

MUJERES TRANS Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO EN LOS PROCESOS DE TRANSICIÓN MÉDICA

INFORME EJECUTIVO | DICIEMBRE DE 2020.

www.felgtb.org



FELGTB

Federación Estatal de Lesbianas,
Gais, Trans y Bisexuales

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
RESULTADO ANÁLISIS CUANTITATIVO	4
Anotaciones metodológicas	4
Resumen de datos sociales, demográficos y socioeconómicos	4
Autopercepción de la salud.....	6
Atención sanitaria y transición médica	7
Experiencia en las unidades de identidad de género o de atención a la transexualidad.....	7
CIRUGÍAS	8
EXPERIENCIAS CON OTRAS ESPECIALIDADES	9
APOYO PSICO-EMOCIONAL	10
SITUACIÓN SOCIAL Y EMOCIONAL TRAS EL INICIO DE TRANSICIÓN MÉDICA	10
OTROS RECURSOS SANITARIOS	11
RESULTADOS ANÁLISIS CUALITATIVO	11
Transición Médica.....	11
Trayectoria emocional.....	14
Sociedad.....	14
CONCLUSIONES	15
Generales de la investigación	15
Diversidad discursiva	17

INTRODUCCIÓN

El Informe [Las personas trans y su relación con el sistema sanitario](#) que FELGTB publicó en 2019 alcanzó a 69 personas trans, de todo el territorio español y mayoritariamente jóvenes y de origen español. Aun así, aunque las personas participantes eran de edades comprendidas entre los 14 y 61 años, un 18% eran de origen extranjero.

El informe contaba con diversidad de identidades y orientaciones y también con el nivel formativo de las personas participantes y dio pie a un estudio mayor que tuviera por objeto la relación de las mujeres trans con el sistema sanitario en los procesos de transición médica.

En el informe anteriormente mencionado, respecto a la percepción de la salud y la relación de las personas trans con el personal sanitario los resultados nos decían que el 33% de las personas trans no acudían a los centros de salud ante un problema sanitario, entre otros motivos, porque se sienten incómodas, no tienen tarjeta sanitaria o las nombran por su nombre puesto al nacer, motivo este último que aparece de forma reiterada.

En este sentido, el 48% de las personas participantes en el informe de 2019 sintió alguna vez un trato discriminatorio o poco adecuado por el personal sanitario y casi la mitad retrasó o anuló una cita por miedo a no ser nombrada por su nombre sentido, por miedo a que no le trataran con respeto, por miedo a tener que visibilizarse y/o por no saber a qué especialista acudir debido a su proceso de transición.

En [Las personas trans y su relación con el sistema sanitario](#) observamos que el 84% del total de las personas participantes estaba inmersa en algún proceso médico, tratamiento hormonal, en espera de cirugías, etc., y que el 75% de ellas afirmaba que el personal sanitario tiene un conocimiento de la realidad trans bajo o muy bajo.

Todo esto, debe entenderse en un contexto social en el cual, según una investigación de la FRA (European Union Agency for Fundamental Rights), en la cual se revela que en España, el 77% de las mujeres trans ha sufrido discriminación a la hora de buscar empleo y que, de las que están trabajando, un 34% ha sufrido discriminación en el entorno laboral. Asimismo, que un 47% en el caso de las mujeres y que un 58% se oculta y no habla de su identidad en este ámbito de su vida diaria.

El año 2020 además, ha sido un especialmente virulento con las personas más vulnerables y la Covid-19 ha intensificado las desigualdades existentes y ha afectado más que nadie a los colectivos más vulnerables, como es el de las personas trans.

Debido a la discriminación laboral, muchas mujeres trans han sido históricamente empujadas a las actividades no reguladas para subsistir y durante la época más dura del confinamiento, muchas tuvieron que recurrir a los bancos de alimentos y a la solidaridad de sus amistades, vecinas y vecinos o asociaciones LGTBI para poder comer y dormir a cubierto.

Debemos tener presente que la transfobia y las violencias que sufren las mujeres trans son cuestiones que atañen a su salud, en general, y que pese a que en 8 de los 27 países de la UE no exigen diagnósticos médicos, ni hormonación a este colectivo para poder ver reconocida su identidad, fuera de la Unión Europea 9 países reconocen el derecho de autodeterminación. Un reconocimiento que es indispensable para garantizar los derechos humanos de las personas trans según los [Principios de Yogyakarta](#).

“La nueva estrategia de la Comisión Europea entiende y refleja las grandes dificultades que las personas trans afrontan cada día como consecuencia de esta violación de los derechos humanos que supone que un tercero tenga que acreditar tu identidad” manifestaba Uge Sangil, Presidenta de FELGTB el pasado día de la Memoria Trans. En este sentido, tal y como reconoce la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, la ONU y las legislaciones de cada vez más países, las personas trans no son enfermas mentales. Sin embargo, el ordenamiento jurídico español sigue sin actualizarse y sigue diagnosticando a las personas trans con un trastorno mental de disforia de género.

En definitiva, el reconocimiento de la identidad de las personas trans a nivel legislativo, sin tutelaje y sin un diagnóstico médico que las siga presentando como enfermas, es la base para que las personas trans sean también reconocidas, respetadas y valoradas a nivel social.

Este hecho es el primer paso para combatir el rechazo que el mercado laboral tiene a día de hoy hacia este colectivo y también para reducir el acoso escolar y el resto de violencias que sufren, también en el ámbito sanitario.

RESULTADO ANÁLISIS CUANTITATIVO

Anotaciones metodológicas

El presente informe refleja los datos obtenidos tras el análisis de la encuesta “Experiencia de las mujeres trans en su proceso de transición médica” con un total de 94 respuestas.

El método de obtención de información se ha realizado mediante la técnica *bola de nieve*, proporcionando un cuestionario estandarizado autoadministrado. E

El periodo de recogida de información fue desde 20 de julio a 31 de agosto de 2020.

Resumen de datos sociales, demográficos y socioeconómicos

La **edad media** de las mujeres participantes en este estudio es de 32 años, en un rango de edad de los 15 a los 65.

En su mayoría son de nacionalidad española (97%) y se cuenta con un 3% de mujeres que proceden de Latinoamérica. Sin embargo, previo a la depuración de información, existía un 21% de mujeres extranjeras.

En cuanto al **nivel formativo**, predominan las mujeres cuyo nivel máximo de formación es la secundaria/ BUP/ Bachillerato /FP, seguidas de las mujeres con Titulación universitaria, aunque no esté reconocida por las universidades españolas. El nivel formativo que encontramos entre las encuestas se encuentra ligado a sus edades, del 45,6% de las mujeres cuya máxima formación es la “Enseñanza Secundaria/ Bachillerato/ BUP /FP Superior”, un 23,3% son menores de 25 años.

Aquellas “Sin estudios o estudios primarios sin finalizar” están más presentes en el rango de mayor edad.

Estrechamente relacionado con la formación académica, en lo que ha **situación laboral** se refiere, el 35,1% tiene un trabajo con contrato (de las cuales el 16% tiene "Titulación Universitaria" y un 14,9% "Enseñanza Secundaria/Bachillerato/ BUP/ FP Superior"). El 28,7% se encuentra desempleada (un 23,4% "Desempleada sin ningún tipo de ingreso" y un 5,3% "Desempleada cobrando una prestación/ subsidio por desempleo") y un 26,6% que se encuentra estudiando (13,8% "Enseñanza Secundaria/Bachillerato/ BUP/ FP Superior" y 10,6% "Titulación Universitaria").

En la relación con la actividad, un 4,3% son "Empresarias". En cuanto al "Trabajo Sexual" un 3,2% de las mujeres encuestadas se encuentra ejerciéndolo, de las cuales un 1,1% cuenta con un nivel formativo académico de "Titulación Universitaria", un 1,1% tiene "Enseñanza Secundaria/Bachillerato/BUP/ FP Superior" y otro 1,1% parte con "Estudios o estudios primarios sin finalizar". Por último, y en relación también con las tituladas universitarias, un 1,1% está trabajando sin contrato.

En cuanto a los **ingresos**, FELGTB ha considerado oportuno analizar el impacto de la pandemia del COVID en la economía de estas mujeres. En este sentido, confirmamos que el estado de confinamiento ha afectado visiblemente a los ingresos mensuales de las mujeres encuestadas. Se ve de manera clara cómo ha aumentado el porcentaje de ingresos por debajo de los 710 euros y se ha visto disminuido también el porcentaje de aquellas que ingresaban más de 711 euros, por lo que se deduce que se ha dado un empobrecimiento tangible.

En términos generales, la situación es la siguiente:

Situación laboral	INGRESOS NETOS MENSUALES ANTES Y DESDE EL PERIODO DE CONFINAMIENTO							
	Menos de 355		De 356-710		De 711- 1.000		Más de 1.001	
	Antes	Desde	Antes	Desde	Antes	Desde	Antes	Desde
Desempleada no prestación	13,8	16,0	4,3	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Desempleada prestación	1,1	1,1	0,0	1,1	2,1	1,1	1,1	1,1
Empresaria	0,0	0,0	0,0	1,1	3,2	1,1	1,1	1,1
Estudiando	12,8	13,8	3,2	2,1	3,2	3,2	1,1	1,1
Trabajo contrato	2,1	1,1	3,2	6,4	4,3	3,2	25,5	21,3
Trabajo sexual	1,1	1,1	0,0	1,1	2,1	0,0	0,0	0,0
Trabajo sin contrato	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	31,9	34,0	10,6	12,8	14,9	8,5	29,8	24,5

Otro dato a resaltar es el referente al **lugar en el que han llevado a cabo la transición médica**. En este sentido, encontramos que el 83,9% sigue residiendo en el mismo lugar dónde la comenzó y un 16,1% lo ha cambiado.

De este 16,1% que ha cambiado su lugar de residencia predominan las mujeres menores de 45 años (14,3%), con contrato de trabajo (6,8%), estudiando (3,4%) o "desempleada con ningún ingreso" (3,4%).

Se han dividido los **municipios** por número de habitantes en 3 categorías: "Hasta 10.000 habitantes", "de 10.001 a 300.000 habitantes" y "300.001 y más habitantes". La mayoría de las mujeres encuestadas residen en municipios de "300.001 y más habitantes", pero el movimiento de residencia que se ha producido ha sido hacia los municipios de "10.001 a 300.000 habitantes" (+ 5,6%) y de "hasta 10.000 habitantes" (+ 2,3%) aunque en menor medida en estos últimos.

En cuanto al **aspecto administrativo** y el cambio de nombre y sexo en el Registro Civil, la mitad de las mujeres participantes en la investigación lo han cambiado y la otra no.

Aquellas que sí lo hicieron lo realizaron en su mayoría entre el año 2016 y el 2020. El 21,3% de las mujeres que lo hicieron entre el 2019 y el 2020 tenían menos de 25 años, seguidas de un 17,1% que tenían entre 26-35 años y un 8,5% de 46-55 años.

En cuanto a las mujeres que no lo han cambiado, el 4,3% no ha iniciado su transición médica frente a un 45,7% que sí que lo ha hecho.

Autopercepción de la salud

Se les preguntó por su **salud en el momento actual**, que lo puntuaran en una escala de 0 a 5 siendo 0 "muy mala" y 5 "muy buena".

Aunque predominan las puntuaciones del 3 al 5, el 13,9% de las participantes en el estudio piensa que su salud no es buena.

Al preguntarles por su **estado emocional**, comprobamos que pese a que en todas las categorías de porcentaje de mujeres que han respondido "Bajo" (entre 35,1% y 40,4%) es bastante elevado, igualmente lo es para "Elevado" y "Muy Elevado".

Cuando se comparan los distintos **estados anímicos**, la ansiedad es la más padecida por las encuestadas de forma "Muy Elevada" (25,5%), seguida de la tristeza (21,3%), la angustia (16%), y el estrés (14,9%). Si desviamos la atención a las que padecen de manera "Elevada", comprobamos como el estrés afecta al 45,7% de las mujeres encuestadas, seguida de la angustia (41,5%), la ansiedad (39,4%) y la tristeza (37,2%).

Dicho todo esto, podemos concluir que, pese a tener un 35,1% de mujeres que tienen un nivel de ansiedad "Bajo", al sumar las que sí que lo tienen de forma "Elevada" o "Muy Elevada" da un resultado de 64,9%, lo mismo ocurre con el resto de estados anímicos.

Atención sanitaria y transición médica

El 94,7% de las mujeres que realizaron la encuesta han comenzado el proceso de transición médica, un 5,3% no. Las razones por las que algunas de las mujeres no han comenzado su proceso de transición son varias, entre ellas por falta de recursos económicos y de apoyo familiar, por la imposibilidad de hacerlo debido los problemas en el sistema sanitario provocados por la pandemia de la Covid-19.

El porcentaje más alto de mujeres que han iniciado su transición médica se encuentra en los municipios de "300.001 y más habitantes" (47,2%), seguidas de aquellas que viven en municipios de "10.001 a 300.000 habitantes" (39,3%) y un 7,9% que vive en municipios con menos de 10.000 habitantes.

Un 12,5% de las mujeres cambiaron su municipio de residencia en el transcurso de su transición médica.

El centro público es el que predomina sobre los lugares donde están siendo atendidas (78,7%). Únicamente una de las encuestadas está llevando a cabo su transición en un centro privado, y es el perfil de una mujer mayor de 56 años, con un volumen de ingresos superior a 1.000 euros.

Un 10,6% está siendo atendida "parte en centro público y parte en centro privado", y un 3,3% se automedica, dato que se encuentra ligado a una falta de ingresos.

Tras haber comenzado su transición un 7,4% de las mujeres encuestadas la han parado, un 2,1% de ellas de manera involuntaria y un 5,3% de manera voluntaria. La mayoría de ellas en una media de hace 1-3 años.

Diversas son las razones que han llevado a las mujeres que han parado su transición de manera voluntaria a hacerlo. De índole social: "Entendí que el problema no era mi cuerpo, sino la sociedad", por problemas con la medicación o el personal sanitario y para poder congelar tejido reproductivo.

Entendí que el problema no era mi cuerpo, sino la sociedad

Experiencia en las unidades de identidad de género o de atención a la transexualidad

Con el fin de conocer su experiencia en las unidades de género comenzamos por preguntar por los tiempos de espera desde que pidieron la primera cita al personal sanitario de Atención primaria. De las respuestas obtenidas, la media ha sido de 5 meses y medio aproximadamente, el porcentaje más alto ha sido de una espera de 1 mes (22,9%), y los tiempos de espera van desde menos de un mes (6%) a un máximo de 2 años (1,2%).

Continuando con los tiempos de espera para la segunda cita, se reducen y de media son algo más de 3 meses, siendo lo mínimo menos de 1 mes (9,6%) y lo máximo de año y medio (1,2%).

El porcentaje más alto se encuentra en 1 mes (19,3%). La valoración que han dado las mujeres a estos **tiempos de espera** ha sido predominante negativa: 1,63 de media en una escala de 0 a 5, donde 0 es "muy mal" y 5 "muy bien".

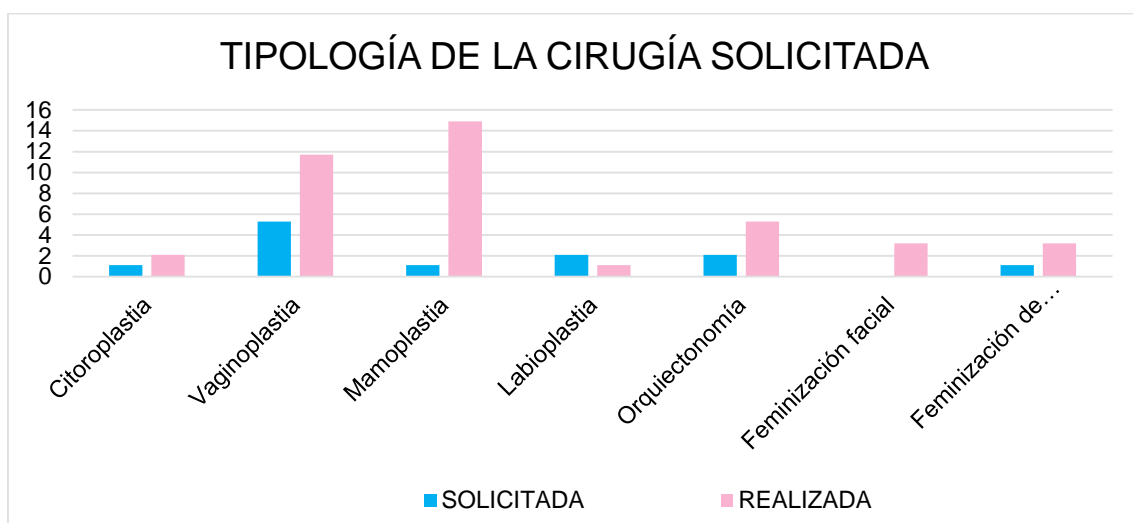
También se ha tenido en cuenta el **trato que han recibido** por parte del personal sanitario, en concreto si respetaron su género sentido. En el 33% de los casos a las mujeres se les ha tratado "Siempre" por su género sentido, seguido de un 39,4% que se le ha tratado "Casi siempre", un 19,2% que "A veces" y un 2,1% que "Nunca" se les ha tratado por su género sentido. En el caso de estas últimas se tratan de mujeres menores de 25 años, aquellas que afirman que "Nunca" se les ha tratado por su género sentido.

CIRUGÍAS

De las 94 mujeres encuestadas, un **28,7% de ellas se han sometido** a alguna cirugía durante su proceso de transición, mientras que un 66% no lo han hecho. Si nos fijamos en la edad, un 33,3% de las mujeres que no se han sometido a ninguna cirugía son menores de 25 años y un 24,4% tienen entre 26 y 35 años.

De igual manera encontramos entre las mujeres que tienen entre 26 y 35 años el porcentaje más alto de mujeres que sí se han sometido a una cirugía (7,8%). Podemos observar que entre las mujeres que sí que se han realizado alguna cirugía hay porcentaje menor que han parado su transición médica.

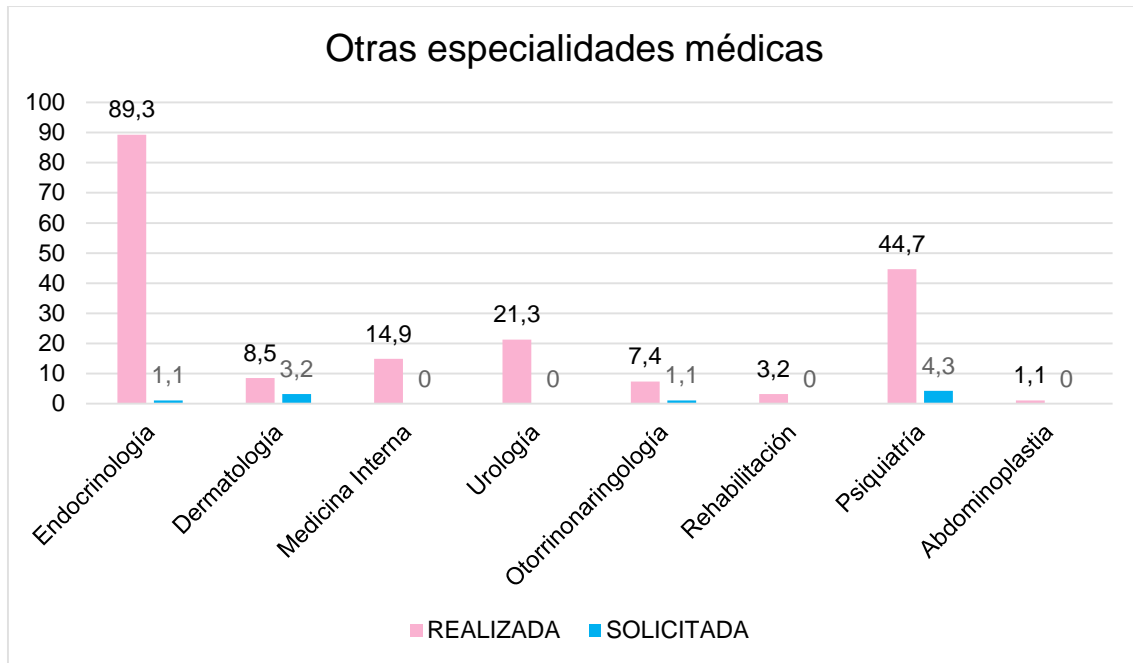
Cuando se les pregunta por su **autoestima** tras haberse realizado las cirugías, de medias las mujeres la valoran con un 3,9. La mayoría (55,2%) valora su autoestima post-cirugías con un 5, seguidas de un 20,7% que la valora con un 4. Por el contrario, encontramos un 6,9% de las mujeres que valoran su autoestima con un 0, con un 1 o con un 2, y un 3,4% con un 3. Las cirugías que más se han realizado las mujeres que se han realizado alguna son las que aparecen en el siguiente gráfico:



EXPERIENCIAS CON OTRAS ESPECIALIDADES

Con el fin de estudiar mejor las experiencias de estas mujeres en el sistema sanitario, en relación a sus procesos de transición médica, se procedió a analizar cuáles habían sido sus experiencias con otras especialidades médicas a las que han acudido o han solicitado durante su transición.

La especialidad a la que más han acudido ha sido endocrinología (89,3%) seguida de psiquiatría (44,7%), las cuales forman parte muy activa de los procesos de transición médica.



Preguntadas por la valoración que hacen sobre el efecto de estas especialidades encontramos una disparidad de opiniones, aunque en su mayoría son positivas. La media es de 3,28 sobre 5. El 50% de las mujeres las valora con un 4 o un 5 (valoraciones máximas).

Respecto a los tiempos de espera para acudir a estas especialidades, el tiempo mínimo de media ha sido de 7 meses con esperas desde menos de 1 mes hasta 24 y un tiempo máximo de espera de 8 meses con esperas desde menos de 1 mes hasta 72.

Las valoraciones generales de estos tiempos de espera son negativas, con una media de 2,21 sobre 5. Con un mayor índice de respuestas con valoraciones inferiores a 2.

En el caso de estas otras especialidades médicas en el 40,4% de las mujeres encuestadas se les ha respetado siempre su género sentido por parte del personal sanitario, frente a un 3,2% a las que nunca se lo han respetado.

APOYO PSICO-EMOCIONAL

Del total de las mujeres encuestadas, un 40,4% no han recibido ningún “apoyo/ soporte psico emocional durante el proceso de atención especializada o alguna de las cirugías”, pese a que se solicitó en algunos casos (8,5%) y un 9,6% se encontraba en lista de espera.

El 36,2% sí que ha recibido algún tipo de apoyo o soporte psico-emocional durante su transición médica, la mitad de ellas (18,1%), porque lo solicitó. En la mayoría de estos casos ha sido en atención especializada (31,9%) y en un porcentaje muy bajo durante el proceso de las cirugías. Para aquellas que lo solicitaron durante sus cirugías, los tiempos de espera fueron desde menos de un mes en la mayoría de los casos hasta 9 meses. En cuanto al lugar donde han recibido este apoyo psio emocional, la mayoría lo ha recibido en la sanidad pública, y un porcentaje menor ha encontrado ese apoyo en el colectivo LGTB.

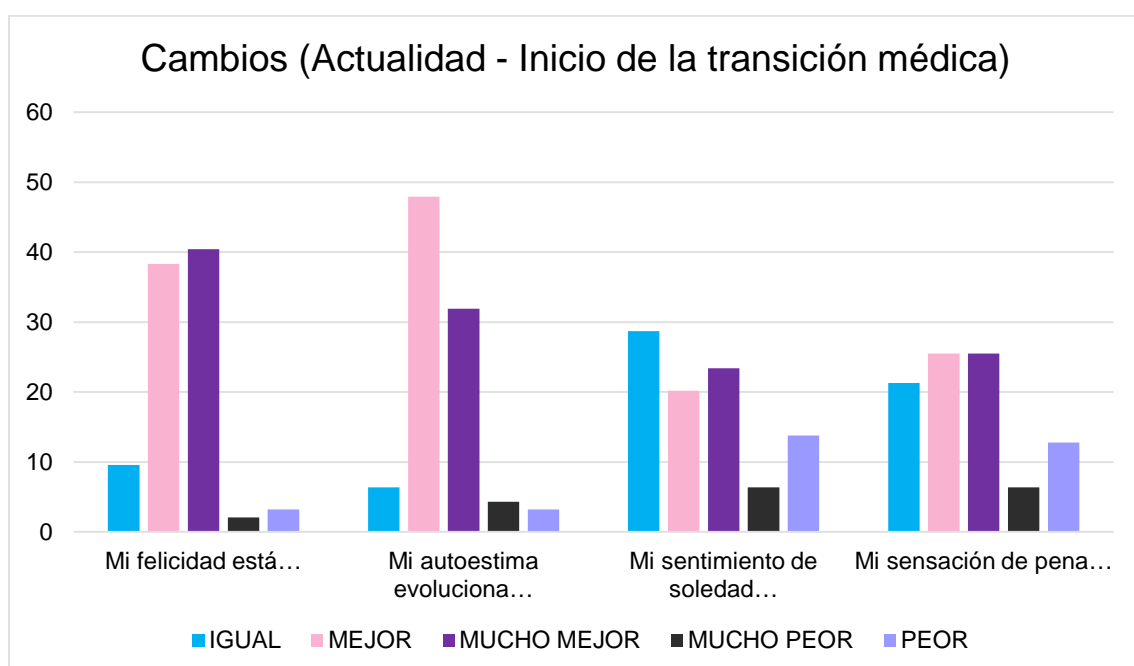
La valoración general del tratamiento que han recibido es de media 3,67 sobre 5, con más de un 60% que las valora entre 4 y 5 y un 30% cuya valoración es inferior a 3.

SITUACIÓN SOCIAL Y EMOCIONAL TRAS EL INICIO DE TRANSICIÓN MÉDICA

Para acercarnos a conocer la situación emocional y social en la que se encuentran las mujeres que realizaron la encuesta, se preguntaron por una serie de emociones, tanto de antes de haber comenzado su transición médica como de ahora.

Comenzamos por tanto con su estado emocional “Ahora mismo, en comparación a cuando comenzaste tu transición médica” (...) “igual”, “mejor”, “mucho mejor”, “mucho peor” o “peor”. Se les preguntó por su felicidad, la evolución de su autoestima, sentimiento de soledad y su sensación de pena.

Donde mayores cambios encontramos es en el sentimiento de felicidad y de evolución de la autoestima; sin embargo, no se aprecian tantos cambios en los sentimientos de soledad y la sensación de pena, en la que entre el 12 y el 13% están peor que cuando comenzaron su transición.



Lo siguiente que se les preguntaba era por su estado emocional “Antes de comenzar su transición médica” (...) “son iguales”, “son mejores”, “son mucho mejores”, “son mucho peores” o “son peores”. Se les preguntó por su relación con la familia, su actividad laboral/profesional, sus relaciones afectivo-sexuales y su predisposición a entablar dichas relaciones.

Observamos que en la relación con la familia y la actividad laboral/profesional son las dos áreas en las que menos cambios hay, aunque en el caso de la actividad laboral el porcentaje relativo a “son mucho peores” es el más elevado (14,9%) y en el caso de la familia “son peores” también tiene el porcentaje más alto (20,2%).

OTROS RECURSOS SANITARIOS

En relación con la **calidad de los servicios** que reciben las mujeres trans como usuarias del sistema sanitario, se les ha preguntado también por la Atención primaria.

La mayoría (71,2%) acude con cierta regularidad (mensualmente, entre 6 meses y un año), un 18,1% no va casi nunca y un 1,1% no va nunca.

Las valoraciones generales sobre la atención primaria son positivas con una media de 3,12 sobre 5, más del 65% de las mujeres la evalúa con más de un 3.

Conforme al **respeto por el género sentido** de estas mujeres por parte del personal sanitario de Atención primaria, en el 35,1% de los casos siempre se les ha tratado por su género sentido, frente a 11,7% a las que nunca y un 24,5% a las que a veces le han tratado por su género sentido.

RESULTADOS ANÁLISIS CUALITATIVO

Tras la realización y posterior análisis de los datos obtenidos en la encuesta que se ha expuesto anteriormente procedemos a profundizar en las experiencias de las mujeres trans en el ámbito sanitario con respecto a su transición médica.

Para ello hemos realizado un total de 6 entrevistas a mujeres con perfiles diversos en las cuales se ha tenido en cuenta el factor edad y lugar de residencia.

La muestra está compuesta por mujeres con una edad comprendida entre los 23 y los 60 años que han llevado a cabo una transición médica. Cada una de ellas reside en diferentes comunidades autónomas y todas ellas tienen nacionalidad española.

Transición Médica

Para comenzar, como punto de inicio, se les preguntó antes de comenzar con el tema médico, a qué fuentes acudieron para buscar información acerca del tratamiento y el proceso de transición.

Se encuentran mucha diferencia entre las respuestas de las mujeres más mayores y las más jóvenes. En el caso de las mujeres más jóvenes acudieron a internet como la fuente principal de información, especialmente a través de canales de Youtube o de prensa online donde descubren de qué trata la transexualidad y comienzan a ver ejemplos de mujeres u hombres trans. Por otro lado, las mujeres más mayores buscan esta información en asociaciones o en sus propios médicos de cabecera. Existen, por tanto, dos visiones diferentes de formación, una individualista, y otra de grupo, con una percepción de ayuda más directa.

También existen diferencias entre las mujeres con edades comprendidas entre los 23 y los 30 años que han comenzado su transición o bien al cumplir la mayoría de edad o bien al comienzo mediados de la veintena, mientras que las mujeres más mayores han iniciado su transición con más de 40 años, lo que también nos muestra diferencias en sus experiencias.

Existen efectos de la legislación autonómica o, sencillamente, un reconocimiento implícito del derecho a la prestación sanitaria para el proceso de transición médica que repercute en estas mujeres.

La mayoría de ellas han llevado a cabo su tratamiento hormonal a través de la sanidad pública exceptuando algún caso que ha desarrollado toda su transición médica en una clínica privada o se ha compaginado el tratamiento hormonal en la sanidad pública y las cirugías por una clínica privada, ya que cuando se operaron, las intervenciones no se contemplaban dentro del sistema sanitario público.

En cualquier caso, siempre estamos hablando de una experiencia que tiene como máximo 10 años.

Existe una evolución, tanto en el tratamiento como en el trato, aunque todavía se percibe incompleto e incluso, descoordinado. Encontramos, en consonancia con esto, diferencias entre las vivencias de unas y otras, pero se comparten características comunes previas al tratamiento.

En la mayoría de los casos se habla de problemas de depresión y malestar que luego son capaces de relacionar con no sentirse a gusto con el género que se les asignó al nacer.

La cuestión de la genitalidad y la sexualidad es un tema a debate entre las participantes de la investigación con una llamada de atención porque afirman que nadie **les enseña sobre la posible nueva forma de sentir tras las intervenciones quirúrgicas.**

Preguntadas por su experiencia médica, en la mayoría de los casos son buenas palabras las que tienen sobre la misma, aunque casi todas han tenido algún problema. Las más jóvenes destacan la **imagen excesivamente femenina que te "exigen" en cuanto a la expresión de género.**

Hay ciertas cosas que parecen no encajar dentro de lo que ellos consideran una expresión de género femenina como puede ser una orientación sexual distinta a la heterosexual o ciertas conductas que consideran masculinas, como jugar a videojuegos.

Hay ciertas cosas que parecen no encajar dentro de lo que ellos consideran una expresión de género femenina como puede ser una orientación sexual distinta a la heterosexual o ciertas conductas que consideran masculinas, como jugar a videojuegos. Muchas han sentido que se les ha puesto en cuestión su expresión de género y que eso les ha podido complicar el proceso. Se muestra en sus discursos la necesidad que sienten de tener que encajar dentro de lo que los médicos quieren o entienden por una mujer trans los sienten como los "guardias de seguridad" a los que deben de convencer para poder tener acceso al tratamiento. **Existe una visión de híper feminidad asociada con la cultura del patriarcado, cuanto más dominante, mayor la necesidad de expresar proyectar imágenes híper feminizadas.**

Llegan a mencionar que han de aceptar ciertas cosas con las que no están de acuerdo como firmar papeles en los que se les considera personas con trastorno de la personalidad porque saben que de no ser así no van a conseguir lo que quieren. Esto les ha ocurrido sobre todo a las mujeres que habían comenzado su tratamiento hace ya varios años. Esta situación provoca que incluso la renuncia al cambio registral.

Cuando se les pregunta concretamente por el trato por parte del personal sanitario, pese a que no lo consideran malo, sí que han tenido vivencias negativas en algunos momentos. Lo que más se repite es nombrarlas por los pronombres incorrectos. Y en algunos, casos como se ha mencionado anteriormente, cuestionaban su expresión de género.

Hacen mucha diferencia entre el personal que en cierto modo consideran que se encuentran dentro de las unidades de género tienen más calidad humana, mientras que algunos sanitarios que se han encontrado en otras ocasiones como anestelistas o personal administrativo sí que ha tenido un trato más patologizante. No existen una respuesta unánime que señale que el trato se ha respetado, ni en referencia al pasado ni al presente. Tampoco ningún tipo de estrategia para el trato ni coordinación ni formación desde la Atención Primaria y las especialidades.

Pese a los problemas que pudiera haber entre las mujeres entrevistadas, una minoría se ha planteado parar el tratamiento hormonal, y pese a haberlo hecho, han vuelto a hormonarse. Lo que sí que ha sido más cuestionado por algunas de ellas han sido las cirugías, tanto de la mamoplastia de aumento como la vaginoplastia. Para algunas ha sido un proceso de conocerse mejor a ellas mismas y de empoderamiento femenino, aunque en algunos casos se reconoce un miedo a las operaciones en sí mismas y a los resultados de las mismas (sobre todo de la vaginoplastia).

A continuación, preguntadas por la medicina preventiva y sobre si se les había informado sobre cómo debían de proceder, sólo una de las mujeres entrevistadas tiene cada dos años análisis de cáncer de colon, manifestando que era más por criterio de la atención media que porque estuviera establecido de alguna forma. Además de esto, debemos tener en cuenta el problema de la incompatibilidad con determinados registros médicos. En los demás casos no se les ha informado en ningún momento que tipo de revisiones han de hacerse o a qué especialistas han de ir y cuando. Algunas no sabían nada sobre el tema y no parecían prestarle atención, mientras otras sí que manifestaban haberse preocupado de buscar ellas la información.

La gran mayoría de mujeres participantes en el estudio, relaciona la preparación que tiene el equipo sanitario con el propio interés personal del equipo profesional. Mientras más interés tengan y más les importe el tema más preparados están, pero de no ser así existe mucha falta de conocimiento sobre el tema y algunas de ellas han sido las que han tenido que enseñar al equipo médico lo que significaba ser una mujer trans.

Para finalizar con este apartado recogemos las propuestas de mejora que harían las propias entrevistadas. Lo más repetido ha sido la necesidad de que haya formación sobre personas trans a todo el personal sanitario porque no puede seguir tratándose de una cuestión personal en la que cada profesional decide individualmente si es un tema que le interesa o no y si empatiza con las personas trans o no, de manera discrecional.

También ponen el acento sobre los cuestionamientos continuos sobre la expresión de género y la falta de decisión que tienen en algunos momentos sobre su transición no sólo médica sino también social.

Algunas de ellas muestran la importancia de recibir más información, tanto de medicina preventiva, como de cuáles son los efectos negativos o complicaciones que pueden padecer al hormonarse, y la poca importancia que se presta a la nutrición o al ejercicio físico para que su cuerpo absorba mejor las hormonas.

Por último, recalcan la importancia de que el equipo de sanidad, no sólo el sanitario, utilice correctamente los pronombres y el nombre de la persona, pese a no haber realizado cambios en la documentación oficial.

Trayectoria emocional

En muchos de los casos, estas mujeres no han tenido un acompañamiento psicológico específico y voluntario por parte de las unidades de género y sí habrían estado acudiendo a los mismos por otros motivos tanto antes de la transición como durante la misma.

Las que sí que han tenido este acompañamiento en la sanidad pública dan muestra de que las personas que las han atendido no tenían ninguna formación en temas trans, o escasa, y, por tanto, en muchos casos empeoraban la situación en vez de ayudarlas.

Uno de los comentarios de una de las mujeres entrevistadas fue que – en muchas ocasiones, al no tener esta formación más específica, se dejan llevar por prejuicios que hay sobre las personas trans - realizan su tratamiento desde un punto de vista cisexista..

Muchas de ellas sí que han encontrado este acompañamiento psicológico y de pares en asociaciones LGTBI, tanto ellas como sus familias en algunos casos, lo que ha provocado una transición mucho más sencilla y llevadera. Todas coinciden en que es más que necesaria ese acompañamiento, porque se trata como la nombra alguna, de un *proceso de volver a pasar tu adolescencia femenina*, por todo lo que supone el cambio hormonal, el cambio psicológico, el físico, el emocional, etc.

Preguntadas por su autopercepción de salud, en la mayoría de los casos dicen encontrarse bien e incluso excelentemente, pero en algunos casos no consiguen superar ciertos miedos que tenían previos a la transición y que les hace que su estado de salud mental no sea el más óptimo.

Al preguntarles por sus miedos, muestran que al comienzo de la transición en muchos casos tienen miedo al resultado, a no parecer una mujer o a “quedarse a medias” y que se les “note” que son mujeres trans. Esto desde un punto de vista físico. Desde el punto de vista médico, algunas han comentado que sí que tienen cierto miedo a los efectos secundarios que pueden producirles las hormonas. Desde el punto de vista social, principalmente sienten miedo a que su entorno no las acepte o no las comprenda, seguido de miedo a no poder conseguir un trabajo o una pareja. Otras, sin embargo, tienen miedo a la opinión que tendrá la sociedad sobre ellas, y esto ha desencadenado en problemas como la agorafobia o crisis de ansiedad al salir a la calle.

Sociedad

A lo largo de las entrevistas se puede comprobar cómo muchos de los miedos que tienen antes y durante la transición médica es al rechazo por parte de la sociedad, que como muchas han mostrado, está relacionado con la apariencia física.

Acuña el término *cispassing* a aquellas mujeres trans que sí que tienen una apariencia de mujer cissexual y se muestra en sus discursos cómo este *cispassing* les permite vivir con más tranquilidad, sufriendo menos transfobia y siendo menos cuestionadas.

En cuanto son preguntadas por las intervenciones quirúrgicas encontramos opiniones divididas e incluso contrapuestas.

Por un lado, encontramos a aquellas que ven un problema en la sociedad y no en ellas y prefieren trabajar su expresión de género no sometiéndose a intervenciones quirúrgicas a la que tienen cierto rechazo por sus complicaciones.

Y por otro lado, encontramos a mujeres que ven necesario someterse a esas intervenciones por cuestiones de auto-disforia de género.

Coincide en el grupo de mujeres más jóvenes esa necesidad al principio de la transición de querer tener un aspecto "muy femenino" y de someterse a todas las cirugías posibles para acercarse lo máximo posible a su ideal de mujer. Una necesidad que va desapareciendo conforme comienzan la terapia hormonal.

En muchos casos, ellas mismas notan cómo entre ellas mismas, o desde la sociedad, hay un cierto tabú sobre los genitales que tienen y se les puede mirar en algunas ocasiones de manera morbosa, siendo objeto claro de cosificación. A lo que todas responden de la misma manera: "mis genitales no definen ni la personas que soy, ni mi género".

"mis genitales no definen ni la personas que soy, ni mi género".

Al hablar de redes sociales y de desarrollo social, el discurso cambia según la edad. Las mayores son un tanto reacias a ellas y no creen a ciencia cierta lo que en ellas se dice. Perciben muchas veces que las redes sociales les aportan odio y pocas cosas positivas.

Por otro lado, las mujeres más jóvenes lo ven un canal bastante importante por el que mostrar su realidad, una cuestión que echaron en falta cuando comenzaron su transición.

Para sí mismas, las más jóvenes se autoperciben como referentes y ejemplo de lo que ellas también están viviendo y creen que pueden ayudar mucho a las que están por venir.

Por último, al preguntarles dónde han encontrado más apoyo de su entorno, entre las más jóvenes las respuestas se centran principalmente en la familia y las amistades, mientras que, entre las personas mayores, aunque en algunos casos las amistades han sido parte de su apoyo, donde más comprensión han encontrado y donde se han sentido más apoyadas ha sido en el movimiento LGTBI y en sus asociaciones.

CONCLUSIONES

Generales de la investigación

La investigación, en la que la parte cuantitativa se ha realizado mediante un cuestionario online autoadministrado, puede ser un elemento a tener en cuenta en relación a aspectos socioeconómicos. Pues mujeres sin acceso a internet y/o a nuevas tecnologías es posible que no hayan podido participar.

Las experiencias vitales, en las que se visibiliza la evolución de los procesos médicos en los 10 últimos años, fecha que se establece como la de punto de partida por incluirse en la red pública sanitaria los tratamientos de transición de género, se perciben fundamentalmente con cierto cuestionamiento al personal sanitario y a algunas carencias del sistema, como la falta de coordinación o el desarrollo de actuaciones de carácter social/ comunitario.

Otro dato interesante es el referente al lugar en el que han llevado a cabo la transición médica. Encontramos que el 83,9% sigue en el mismo dónde la comenzó y un 16,1% que lo ha cambiado. De este 16,1% que ha cambiado su lugar de residencia predominan las mujeres menores de 45 años (14,3%), con contrato de trabajo (6,8%), estudiando (3,4%) o “desempleada con ningún ingreso” (3,4%).

El proceso de migración también denota cambios, fundamentalmente en las mujeres de más 45 años, donde se produce un traslado de pequeñas ciudades a otras más grandes. Es precisamente la causa de que la mayoría resida en ciudades de más de 300.000 habitantes.

El proceso de transición médica es más habitual que el de cambio de nombre y sexo en el Registro Civil. Mientras que el 94,7% de las mujeres participantes han realizado la transición médica, sólo la mitad ha realizado el cambio de nombre en el registro. En algunos casos se ha manifestado la negativa por la obligación de evidenciar mediante informe médico.

En general, la autopercepción de salud es buena con la excepción de los estados anímicos, donde los porcentajes se elevan en la ansiedad, la más padecida por las encuestadas de forma “Muy Elevada” (25,5%), seguida de la tristeza (21,3%), la angustia (16%), y el estrés (14,9%). Si desviamos la atención a las que padecen de manera “Elevada”, comprobamos como el estrés afecta al 45,7% de las mujeres encuestadas, seguida de la angustia (41,5%), la ansiedad (39,4%) y la tristeza (37,2%). Por lo que se podrían concluir que, pese a tener un 35,1% de mujeres que tienen un nivel de ansiedad “Bajo”, al sumar las que sí que lo tienen de forma “Elevada” o “Muy Elevada” da un resultado de 64,9%, lo mismo ocurre con el resto de estados anímicos.

Es importante señalar que, tras haber comenzado su transición, un 7,4% de las mujeres encuestadas la han parado, un 2,1% de ellas de manera involuntaria y un 5,3% de manera voluntaria. La mayoría de ellas en una media de hace 1-3 años.

En cuanto a las Unidades de identidad de género o de Atención a la transexualidad es importante destacar:

1. Los tiempos de espera son prolongados, desde la derivación de la Atención primaria, el valor medio se sitúa en 5 meses, el porcentaje más alto ha sido de una espera de 1 mes (22,9%), y los tiempos de espera van desde menos de un mes (6%) a un máximo de 2 años (1,2%). La valoración de estos tiempos de espera es general negativo, 1,63 de media en una escala de 0 a 5, donde 0 es “muy mal” y 5 “muy bien”.
2. También se ha tenido en cuenta el trato que han recibido por parte del personal sanitario, concretamente si se respetó su género sentido. En el 33% de los casos a las mujeres se les ha tratado “Siempre” por su género sentido, seguido de un 39,4% que se le ha tratado “Casi siempre”, un 19,2% que “A veces” y un 2,1% que “Nunca” se les ha tratado por su género sentido. En el caso de estas últimas se tratan de mujeres menores de 25 años, aquellas que “Nunca” se les ha tratado por su género sentido. Estos datos se acompañan a la percepción en algunos casos de falta de formación y/o sensibilización al personal sanitario, lo que complica la relación entre personal sanitario – paciente.

3. Cuando se les pregunta por su autoestima tras haberse realizado las cirugías de medias las mujeres la valoran con un 3,9. La mayoría (55,2%) valora su autoestima post-cirugías con un 5, seguidas de un 20,7% que la valora con un 4. Por el otro lado, encontramos un 6,9% de las mujeres que valoran su autoestima con un 0, con un 1 o con un 2, y un 3,4% con un 3.

Respecto a otras especialidades, a la que más han acudido ha sido endocrinología (89,3%) seguida de psiquiatría (44,7%), las cuales forman parte muy activa de los procesos de transición médica. En estos casos, al 40,4% de las mujeres encuestadas se les ha respetado siempre su género sentido por parte del personal sanitario, frente a un 3,2% a las que nunca se lo han respetado.

A pesar de manifestar esas situaciones de estado emocional, el 36,2% sí que ha recibido algún tipo de apoyo o soporte psico-emocional durante su transición médica, la mitad de ellas (18,1%), porque lo solicitó. En la mayoría de estos casos ha sido en atención especializada (31,9%) y en un porcentaje muy bajo durante el proceso de las cirugías. Para aquellas que lo solicitaron durante sus cirugías, los tiempos de espera fueron desde menos de un mes en la mayoría de los casos hasta 9 meses.

Las relaciones de los procesos de transición médica se manifiestan de manera negativa en el caso de la actividad laboral el porcentaje relativo a "son mucho peores" es el más elevado (14,9%) y en el caso de la familia "son peores" también tiene el porcentaje más alto (20,2%).

Si bien se comprueba la evolución en el proceso de transición médica, existen diferencias importantes en la visión del impacto en cada una de las participantes de esta investigación. Además de la edad, el territorio (la CCAA) son factores de contraste:

1. La edad pone de manifiesto la propia evolución de los recursos sanitarios. Las mujeres mayores señalan la mejora detectada en los 10 últimos años.
2. La política sanitaria por el contrario sigue siendo una asignatura pendiente. No se percibe una única política sanitaria y por tanto, un desarrollo homogéneo de los recursos sanitarios, más bien 17 diferenciados por la Comunidad Autónoma donde se resida.

Diversidad discursiva

Tras realizar el análisis de todas las entrevistas en cada una de las temáticas que se han expuesto encontramos ciertas similitudes en sus experiencias, sobre todo si las agrupamos por edad. Las mujeres trans mayores participantes del estudio muestran una **gran preocupación por el cambio en el concepto de activismo en las mujeres trans jóvenes**, porque tienen reacciones muy individuales y las perciben con una política identitaria que no comparten.

Manifiestan preocupación por los nuevos referentes que no forman parte del activismo pero que – al reforzarlas individualmente - generan perfiles que no comparten porque no parten ni de la resiliencia ni de la sororidad que ha caracterizado al activismo de las mujeres trans.

Existen una preocupación constante por la vida laboral en todas las entrevistadas y, en algunos casos, condiciona más la situación laboral, como soporte al estado emocional, que el proceso en la transición médica en el que estén.

Para todas ellas, pero especialmente para las más jóvenes, les resulta muy doloroso que el movimiento TERF no las acepte dentro de movimiento feminista.

