importante de mi vida”.*

*“Me ha ayudado a mejorar la comunicación y la relación con mi familia con respecto a la transición, conocerme mejor a mí mismo gracias a la experiencia de la terapeuta, en el espacio seguro que he encontrado para poder expresarme con respecto a mi transición. Mucha amabilidad”.*

*“Familiarizarme más con este nuevo mundo y perder un poco el miedo. Es un espacio donde encuentras experiencia de la terapeuta, refuerzo y apoyo”.*

*“He podido crear un espacio de seguridad en mí mismo, para reafirmarme, descubrir mis propias trampas, tener paciencia conmigo y con mis procesos, entenderlos, cuidarme. Un espacio donde he encontrado flexibilidad, caña cuando ha tocado, escucha, pautas después de ir conociéndome”.*

*“Aprender a sentirme en libertad de ser yo misma. Detectar mis cadenas. Trabajar mis miedos de ser transexual en una sociedad donde no se ve bien. Me ha ayudado a prepararme para poder hablar con la familia y explicar quién soy yo”.*

*“He realizado un gran ejercicio de reflexión sobre quién soy. Eso me ha ayudado a decidirme, ya que no tenía más opciones si quería ser yo mismo. Ha sido muy importante analizar el tipo de masculinidad que quería vivir, repensar la masculinidad e integrar mi feminidad. He pasado de la rabia a la euforia no agresiva”.*

*“He podido aclarar mis dudas sobre quién soy, mi sexualidad, identidad y las posibles vías de terapias. Ahora sé quién soy”.*

## 5. Aproximaciones empíricas. Personas atendidas en Trànsit-AM (octubre del 2012-agosto del 2015)

Se ha atendido presencialmente a 375 personas en Trànsit, de las cuales 38 han sido derivadas a Trànsit-AP y 29 han sido atendidas exclusivamente en Trànsit-AP. 36 personas han solicitado hora, pero finalmente no se han presentado a la visita, y 52 han sido asesoradas por correo electrónico.

### Atención a mujeres trans

Se ha atendido a 224 mujeres trans, de las cuales 10 son menores de edad. De las 214 mujeres trans adultas, 131 ya estaban en tratamiento hormonal, tanto con autotratamiento (111) como controladas en la UIG (16) o por una endocrina o un endocrino privado (2), y 2 habían completado su socialización como mujeres sin haber hecho nunca ningún tratamiento hormonal.

- Mujeres trans que hace más de dos años que están en tratamiento hormonal o que se han socializado como mujeres en todos los ámbitos de su vida en la primera visita: 94 mujeres

La edad de estas mujeres trans oscila entre 21 y 67 años. De este grupo de mujeres trans, el 59 % son inmigrantes, la mayoría de origen centroamericano. El 49 % de las que hace más de dos años que están socializadas como mujeres en todos los ámbitos de su vida son trabajadoras del sexo comercial y el 21 % reciben subsidios, aunque el 43 % tienen estudios universitarios. El 20 % de los padres y madres, el 77 % de los hijos e hijas y el 30 % de las personas del entorno laboral de estas mujeres desconocen su transexualidad o no la aceptan y el 43 % no tienen pareja afectiva.

Hay que destacar que un 42 % han hecho abuso de tóxicos, un 24 % han requerido apoyo psicológico o psiquiátrico de larga duración, un 15 % han sido víctimas de acoso o abusos

sexuales y 4 mujeres trans han hecho intentos de autolisis (8 intentos en total).

Estos datos alertan sobre la situación de vulnerabilidad social de este colectivo.

- Mujeres trans que hace menos de dos años que están en tratamiento hormonal o que se han socializado como mujeres en todos los ámbitos de su vida en la primera visita: 37 mujeres

La edad de estas mujeres trans oscila entre 20 y 59 años. El 53 % son inmigrantes, la mayoría de origen centroamericano o sudamericano. El 23 % son trabajadoras del sexo comercial y el 14 % reciben subsidios, aunque el 36 % tienen estudios universitarios. El 50 % de los padres y madres, el 100 % de los hijos e hijas, el 44 % de los amigos y amigas y el 67 % de las personas del entorno laboral de estas mujeres desconocen su transexualidad o no la aceptan y un 52 % no tienen pareja afectiva.

Hay que destacar que un 30 % han hecho abuso de tóxicos, un 25 % han requerido apoyo psicológico o psiquiátrico de larga duración, un 6 % han sido víctimas de acoso o abusos sexuales y 2 mujeres trans han hecho intentos de autolisis (4 intentos en total).

Estos datos alertan sobre la situación de vulnerabilidad social de este colectivo.

En todos estos casos se valoraron los factores de riesgo del tratamiento en función de los antecedentes médicos familiares y personales y los estilos de vida, se asesoró sobre los beneficios y riesgos de los tratamientos hormonales que hacían y se reajustó el tratamiento en los casos necesarios, ofreciendo las pruebas (analíticas, densitometría ósea, mamografías, etcétera) de acuerdo con su situación, y se facilitaron informes para su socialización en el sexo sentido e información sobre recursos para personas trans.

- Mujeres trans que no han hecho nunca ningún tratamiento hormonal o que no se han socializado como mujeres en todos los ámbitos de su vida en la primera visita: 83 mujeres

De las 214 mujeres trans adultas, 83 no habían iniciado ningún tratamiento hormonal y 69 lo iniciaron en la primera visita a Trànsit. En todos estos casos se valoraron los factores de riesgo del tratamiento en función de los antecedentes médicos familiares y personales y los estilos de vida, se asesoró sobre los beneficios y riesgos de los tratamientos hormonales, se dio información sobre los cambios corporales esperados y se establecieron las dosis del tratamiento de acuerdo con sus expectativas con respecto al proceso de transición, estableciendo la periodicidad de controles médicos y pruebas analíticas. Sus edades oscilaban entre 18 y 67 años. El 3 % son trabajadoras del sexo comercial y el 25 % reciben subsidios, aunque el 53 % tienen estudios universitarios. En este grupo de mujeres trans mayoritariamente autóctonas (71 %), destaca el poco conocimiento que tiene su entorno social con respecto a su situación: solamente la conocen el 50 % de los

padres y madres, el 13 % de los hijos e hijas, el 44 % de los amigos y amigas, el 54 % de las parejas afectivas y el 11 % de las personas de su entorno laboral. El 46 % no tienen pareja afectiva.

Hay que destacar también que un 25 % han hecho abuso de tóxicos, un 35 % han requerido apoyo psicológico o psiquiátrico de larga duración, un 10 % han sido víctimas de acoso o abusos sexuales y 3 mujeres trans han hecho intentos de autolisis (3 intentos en total).

Estos datos alertan sobre situaciones de vulnerabilidad social de este colectivo.

En todos estos casos se ofreció asesoramiento en el entorno afectivo, se hizo acompañamiento psicológico, se dieron contactos con recursos para personas trans y se facilitaron informes para sus profesionales de la salud, el entorno escolar y el laboral.

- Chicas trans menores de edad

Ninguna de las 10 chicas trans menores de edad iniciaron el tratamiento en la primera visita. Las edades van de 7 a 17 años. En todos estos casos se dio asesoramiento a la persona trans (a partir de los 12 años) y a todos los padres y madres sobre la transexualidad; se proporcionaron medidas para facilitar el bienestar de la persona y su proceso de socialización en el sexo sentido; se ofreció acompañamiento psicológico; se dieron contactos con recursos para personas y familias trans; y se facilitaron informes para sus profesionales de la salud y el entorno escolar y asesoramiento directo a sus entornos escolares.

## Atención a hombres trans

Se ha atendido a 122 hombres trans, de los cuales 14 son menores de edad. De los 108 hombres trans adultos, 36 ya estaban en tratamiento hormonal, tanto con autotratamiento (16) como controlados en la UIG (19) o por una endocrina o un endocrino privado (1).

- Hombres trans que hace más de dos años que están en tratamiento hormonal o que se han socializado como hombres en todos los ámbitos de su vida en la primera visita: 18 hombres

La edad de estos hombres trans oscila entre 21 y 51 años. El 89 % son autóctonos. El 7 % reciben subsidios, el 93 % son autónomos o trabajan por cuenta ajena y el 39 % tienen estudios universitarios. El 17 % de los padres y madres, el 100 % de los hijos e hijas, el 20 % de las personas de su entorno laboral y el 7 % de los amigos y amigas desconocen su transexualidad o no la aceptan. Un 17 % no tienen pareja afectiva.

Hay que destacar también que un 66 % han hecho abuso de tóxicos, un 8 % han requerido apoyo psicológico o psiquiátrico de larga duración, un 17 % han sido víctimas de acoso o abusos sexuales y ningún hombre trans ha hecho ningún intento de autolisis.

Estos datos muestran que se dan situaciones de vulnerabilidad social, pero mucho menos que en el caso de las mujeres trans.

- Hombres trans que hace menos de dos años que están en tratamiento hormonal o que se han socializado como hombres en todos los ámbitos de su vida en la primera visita: 19 hombres

La edad de estos hombres trans oscila entre 19 y 51 años. El 67 % son autóctonos. El 14 % reciben subsidios y el 75 % tienen estudios universitarios. El 37 % de los padres y madres, el 100 % de los hijos e hijas, el 7 % de los amigos y amigas y el 36 % de las personas de su entorno laboral desconocen su transexualidad o no la aceptan. Un 17 % no tienen pareja afectiva.

Hay que destacar también que un 40 % han hecho abuso de tóxicos, un 26 % han requerido apoyo psicológico o psiquiátrico de larga duración, un 17 % han sido víctimas de acoso o abusos sexuales y ningún hombre trans ha hecho ningún intento de autolisis.

Estos datos alertan de que se dan situaciones de vulnerabilidad social, pero mucho menos que en el caso de las mujeres trans en la misma situación.

En todos estos casos se valoraron los factores de riesgo del tratamiento en función de los antecedentes médicos familiares y personales y los estilos de vida, se asesoró sobre los beneficios y riesgos de los tratamientos hormonales que hacían y se reajustó el tratamiento en los casos necesarios, ofreciendo las pruebas (analíticas, densitometría ósea, citologías, mamografías, etcétera) de acuerdo con su situación, y se facilitaron informes para su socialización en el sexo sentido e información sobre recursos para personas trans.

- Hombres trans que no han hecho nunca tratamiento hormonal o no se han socializado como hombres en todos los ámbitos de su vida en la primera visita: 71 hombres

De los 108 hombres trans adultos, 71 no habían iniciado ningún tratamiento hormonal y 49 lo iniciaron en la primera visita. En todos estos casos se valoraron los factores de riesgo del tratamiento en función de los antecedentes médicos familiares y personales y los estilos de vida, se asesoró sobre los beneficios y riesgos de los tratamientos hormonales, se dio información sobre los cambios corporales esperados y se establecieron las dosis del tratamiento de acuerdo con sus expectativas con respecto al proceso de transición, estableciendo la periodicidad de controles médicos y pruebas analíticas. La edad de estos hombres trans oscila entre 18 y 50 años. El 14 % reciben subsidios, el 40 % trabajan como autónomos o por cuenta ajena, el 30 % está completando su formación y el 29 % tienen estudios universitarios. La mayoría son autóctonos (85 %). Destaca el hecho de que solo el 60 % de los padres y madres, ningún hijo o hija, el 46 % de los amigos y amigas y el 90 % de las personas de su entorno laboral conocen su transexualidad. Todos los hombres trans que tienen pareja afectiva lo saben y lo aceptan. El 50 % no tienen pareja afectiva.

Hay que destacar también que un 35 % han hecho abuso de tóxicos, un 49 % han requerido apoyo psicológico o psiquiátrico de larga duración, un 20 % han sido víctimas de acoso o abusos sexuales y 2 hombres trans han hecho intento de autolisis (3 intentos en total).

Estos datos alertan de que se dan situaciones de vulnerabilidad, pero mucho menos que en el caso de las mujeres trans.

En todos estos casos se ofreció asesoramiento para el entorno afectivo y se hizo acompañamiento psicológico, se proporcionaron contactos con recursos para personas trans y se facilitaron informes para los y las profesionales de la salud, el entorno escolar y el laboral.

- Chicos trans menores de edad

Ninguno de los 14 chicos trans menores de edad habían iniciado el tratamiento en la primera visita. La edad de estos menores trans va de los 4 a los 17 años. En todos estos casos se dio asesoramiento a la persona trans (a partir de los 12 años) y a todos los padres y madres sobre la transexualidad, se proporcionaron medidas para facilitar el bienestar de la persona y su proceso de socialización en el sexo sentido, se ofreció acompañamiento psicológico, se dieron contactos con recursos para personas y familias trans, se elaboraron informes para sus profesionales de la salud y el entorno escolar y se ofreció asesoramiento directo a sus entornos escolares.

## 6. Personas atendidas en Trànsit-AP con acompañamiento individual (mayo del 2013-octubre del 2015)

Desde que se inició el servicio, en mayo del 2013, hasta octubre del 2015 han sido atendidas un total de 67 personas en procesos de terapia individuales.

Las 67 personas que han pasado por terapia individual han supuesto un total de 387 sesiones individuales. El máximo de sesiones que recibe una persona son 10, y el mínimo, 1, siempre a petición y decisión de la persona. La media de sesiones por persona es de 6.

El 57 % de las personas atendidas por Trànsit-AP son derivadas por Trànsit; es decir, en primera instancia la persona pide visita para solicitar información sobre hormonación o temas de salud trans y paralelamente requiere el servicio de psicoterapia para trabajar algún tema relacionado con la transición: transfobia interiorizada, convivir con el cuerpo sin transitar, explorar la propia identidad diversa, profundizar en las relaciones sexuales; demandas que quieren cubrir una necesidad que se encuentra en una **dimensión individual**, de orden intrapsíquico.

El perfil de esta persona trans que accede a las terapias individuales es una persona que duda de su identidad —el primer día de la sesión prefiere no etiquetarse en la variable “género”—, que tiene entre 21 y 25 años y que cursa estudios universitarios.

El 43 % restante vienen recomendadas por personas usuarias de Trànsit-AP o por el tejido social del territorio que trabaja para personas trans: Generem!, Chrysallis, EnFemme, Acati, el Casal Lambda, el Espacio Trans, Jóvenes Trans de Barcelona, etcétera.

De este 43 % que se dirigen directamente a Trànsit-AP (29 personas), el 62 % piden ser derivadas a Trànsit para hacer alguna consulta relacionada con el proceso de hormonación y el 100 %

han empezado un proceso de transición con hormonas. Es un colectivo muy dicotomizado en todas las variables analizadas. En cuanto al nivel de estudios, el 56 % tienen estudios universitarios, y el resto, estudios básicos. Con respecto a la edad, el 56 % son menores de 35 años y el resto supera esta edad (el porcentaje más alto se concentra entre las personas de 46-50 años). Más de la mitad (61 %) no tienen pareja. En referencia al origen, el 50 % han nacido en Cataluña, y el resto, fuera (Cantabria, América del Sur y Marruecos).

Las demandas más habituales de este perfil tienen que ver con la conveniencia o no de iniciar el proceso teniendo en cuenta el coste que puede suponer a escala laboral, en la pareja o en la familia: la relación con el entorno más íntimo —familia, pareja y amigos y amigas—, anticipaciones catastróficas con la transición, miedo al rechazo social y familiar, y sentimientos de culpabilidad por el hecho de sentirse trans; es decir, demandas que quieren cubrir una necesidad que se encuentra en una **dimensión social**, de orden interpersonal.

El estudio de la demanda es una etapa fundamental del proceso psicoterapéutico y significa comprender los discursos de la persona, explicitar quién dice qué a quién en qué momento y con qué finalidad.

Como se especificaba anteriormente, en Trànsit-AP nos encontraremos, básicamente, con dos tipos de demandas dependiendo de si la necesidad que cubrir se encuentra en una **dimensión individual**, regulada por deseos y necesidades derivadas de las presiones internas, o en una **dimensión social**, regulada por las normas y las relaciones de convivencia, por las presiones externas.

Las demandas situadas en la **dimensión individual** se pueden catalogar como inespecíficas y de orden intrapsíquico. Son aquellas que están relacionadas con la necesidad de aclarar la propia identidad: la persona acude a buscar apoyo y orientación para entender y hacer frente a los propios problemas relacionados con su *self*, a su identidad de género. Algunos ejemplos extraídos de las conversaciones en terapia y que son transcripciones directas muestran este hecho:

*“Necesito aclarar lo que siento para no dudar y poder reafirmarme en mi decisión de transitar o ver si en algún punto me estoy engañando. Necesito ayuda para formar mi discurso interno, uno que yo me pueda explicar a mí y a los demás para poder exteriorizar mis sentimientos y aceptarlos...”* (Mujer cis, 32 años).

*“Tengo problemas para identificarme con una de estas etiquetas: hombre, mujer, travesti, transexual mujer...”* (Hombre cis, 55 años, **crossdresser**).

*“Tengo dudas sobre mi identidad”* (Mujer cis, 50 años, lesbiana **queer**).

*“Conseguir deshacerme de esta duda o para reafirmar; tener claro qué soy para poder aceptar todas las consecuencias. Necesito, antes de nada, quitarme de encima esta duda para poder vivir sin esta obsesión constante sobre mí y poder dedicarme a vivir. Porque no tengo clara la imagen que tengo de mí mismo, después de intentar enfrentarme a ella de muchas maneras, no sé si me veo como un hombre o como una mujer. O quizás no soy lo bastante valiente para afrontarlo. Porque en los momentos en que lo he tenido claro al final siempre me he autoconvencido de que era un hombre”* (Hombre cis, 29 años).

*“Porque no me encuentro bien conmigo ni con los demás. Tengo la sensación desde siempre, pero sobre todo desde los últimos dos años, de que yo tendría que ser un chico y, por lo tanto, de que soy transexual. Quiero sentirme bien conmigo y poder realizar sin malestar actividades del día a día y otras, que, por miedo, nunca he sido capaz de hacer”* (Mujer cis, 21 años).

*“Porque quiero estar mejor conmigo mismo. Me siento bastante perdido y confundido. Averiguar qué puedo cambiar tanto del físico como de mi manera de ver mi cuerpo y de pensar las identidades para hacer la mía propia (porque siento que no sé hacia dónde ir)”* (Mujer cis, 33 años).

*“Definir mi identidad de género y tener claro qué pasos tomar para una vida satisfactoria y estable”* (Hombre cis, 55 años, **crossdresser**).

*“No sé si ser chica físicamente hablando sería lo que me haría feliz... A veces pienso que sería la solución definitiva, otras, todo lo contrario, y que desencadenaría un millar de problemas todavía más graves”* (Hombre cis, 24 años).

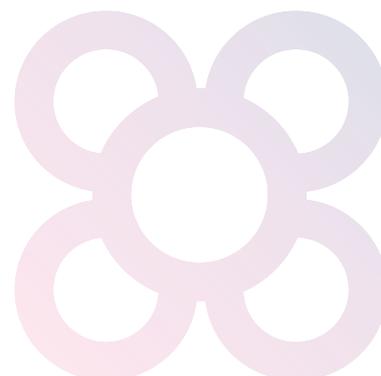
Las demandas que se encuadrarían en la **dimensión social** se pueden catalogar como específicas interpersonales. Son aquellas que tienen que ver con la preocupación por la aceptación del otro de la condición de trans y el hecho de comunicar al mundo quién soy.

*“Tener la seguridad y el empoderamiento para no tener miedo de expresarme como soy en mi familia. No sé cómo gestionar el hecho de comunicar a mi familia mi identidad, mi pensar y mi vivir. Eso me genera tristeza y frustración, siento que vivo en una incoherencia, me alejo de ellos porque me frustra vivir representando un papel; para que eso no pase, lo que hago es no vivirlo”* (Mujer cis, 28 años, trans masculino).

*“Enfrentarme a la familia y poder decirles quién soy. Mostrar al mundo cómo soy”* (Hombre cis, 38 años, trans femenina).

*“Ayudar con el proceso a la hora de decírselo a mis padres”* (Mujer cis, 20 años, trans masculino).

*“Ayudarme a afrontar las relaciones familiares difíciles con todo el tema de mi transición”* (Hombre cis, 20 años, trans femenino).



## 7. Personas atendidas en los grupos terapéuticos (octubre del 2013-octubre del 2015)

El espacio de grupo terapéutico está dinamizado por dos psicólogas: Soraya Vega y Diana Zapata. Este espacio se ha ido consolidando cada año, desde octubre del 2013, cuando se hizo el primer grupo, con una asistencia de 14 personas. En el 2014 participaron 9 personas y, en octubre del 2015, año en que se ha puesto en marcha la tercera edición, se ha producido un aumento considerable de la participación, con 23 personas inscritas.

Teniendo en cuenta el género con el que se identifica la persona que participa en el grupo, se produce una inversión de mayoría de trans femeninas (12) en el 2013 a una mayoría de trans masculinos (12) en la última edición, que ha empezado en el mes de octubre del 2015.

Uno de los aspectos destacados por las personas participantes en estos grupos es el hecho de considerarlo un espacio donde se puede hablar libremente de cómo se sienten con respecto al género. Subrayan el hecho diferencial y positivo de ser un espacio donde las posturas respecto a cómo se entiende el género son flexibles y diversas, y eso permite poder llamarse como quieran sin ser juzgados por ello. Este año han aparecido dos personas que no tienen claro cómo denominarse y dos más que se consideran con un género fluido, lo que hace que crezca el número de participantes y que el grupo sea más heterogéneo con respecto a la diversidad de género a la que pertenecen.

En la terapia de grupo cada persona trabaja sobre su propia experiencia. El grupo actúa como caja de resonancia, facilitando a sus miembros movilizaciones emocionales a partir del trabajo con el resto. Nos da la posibilidad de poner en juego lo mismo que nos ocurre en nuestra vida cotidiana, de modo que nos permite concienciarnos y responsabilizarnos de lo que nos pasa a cada uno y cada una de nosotros. Asimismo,

el grupo nos ayuda a reconocer la manera en que nos situamos ante las otras personas y a explorar aspectos ocultos o rechazados en nuestra personalidad. Trabajar en grupo acelera la eficacia de los procesos terapéuticos.

Los objetivos del grupo terapéutico son los siguientes:

- Trabajar la aceptación de la diferencia de género.
- Dar centralidad a sus trayectorias vitales narrando en primera persona su historia y dotar de sentido al hecho de ser personas desdramatizando y revitalizando la elección trans.
- Contribuir a la disminución de la estigmatización, abriendo espacios de encuentro que permitan el fortalecimiento de relaciones interpersonales, y combatir el aislamiento y la exclusión social.
- Reforzar la fortaleza de cada componente del grupo producto de sus propias vivencias, así como la retroalimentación que provoca compartir la experiencia con el resto de compañeros y compañeras de grupo.
- Universalizar la experiencia de vivir en un género no normativo a través de la reflexión grupal y las vivencias individuales.
- Crear redes sociales de apoyo y sinergias para combatir el aislamiento personal.

## Cuestiones comunes abordadas en el grupo y transcritas literalmente

*“Ayudarme a solucionar problemas y conflictos mentales con respecto a quien soy”.*

*“Cómo hacer frente a situaciones violentas, de discriminación y transfobia en la vida cotidiana y superarlas con éxito. Sentirme acompañada”.*

*“Coger fuerza para poder afrontar la transición, tener un empuje que solo no puedo”.*

*“Hablar sobre los cambios físicos y psicológicos producidos por la hormonación teniendo en cuenta nuestras características personales”.*

*“Ayudar a los otros miembros del grupo con mi experiencia particular en la transición”.*

*“Compartir información de las redes sociales trans / ¿cómo hacer el cambio de nombre?”.*

*“Despatologizar al trans. Tener un espacio donde poder tratar lo que me pasa sin miedo de ser juzgado”.*

*“Venir a un espacio donde pueda encontrarme con otras personas como yo, que entiendan de lo que hablo”.*

*“Coger seguridad como persona”.*

*“Conocer a otra gente, socializar, compartir historias personales y únicas”.*

*“¿Cómo decírselo a la familia, amigos y familiares?”.*

## 8. Otras atenciones de Trànsit-AM y Trànsit-AP

### Atención al entorno afectivo de las personas trans

Se ha atendido a 62 personas del entorno afectivo de las personas trans (padres y madres, abuelas, tías, parejas y amigos y amigas) en Trànsit y 15 en Trànsit-AP.

### Informes para el cambio de nombre y sexo en la partida literal de nacimiento

Se han hecho 67 informes médicos en Trànsit y 51 en Trànsit-AP.

### Informes para facilitar la socialización en el periodo de transición cuando todavía no se puede hacer el cambio de nombre y sexo en el DNI

- Informes para el cambio de nombre en listas de escuelas, institutos, universidades, centros de salud, bibliotecas, polideportivos, etcétera: **38**
- Informes para los médicos, médicas, enfermeros y enfermeras de primaria para facilitar el tratamiento y el control médico con una mayor accesibilidad: **108**
- Otros informes (casales, viajes en avión, etcétera): **30**
  - » Asesoramiento a trabajos de ESO, bachillerato, grados, másteres, doctorados: **16**
  - » Cursos de 28 horas para profesionales de la Unidad de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de Barcelona: **108 profesionales**

- » Sesiones clínicas para equipos de atención primaria: **150 profesionales**
- » Intervención en jornadas y talleres para profesionales de la salud: **2**
- » Formación de psicólogos: **45 profesionales**
- » Sensibilización de profesionales de escuelas: **85 profesionales**
- » Intervención en medios de comunicación: **6 revistas, 1 programa de radio, 2 programas de radio y 2 documentales**
- » Intervención en jornadas de activismo trans: **6**
- » Coordinación con los servicios penitenciarios de salud: **1**
- » Coordinación con servicios de educación especial: **2**
- » Coordinación con trabajadoras sociales: **3**
- » Coordinación con psicólogos y psicólogas y con psiquiatras: **10**
- » Cursos a personas trans en organizaciones no gubernamentales: **3 cursos** con una asistencia de 38 personas
- Cursos de formación de voluntariado de organizaciones no gubernamentales: **2 cursos** para voluntarios y voluntarias de Stop Sida con asistencia de 54 personas

71

Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia

Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona

## 9. Bibliografía

ASENJO-ARAQUE, N.; RODRÍGUEZ-MOLINA, J. M.; LUCIO-PÉREZ, M. J., y BECERRA-FERNÁNDEZ, A. (2011). *Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid)*. Semergen. 37 (2): 87-92.

BARBERÁ, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel Psicología.

BECERRA FERNÁNDEZ, A. (2002). *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad*. Madrid.

BUTLER, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Barcelona: Paidós.

COLL PLANAS; VIDAL, M. (2013). *Dibuixant el gènere*. Barcelona: Edicions 96.

FEIXAS, G., y BOTELLA, L. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona.

FEIXAS VIAPLANA, G. (2012). *El constructivismo* [texto inédito].

FEIXAS, G., y VILLEGAS, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: DDB.

LÓPEZ, F. (1988b). "Identidad sexual y de género en la vida adulta y vejez". En J. Fernández (coord.). *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.

NEIMEYER, R. (1995). "Constructivist Psychotherapies: Features, Foundations and Future Directions". En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney. *Constructivism in Psychotherapy* (pp. 11-38). Washington: American Psychological Association.

NIETO PIÑEROBA, J. A. (2008). *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

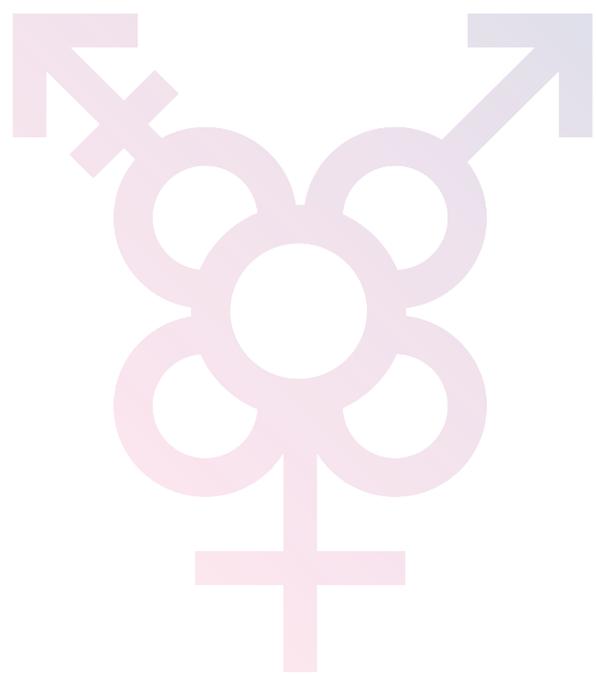
*Standards of Care per a les persones amb trastorns de la identitat de gènere (SOC)* (2012). World Professional Association for Transgender Health (WPATH). 7.ª versión. [www.wpath.org](http://www.wpath.org).

VILLEGAS, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Herder.

YALOM, I. D., y VINOGRADOV, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.

WEISS, R. S. (1982). "Issues in the study of loneliness". En L. A. Peplau y D. Perlman (eds.). *Loneliness: a Sourcebook of current theory research and therapy* (pp. 71-80). Nueva York: Wiley-Interscience.

WHITE, M., y EPSTON, D. (2010). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.







BCN

**Informe de modelo de acompañamiento y asistencia  
a personas trans en la ciudad de Barcelona**

