

Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach

DELIVERABLE 2.1

BASES TEÓRICAS

GUÍA BÁSICA RESPECTO A LA ATENCIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO

PROJECT NUMBER 881635 - SWITCH - REC-AG-2019 / REC-RDAP-GBV-AG-2019



Este Proyecto ha sido financiado por la Unión Europea – Programa Rights, Equality and Citizenship (2014-2020).



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia





SWITCH team:

Aragón A. M.; Baione, M.; Bonvicini, F.;
Brando-Garrido, C.; Campanino, M.;
Cardoner N.; Casoni, C.; Catilino, F.;
Dolezalova, P.; Escotorin-Soza, P.; Espelt
C.; Giuliani, S.; Goldberg, X.; Graglia, M.;
Heumann, V.; Malkova, M.; Marino, M.;
Moscano, E.; Orlikova, B.; Pavlica, K.;
Riboldi, B.; Roche, O. R.; Roche, V. I.;
Salzillo, S.; Sanzo I.; Simonova, Z.;
Tedesco, I.



Este Proyecto ha sido financiado por La
Unión Europea bajo el programa Rights,
Equality and Citizenship (2014-2020).

El contenido de este documento representa solo la opinión de sus autores quienes son los
únicos responsables. La Comisión Europea no acepta ninguna responsabilidad por el uso
que pudiera llegar a hacerse de la información contenida en este documento.



BASES TEORICAS

PERSONAS TRANSGÉNERO – PAUTAS BÁSICAS

Índice

INTRODUCCIÓN	5
1. IDENTIDAD TRANSGÉNERO	7
¿CUÁNTAS PERSONAS TRANSGÉNERO HAY?	7
DIAGNÓSTICO MÉDICO	8
SALIR DEL ARMARIO	8
TRÁNSITO	11
TRÁNSITO SOCIAL	11
TRÁNSITO LEGAL (RECONOCIMIENTO LEGAL DE GÉNERO)	12
TRÁNSITO FÍSICO	13
TRANSFOBIA	15
CONTROL DE ACCESO	16
1.1. LA DIFERENCIA ENTRE PERSONAS TRANSGÉNERO E INTERSEXUALES	16
INTERSEXUALIDAD	17
DEFINICIÓN DE INTERSEXUALIDAD	17
QUÉ TAN COMÚN ES ENCONTRAR CASOS DE PERSONAS INTERSEXUALES?	19
INTERVENCIONES MÉDICAS INTERSEXUALES	19
2. TÉRMINOS BÁSICOS Y DEFINICIONES	20
3. RECOMENDACIONES GENERALES PARA PROFESIONALES EN CONTACTO CON PERSONAS TRANSGÉNERO	25
3.1 CONOCIMIENTO Y CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES INVOLUCRADOS.	28
3.2 DESARROLLO A LO LARGO DEL CICLO VITAL	30
3.3 TRATAR A LAS PERSONAS TRANSGÉNERO	32
4. ENFOQUES TERAPÉUTICOS APLICABLES	34
4.1 ENFOQUES HOLÍSTICOS, MODELOS “BOTTOM-UP” Y “TOP-DOWN”	35
4.2 MÉTODOS DE AUTOAYUDA, GRUPOS DE APOYO Y ASESORAMIENTO	44
4.3 PRINCIPIOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	46
4.4. DOMINIOS DEL BIENESTAR	48



5. MAPEO DEL PROYECTO SWITCH DE LAS MEJORES PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS EN TRES PAÍSES SOCIOS	50
--	----

6. CONCLUSIÓN	55
---------------	----

APÉNDICE	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
----------	---------------------------------------

APÉNDICE: MAPEO DE LAS MEJORES PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS EN TRES PAÍSES SOCIOS	56
REPUBLICA CHECA	56
ITALIA	59
ESPAÑA	66

REFERENCIAS	73
-------------	----



INTRODUCCIÓN

El presente informe de Pautas básicas ha sido compilado en el marco del proyecto SWITCH (proyecto de acercamiento holístico que da soporte al bienestar e integración de las personas transgénero víctimas de violencia en contextos de salud).

El objetivo del informe es proporcionar puntos teóricos de partida compartidos para el proyecto SWITCH definiendo y unificando los términos y conceptos relacionados con las personas transgénero, no binarias e intersexuales y su bienestar psicológico en los tres países participantes de la UE.

Posteriormente, se propone que dichos principios y enfoques terapéuticos adecuados se integren en la metodología de formación y se apliquen en entornos terapéuticos y de la salud.

Este documento servirá como una guía básica para brindar una terapia informada y de calidad y otra atención médica para el grupo objetivo: personas transgénero e intersexuales.

Debido a la baja aceptación social, los potenciales obstáculos durante el proceso de transición y el elevado grado de discriminación contra las personas transgénero e intersex, estos grupos están expuestos a estrés prolongado y a un alto riesgo de problemas de salud mental. Las tasas de intentos de suicidio (alrededor del 60%) y de autolesión (sobre el 50%) entre la población transgénero son excepcionalmente altas en comparación con la población general, o incluso en comparación con el colectivo LGB. Desafortunadamente, la atención terapéutica de calidad y el apoyo para el bienestar mental de los miembros del grupo objetivo a menudo no están disponibles o son de difícil acceso. Las presentes pautas teóricas básicas y la capacitación práctica posterior proporcionarán la metodología y las herramientas para abordar a las personas TI con servicios y apoyo desprejuiciados y bien informados.



El informe está destinado a médicos, proveedores de salud mental como psicólogos y psiquiatras y pretende ser un material de referencia para los responsables de políticas de salud.



1. IDENTIDAD TRANSGÉNERO

Transgénero es un término utilizado para describir a las personas cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer. La identidad de género es el sentido personal o interno de una persona de ser hombre o mujer (o niño o niña).

La identidad de género de algunas personas no encaja a la perfección en esas dos opciones. Para las personas transgénero, el sexo que se les asignó al nacer y su propia identidad de género interna no coinciden (GLAAD, 2018).

¿CUÁNTAS PERSONAS TRANSGÉNERO HAY?

No existe un consenso sobre el número de personas transgénero. Faltan estadísticas claras por varias razones, incluyendo el hecho de que muchas personas trans no lo han hecho público (tanto antes como después de la transición). En el pasado, las estimaciones se basaban principalmente en datos provenientes de profesionales de la salud que indicaban el número de personas que se habían sometido a cirugías de reasignación de sexo o que estaban recibiendo tratamiento hormonal.

Otras estimaciones se basaban en el número de personas que habían obtenido reconocimiento legal de género.

Sin embargo, tales estimaciones no toman en cuenta a las personas transgénero que no se someten a cirugías de reasignación u otros tratamientos de salud.

Según diferentes encuestas, se informa que el número de personas trans está entre el 0,3% y el 1-4% (Amnistía Internacional, 2014).



DIAGNÓSTICO MÉDICO

La agencia de salud de las Naciones Unidas aprobó una resolución para eliminar el “Trastorno de Identidad de Género” de su manual global de diagnósticos, lo que, según Human Rights Watch, tendrá un efecto liberador en las personas transgénero de todo el mundo (Naciones Unidas, 2019).

En la versión recientemente revisada de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD-11), los “Trastornos de la Identidad de Género” se han reformulado como “Incongruencia de género”.

La incongruencia de género se define como una incongruencia marcada y persistente entre el género experimentado de una persona y el sexo asignado. La no conformidad de género ahora se incluye en un capítulo sobre salud sexual, no figurando, por lo tanto, entre los trastornos de salud mental (OMS, 2019).

Este progreso está en consonancia con los esfuerzos por despatologizar a las personas transgénero y a la inconformidad de género.

SALIR DEL ARMARIO

Podemos distinguir 2 fases de salir: la interna y la externa. No es raro que algunas personas trans pasen años o incluso décadas antes de decidirse a salir públicamente.

Darse cuenta de que uno es una persona transgénero puede llevar desde breves instantes hasta varias décadas. Las personas transgénero



generalmente tienen la idea de que su género asignado no está sincronizado con su rol social o se sienten físicamente incómodos desde el principio de sus vidas.

El proceso de autorrealización es extremadamente complicado. Una persona que cuestiona su género puede desencadenar una intensa negación o, en respuesta a las limitaciones sociales, ignorar las señales que apuntan a su identidad transgénero, ya sea de manera consciente o inconsciente.

Las personas transgénero varían mucho en el hecho de elegir el cuándo y cómo desvelar su condición a familiares, amigos cercanos y otras personas. La prevalencia de la discriminación y la violencia contra las personas transgénero puede hacer que salir del armario sea una decisión arriesgada.

El miedo a las represalias, como ser expulsado del hogar, puede influir en la decisión de no hablar con las familias en absoluto o esperar hasta que ellos/ellas alcancen la independencia en la edad adulta.

Los padres que están confundidos o que rechazan la identidad recién revelada de su hijo/a transgénero pueden tratar la situación como una “fase” o pueden intentar convertir a su hijo/a de nuevo a la “normalidad”.

Una investigación realizada en 2018 en la comunidad transgénero Checa llevada a cabo por la organización Transparent Z.S. indicó que las reacciones menos positivas al salir del armario eran de los padres (44% reacciones negativas; 28% reacciones positivas provenían de los padres y un 36% de las madres).

Por el contrario, las reacciones más positivas fueron de los amigos (73% reacciones positivas), seguidas de parejas románticas o cónyuges (62%) (Pavlica et al., 2018).

Los datos científicos sobre las actitudes de los profesionales de la



salud indican que no se puede afirmar que los profesionales proporcionen una atención adecuada y empática.

Según Chapman et al. (2012), las familias LGBT que buscan atención médica para sus hijos pueden mostrarse reacias a revelar su orientación sexual a los profesionales de la salud, ya que no confían en que serán atendidos de la misma manera que las familias heteronormativas. Esto refuerza la importancia de utilizar modelos de atención integral enfocados al cuidado de la persona y de las características de cada sistema familiar (Chapman et al., 2012).

Jenner (2010) afirma que es necesario avanzar en la revisión de los protocolos asistenciales y adaptarlos a las necesidades de esta población. Para este autor, cuidar de las personas transgénero requiere conocimiento de las reasignaciones anatómicas, de los efectos de la terapia hormonal y también requiere conocer las sensibilidades culturales propias de la comunidad de identidad de género específica.

La calidad de la atención sanitaria se puede determinar por la importancia que se le da a la sensibilidad cultural, el cambio de políticas institucionales y por la integridad profesional (Jenner et al., 2010).

Carlström y Gabrielsson (2020) estudiaron las experiencias de personas transgénero con personal sanitario. El estudio concluyó que es importante reconocer que las personas transgénero son profundamente vulnerables y su dignidad es, a menudo, violada cuando reciben atención sanitaria. Por esta razón, Carlström y Gabrielsson insisten en que el personal de salud puede desempeñar un papel central en la facilitación y el empoderamiento de las personas transgénero. Los profesionales de la salud pueden contribuir a restaurar y mantener la confianza de las personas transgénero en la atención sanitaria al aceptar sus identidades y al centrarse en sus necesidades médicas (Carlström et al, 2020).



Según Sedlak, Veney y Doheny (2016), aunque los problemas sobre las personas transgénero (TI -Transgénero y intersexual-) ahora se están discutiendo más abiertamente en el público en general, los proveedores de salud, a menudo, expresan sentirse incómodos al interactuar con las TI, basándose en estereotipos insensibles. Probablemente sea porqué no han recibido una educación sobre el cuidado de las TI (Sedlak et al, 2016).

TRÁNSITO

Las personas transgénero, a menudo, tienen la intención de realizar un proceso de tránsito, lo que significa adquirir características visuales, físicas y roles sociales para alinearse con la identidad de género deseada. Esto se puede dividir en 3 componentes:

- Físico: Terapia de reemplazo hormonal (TRH), cambios quirúrgicos (cirugía de reasignación de sexo – SRS o cirugía de reasignación de género – GRS).
- Legal: cambio de marcador de género legal y nombre legal.
- Social: cambio de nombre y pronombres, ajustar la apariencia visual de uno, desempeñar el rol de género deseado.

TRÁNSITO SOCIAL

El factor más difícil del proceso de tránsito es el aspecto social. El cambio social significa que una persona transgénero debe cambiar de manera visible y pública de un rol de género a otro. Pueden experimentar un cambio de estatus social; por ejemplo, las mujeres transgénero pueden



encontrar que las tasas salariales en su profesión se ven reducidas.

Las expectativas de los demás también pueden cambiar. Cuanto mayor es una persona y más roles sociales desempeña, más complicado es el tránsito. En casos extremos, una persona puede encontrarse en aislamiento social. Como se mencionó anteriormente, se recomienda que las personas transgénero tengan suficiente acceso a apoyo psicológico profesional durante este período.

TRÁNSITO LEGAL (RECONOCIMIENTO LEGAL DE GÉNERO)

Treinta países de Europa cuentan con procedimientos legales estrictos, y hay algunos que exigen expresamente que las personas transgénero sean diagnosticadas con un trastorno psicológico y evaluadas por profesionales de la salud mental, se sometan a esterilización y otras intervenciones médicas y se divorcien o sean solteras antes que se les permita cambiar su nombre y obtener reconocimiento legal de género. Todos estos procesos son costosos, requieren mucho tiempo y muchos de ellos son cuestionables en su eficacia.

El reconocimiento de género tiene ramificaciones más allá de ser un acto administrativo: es esencial para que muchas personas transgénero puedan vivir una vida digna. Estos requisitos arbitrarios y potencialmente discriminatorios, o la ausencia total de legislación, significan que, en términos prácticos, las personas transgénero no tienen protección y pueden verse perjudicadas en los diversos procesos; por ejemplo, muchas personas transgénero en esos países deben llevar documentos que no coinciden con su identidad de género y deben usar estos documentos a diario con fines de autoidentificación en todos los ámbitos sociales.

Esto deja a las personas transgénero sin poder elegir cuándo y cómo



salir del armario, y las hace vulnerables al acoso, a la discriminación, a la violencia... en sus actividades diarias como ir al trabajo, ir a la oficina de correos, ir de compras o ir al dentista.

El requisito de la esterilización forzada es invasivo, inhumano e injusto, eliminando la autodeterminación y la autonomía de las personas transgénero, pudiendo causar tensión mental a quien todavía desea ser padre/madre, sin mencionar las posibles complicaciones en la cirugía, problemas de salud innecesarios y más cambios hormonales. El requisito de estar divorciado o mantener la soltería (incluso cuando el/la cónyuge de la persona transgénero está de acuerdo y apoya el tránsito) puede romper familias y destruir la red de apoyo principal de una persona transgénero. Todos estos procesos pueden amenazar la seguridad laboral o la experiencia profesional de una persona transgénero, dado el tiempo necesario para resolver todos los pasos.

Estos requisitos arbitrarios e infundados violan la dignidad, la integridad física, el derecho a formar una familia y el derecho a no ser sometido a tratos degradantes e inhumanos.

Algunos países progresistas ofrecen un modelo de autodeterminación (Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo, Malta, Noruega y Portugal) donde los solicitantes pueden ser reconocidos formalmente en su género preferido sin la condición de cumplir con requisitos médicos, de estado civil o de edad.

TRÁNSITO FÍSICO

Es la parte más visible del tránsito, y para la mayoría de personas, un símbolo o un sinónimo de tránsito como tal.

No todas las personas transgénero están automáticamente



interesadas en las intervenciones quirúrgicas disponibles; en general, cuando más fuerte es la disforia, mayor es el interés en las cirugías.

Cada país legisla el tránsito de manera diferente, por lo que recomendamos que cada uno se familiarice con los procedimientos de su país. En cualquier caso, el proceso debe comenzar con una decisión personal de hacer el tránsito, motivada por el sentimiento de que la identidad de género de una persona no coincide con las normas/roles culturales atribuidos al sexo que se les asignó al nacer.

En algunos países, se debe realizar un diagnóstico y una serie de exámenes médicos (endocrinológicos, internos, psicológicos, etc.) antes de la TRH o SRS.

Una parte del diagnóstico es el llamado "Test de la Vida Real", en el que una persona debe practicar vivir en el rol de género con el que identifica durante un tiempo antes de someterse a SRS. Esta experiencia puede causar estrés adicional a la persona transgénero.

Después de la TRH, una persona comienza a cambiar físicamente (y a menudo, mentalmente), lo que se asocia con frecuentes experiencias y riesgos de salir del armario, como perder el trabajo, conflictos con familiares, amigos o conocidos y más.

Se recomienda que la persona en transición tenga suficiente apoyo a su alrededor (buenos amigos y/o alguna ayuda psicológica profesional) durante este período.

Como se señaló anteriormente, en algunos países (por ejemplo, la República Checa) aquellos que quieran cambiar su género legalmente aún deben someterse a esterilización quirúrgica forzada.

La cirugía de reasignación de género (GRS) incluye las cirugías de feminización y de masculinización.

Una anatomía típicamente de género femenino puede requerir una o un conjunto de cirugías de feminización, que incluyen orquiectomía,



vaginoplastia, mamoplastia de aumento, cirugía de feminización facial, tirocondroplastia de reducción (afeitado traqueal) y cirugía de feminización de la voz, entre otras.

Una anatomía típicamente de género masculino puede requerir una o un conjunto de cirugías de masculinización, incluida la cirugía de masculinización del tórax (cirugía superior), histerectomía, faloplastia, metoidoplastia y crotoplastia.

TRANSFOBIA

La transfobia es un término que se utiliza para describir la intensa aversión o el prejuicio contra las personas transgénero, de género diverso e intersexual. La transfobia se puede manifestar de dos formas principales: activa (actuando intencionalmente contra personas de género diverso) o pasiva (sin reconocer ni permitir el hecho de que existe variación de género) (Young Scot, n. d., Galop, n. d.).

Puede llevar un tiempo que las otras personas cercanas a la persona transgénero se acostumbren a usar los nuevos pronombres. Los errores son comprensibles, pero negar deliberadamente la identidad de una persona transgénero mediante el uso de pronombres incorrectos ("discriminación de género") o el nombre anterior ("nombre muerto") es una forma de transfobia que puede tener efectos psicológicos negativos en la persona transgénero. La transfobia también se manifiesta en la discriminación, como impedir que una persona transgénero use el baño o negarle servicios o trabajo en función de su identidad. Más gravemente, la transfobia puede provocar discursos de odio o incluso crímenes de odio violentos. Cada año, en todo el mundo, se dan numerosos ataques transfóbicos y asesinatos de personas transgénero. La falta de enjuiciamiento en tales casos, el surgimiento de movimientos



sociopolíticos intolerantes y extremistas y las leyes promulgadas contra los derechos de las personas transgénero ponen en peligro directa e indirectamente la vida de estas personas. La falta de redes de apoyo oficiales puede agravar esta experiencia.

CONTROL DE ACCESO

El control de acceso ocurre más comúnmente en el campo de la medicina, donde los doctores pueden controlar el ritmo del tránsito de una persona transgénero, o negarlo por completo. Los argumentos de los médicos que controlan el acceso al tránsito se basan en la creencia de que las personas transgénero no son capaces de determinar sus propias identidades y deben someterse a meses o incluso años de terapia antes de permitirles el tránsito. Algunos afirman que los diagnósticos o problemas psicológicos son motivos para retrasar o negar la transición. Los problemas psicológicos de las personas transgénero, a menudo, son causados por su disforia corporal y el estrés de vivir sintiendo que están en el género equivocado, por lo que su falta de poder en el proceso de tránsito puede afectar aún más negativamente su salud mental.

Ese control de acceso es una forma de transfobia, ya que la insistencia del establecimiento médico en la pericia niega la autoridad de las personas transgénero en sus propias vidas. El tránsito, en general, no es un proceso simple, fácil o agradable. Aquellos que lo eligen realizar actúan desde una necesidad profunda y una consideración larga y compleja (Wikipedia, n. D.).

1.1. LA DIFERENCIA ENTRE PERSONAS TRANSGÉNERO E INTERSEXUALES



INTERSEXUALIDAD

Hemos establecido que transgénero significa que la identidad de género de una persona es incongruente con el sexo que se le asignó al nacer. Intersexualidad significa que una persona nace con una serie de atributos biológicos que no se ajustan a las definiciones específicas de mujer o hombre. Algunas personas intersexuales experimentan disforia de género y también se identifican como personas transgénero (por ejemplo: cuando han sido socializadas con un sexo y género concreto y descubren, durante la pubertad (o antes) que desean atributos del “otro” género, además o en lugar de esos de su supuesto sexo y género socializado).

DEFINICIÓN DE INTERSEXUALIDAD

Intersexualidad es un término general que se relaciona con una variedad de situaciones en las que una persona nace con atributos biológicos que no se ajustan a las definiciones típicas de mujer o hombre. Por ejemplo, una persona que parece ser mujer por fuera puede tener una anatomía mayoritariamente masculina por dentro; una niña puede tener un clítoris grande o no tener una abertura vaginal; o un niño puede nacer con un pene pequeño o con un escroto dividido que se podría parecer a unos labios. Uno puede nacer con material genético en mosaico, con cromosomas sexuales distintos a XX o XY (Sociedad Intersex de América de Norte, n. D.).

Intersexual es un concepto genérico que se utiliza para describir una amplia gama de variaciones corporales naturales. En algunos casos, los



rasgos intersexuales son visibles al nacer, mientras que en otros no son evidentes hasta la pubertad. Algunas variaciones cromosómicas entre los sexos pueden no ser físicamente aparentes (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2015).



QUÉ TAN COMÚN ES ENCONTRAR CASOS DE PERSONAS INTERSEXUALES?

Hasta el 1,7% de los nacimientos, es decir, 1 de cada 60 pueden ser personas intersexuales, incluidas variaciones que no pueden ser evidentes al principio. Los bebés con genitales que no pueden clasificarse como hombres o mujeres pueden ser aproximadamente 1 de cada 1.500 (Fausto-Sterling, 2000).

INTERVENCIONES MÉDICAS INTERSEXUALES

Desde la década de los años 20, los cirujanos han intentado “remediar” una gama cada vez mayor de condiciones. En la década de los años 50, un equipo de especialistas médicos de la Universidad Johns Hopkins (EEUU) desarrolló lo que se ha denominado el “sistema de género óptimo de crianza” para tratar a niños con variaciones intersexuales. El equipo de Hopkins creía que cualquier niño podía convertirse en una niña o un niño “real” con una asignación de género temprana, alterando sus cuerpos y convenciéndolos a ellos y a sus padres de creer y actuar de acuerdo con la asignación de género. A medida que el modelo de Hopkins se extendió por todo el mundo, los cirujanos realizaron cirugías genitales cosméticas en niños intersexuales sin su consentimiento, creyendo que esto era necesario y eficaz (Wikipedia, 2020).

Desafortunadamente, en muchos países, los bebés con genitales ambiguos todavía se ven obligados a someterse a una cirugía para que se les reconozca legalmente como mujeres o hombres, aunque para la mayoría, la afección no pone en peligro la vida.

Se dice que para los cirujanos es más fácil “cavar un hoyo” que “construir un poste”, por lo que a la mayoría de los bebés intersexuales se



les asigna una mujer al nacer. Pocos países han previsto aún el reconocimiento legal de las personas intersexuales (Alemania, Austria, Nueva Zelanda, Australia, Malta, India y Canadá).

El reconocimiento legal de las personas intersexuales se refiere, en primer lugar, a su acceso a los mismos derechos que otros hombres y mujeres; en segundo lugar, a su derecho a solicitar correcciones administrativas a los documentos legales cuando su asignación de sexo original se considere inapropiada; y en tercer lugar, si bien los esquemas establecidos pueden ayudar a algunas personas, el reconocimiento legal no se trata de la creación de una clasificación de tercer sexo o género para las personas intersexuales como población, sino de su autodeterminación (Foro de Instituciones Nacionales de Derechos Humanos de Asia Pacífico 2016).

2. TÉRMINOS BÁSICOS Y DEFINICIONES

- **Sexo:** es una definición estrictamente biológica, basada en ciertos conjuntos de características físicas, típicamente separadas en las categorías de “Masculino” y “Femenino”.
- **Sexo asignado al nacer:** el sexo asignado al nacer se refiere al sexo (masculino o femenino) atribuido a un niño al nacer por el personal médico en función de ciertos conjuntos de características físicas (genitales, cromosomas, gónadas, hormonas, etc.). También puede denominarse sexo de nacimiento, sexo biológico o sexo natal.
- **Género:** roles contruidos social o culturalmente con los que las personas en una sociedad se identifican en función de su identidad de género; tales roles varían histórica y geográficamente



y están asociados con ciertas apariencias, expresiones y expectativas físicas.

- **Identidad de género:** interpretación y categorización de una persona de su propio género, encontrando una definición cómoda de sí mismo, expresada a través de interacciones con otras personas.
- **Persona trans(género):** persona cuya identidad de género es incongruente con el sexo que se le asignó al nacer. Los términos “trans” y “transgénero” se utilizan exclusivamente como adjetivos.
- **Mujer trans(género):** mujer que nació con características sexuales masculinas, asignada como hombre al nacer y no se identifica con el rol social de un hombre. Las mujeres trans a veces también se conocen como HAM (Hombre-a-Mujer), aunque este término simplifica demasiado el proceso.
- **Hombre trans(género):** hombre que nació con características sexuales femeninas, se le asignó mujer al nacer y no se identifica con el rol social impuesto. Los hombre transgénero a veces se denominan MAH (Mujer-a-Hombre), aunque, como se ha mencionado anteriormente, este término simplifica el proceso.
- **Transsexual:** término histórico, hoy considerado desactualizado, relacionado con el diagnóstico médico anterior de transexualismo que fue reemplazado por el diagnóstico de “incongruencia de género”.
- **Transexualismo/transexualidad:** diagnóstico médico dentro de los trastornos mentales, codificado con el código F64.0 en las versiones anteriores de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Este diagnóstico ha sido reemplazado por el de “Incongruencia de género” que ya no se clasifica como un trastorno mental, sino



como una condición relacionada con la salud sexual.

- **Incongruencia de género:** diagnóstico médico que reemplazará al de “Transexualismo/Trastorno de identidad de género” en la CIE a partir del año 2022. Indica el cambio en la perspectiva de la categoría de trastorno mental y se centra en el aspecto social de la condición transgénero, además del aspecto físico.
- **Persona cis(género):** persona cuya identidad de género se alinea con el sexo que se le asignó al nacer. Por ejemplo, una persona a la que se le asignó hombre al nacer, se crió como hombre y se considera hombre.
- **Intersex:** término general usado para una variedad de condiciones en las cuales una persona nace con atributos biológicos que no se ajustan a las definiciones específicas de mujer o hombre.
- **No-binario, de género diverso o Genderqueer:** aquellos cuyo sentido interno de género está fuera del género binario (femenino/masculino). Las personas no binarias son extremadamente diversas en términos de sus identidades y pueden ser fluidas o fijas en términos de su género. Estos pueden incluir:
 - **Bigénero:** persona cuya identidad cambia entre femenina y masculina según el contexto o la situación.
 - **Género fluido:** persona cuya identidad de género fluye o cambia.
 - **Androginia:** característica de una persona cuya identidad no es ni femenina ni masculina, presentando un género mixto o neutral.
 - **Pangénero:** persona cuya identidad se compone por todas las identidades de género.
 - **Agénero:** persona que no se identifica con ningún género.
 - **No conforme al género:** persona cuya expresión de género no se ajusta a las expectativas sociales de femenino o masculino.
 - **Two Spirit:** persona que cumple los roles de ambos sexos.



Tradicionalmente utilizado en las culturas nativas americanas, pero el término también se utiliza como término general para los "terceros géneros" en otras culturas.

- **Travesti, Drag Queen/King:** queda fuera de la comprensión contemporánea de "transgénero", ya que describe a una persona que prefiere los estilos de ropa y la expresión de género de otro género o que se viste como otro género para un disfrute personal y/o una actuación. Las personas travestis y Drag Queens/kings suelen estar cómodas con el sexo que se les asignó al nacer y no desean cambiarlo.
- **Disforia:** aversión manifestada por la persona a los propios genitales, experimentada por una gran cantidad de personas transgénero en mayor o menor medida.
- **Tránsito** :proceso de adquisición de las características visuales, físicas y del rol social acorde con la identidad de género de una persona:
- **Físico:** terapia de reemplazo hormonal (TRH) o también llamada terapia hormonal sustitutiva (THS), cambios quirúrgicos, cirugía de reasignación de sexo – CRS, o cirugía de reasignación de género – CRG.
- **Legal:** cambio de marcador de género legal y nombre legal, entre otros.
- **Social:** cambio de nombre y pronombres, desempeñar el rol de género deseado, entre otros.
- **CRS, CRG:** cirugía de reasignación de sexo; cirugía de reasignación de género
- **TRH, THS:** terapia de reemplazo hormonal durante el tránsito, también llamada terapia hormonal sustitutiva.
- **Test de la Vida Real, Experiencia de la vida real (en inglés RLT y**



RLE): requisito médico común para las personas transgénero para demostrar que pueden vivir en su auténtico rol de género. La duración puede variar desde un par de meses hasta años. Si bien para muchas personas esta práctica puede ser beneficiosa, para otras representa riesgos y estrés innecesarios.

- **Reconocimiento legal de género:** procedimiento oficial para cambiar el nombre y el identificador de género de una persona trans en registros y documentos oficiales como su certificado de nacimiento, tarjeta de identificación, pasaporte o licencia de conducir.
- **Passing:** ser percibido y aceptado por otras personas de una manera coherente con la propia identidad de género.
- **Equivocación de género:** se refiere a personas que usan pronombres incorrectos o lenguaje de género (puede ocurrir por error, descuido o buscando confrontación). Puede estar conectado con el “nombre muerto” (usar el nombre anterior de alguien).
- **Autodeterminación:** derecho inherente a declarar el propio género y tomar decisiones para autoidentificarse en la propia forma de expresión auténtica.
- **Transfobia:** miedo u odio hacia las personas trans, a menudo expresado en forma de agresiones verbales o físicas (insultos, confrontación, agresión).
- **Control de acceso:** cualquier requisito que controle el acceso a los recursos para las personas transgénero. Se usa a menudo en lo que respecta al tránsito médico y legal, donde existen requisitos formales estrictos que las personas trans deben cumplir para que el tránsito sea reconocido médico y/o legalmente.
- **Despatologización:** proceso que implica un cambio oficial de



perspectiva, en el que la gama de identidades transgénero ya no se consideran condiciones patológicas/trastornos médicos que necesitan curación, sino opciones de salud y comportamientos aceptables en los cuales se respetan a las personas transgénero y no binarias como agentes activos de sus propias identidades.

- **Cuestionamiento de género:** persona que puede estar cuestionando o explorando su identidad de género y cuya identidad puede no coincidir con el sexo que le asignaron al nacer.

3.RECOMENDACIONES GENERALES PARA PROFESIONALES EN CONTACTO CON PERSONAS TRANSGÉNERO

En primer contacto durante el proceso de transición y reconocimiento legal de género, los profesionales de atención médica y de la salud son quiénes juegan un papel crucial en asegurar el desarrollo y el bienestar de las personas transgénero e intersexuales. Es por eso que es alarmante ver con qué frecuencia los profesionales de la salud (incluidos los profesionales transespecíficos) actúan de manera perjudicial para las personas TI. Según los resultados de una encuesta de investigación sobre Expectativas y Miedos de las personas transgénero en la República Checa, realizada por Transparent z.s., los profesionales de la salud fueron los que actuaban con mayor discriminación y trato degradante contra las personas transgénero. Una cuarta parte de los encuestados (25,1%) mencionó experiencias negativas y degradantes con profesionales que brindaron algún tipo de atención (médicos, psicólogos, sexólogos, clérigos, etc.), seguidos de malos tratos y



discriminación en las escuelas (24,3%), de la familia y personas cercanas (21,3%), en el lugar de trabajo (12,8%), en el espacio público (8,1%), por la policía (5,3%), etc. (Pavlica et al., 2018). Por lo tanto, es muy importante proporcionar recomendaciones directamente relevantes para los profesionales de la salud en general y profesionales de atención médica transespecífica en particular.

Las personas transgénero deben tener el espacio para poder articular las identidades en sus propios términos, sin verse obligados a encajar en categorías a las que no sienten que pertenecen.

Se debe dar prioridad al respeto y la comprensión de cada persona transgénero como individuo, y se debe prestar especial atención a la inclusión de identidades sexuales y de género no binarias, destacando sobretudo que las personas transgénero no deben ser discriminadas ni se les debe negar los recursos para identificarse fuera de un sistema de género estrictamente binario.

Ningún tratamiento o procedimiento médico debe ser un requisito previo para el reconocimiento legal de género; se deben reconocer como viables múltiples opciones en lugar de una sola trayectoria normativa.

El personal médico calificado y los estudiantes de medicina deben recibir apoyo sistemático con desarrollo profesional y educación regulares sobre cuestiones transgénero, además de concienciación de los avances internacionales en este campo.

Los profesionales de la salud deben hacer el esfuerzo de preguntar por la preferencia sobre los nombres y los pronombres de las personas transgénero, en vez de asumirlos únicamente a partir de documentos legales. Se debe permitir, a las personas transgénero, elegir sus propios nombres, sin el requisito actual de una forma de género neutro, incluso para aquellos que prefieren una forma claramente masculina o



femenina.

La opción de someterse a cualquier tratamiento, incluida la TRH y/o las cirugías de transición, debe seguir siendo reconocida como médicamente necesaria para aquellas personas transgénero que quieran someterse a ellas, preservando la situación actual de financiación. Sin embargo, la elección de someterse a un tratamiento no debe considerarse como consentimiento automático para otro tratamiento a menos que la persona lo desee.

En lugar de hacer que la financiación de la TRH y las cirugías dependa de la definición de la condición de transgénero como un trastorno, estas personas –deberían recibir apoyo en las decisiones que tomaran sobre su propia salud. Cabe señalar que existen muchas circunstancias relacionadas con la salud, como el embarazo, el parto que no se clasifican como estados patológicos pero permiten a la persona recibir asistencia financiada por la sanidad pública del estado para llevar a cabo dichas intervenciones.

El hecho de que se disponga de esa financiación refleja el valor que la sociedad y el estado le dan a cada circunstancia. El mismo principio puede aplicarse a la autodeterminación corporal en general. El acceso a tratamientos específicos también debe considerarse como algo separado del tema del reconocimiento legal de género.

Se recomienda a los profesionales de la salud que observen de cerca los desarrollos internacionales que tienden a la despatologización de las identidades transgénero en el campo médico (respaldado activamente por la organización médica WPATH), y a hacer que el reconocimiento legal de género dependa de la autoidentificación en lugar de la aprobación de un organismo regulador o de un procedimiento médico particular en el ámbito legal.



3.1 CONOCIMIENTO Y CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES INVOLUCRADOS.

Los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta (APA, 2010) incluyen la identidad de género como un factor por el cual los psicólogos pueden necesitar experiencia, capacitación o supervisión para asegurar su competencia.

Es importante que los psicólogos se involucren en una formación continua sobre temas relacionados con la identidad y la expresión de género como base para una práctica psicológica afirmativa debido al alto nivel de ignorancia social y estigma asociado con las personas transgénero y de género no conforme (TNCG), asegurando que la educación, la formación y la supervisión psicológicas no sensacionalizan (Namaste, 2000), explotan ni patologizan a las personas TNCG (Lev, 2004).

Precisamente porque la mayoría de los psicólogos han recibido poca o ninguna formación sobre la población LGTBI y no se sienten educados en la materia (APA, 2015), se pide a colegas expertos que implementen y difundan prácticas de educación y formación continua, ayudando a llenar estos vacíos.

Es fundamental, en primer lugar, que los psicólogos que reciben formación en este campo desarrollen una actitud profesional sin prejuicios hacia las personas que experimentan identidades y expresiones de género distintas a las suyas.

Es importante aumentar la concienciación sobre el privilegio cisgénero, el prejuicio anti-transgénero y la discriminación, así como es imprescindible conocer las perspectivas personales de las personas de género expansivo o incluir sus narrativas en las lecturas obligatorias del curso formativo (ACA, 2009).



Según la ACA (Affordable Care Act – Cuidado de Salud Asequible) y las competencias ALGBTIC (Association for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling) para el asesoramiento de personas trans, los psicólogos deben tener más conocimientos sobre los siguientes puntos:

- Aspectos físicos (por ejemplo, acceso a la atención médica, VIH y otros problemas de salud).
- Aspectos sociales (por ejemplo, familia/relaciones de pareja).
- Aspectos emocionales (por ejemplo, ansiedad, depresión, abuso de sustancias).
- Aspectos culturales (por ejemplo, falta de apoyo de otros en el grupo racial/étnico).
- Aspectos espirituales (por ejemplo, posibles conflictos entre las creencias de la persona transgénero y las de su familia).
- Estresores (por ejemplo, problemas financieros como resultado de una discriminación laboral) (ACA, 2009).
- Es importante proporcionar espacios de formación en los que los profesionales de la salud puedan practicar sus propias habilidades intrapersonales e interpersonales para:
 - Identificar y visualizar su propia cultura de pertenencia, valores y principios, para gestionar prejuicios o estereotipos.
 - Conocer y aplicar adecuadamente modelos de comunicación que promuevan la empatía y la relación de confianza con las personas transgénero e intersex, para prevenir la violencia en las prácticas y protocolos de atención a la salud que existen actualmente.



3.2 DESARROLLO A LO LARGO DEL CICLO VITAL

Se anima a los profesionales que trabajan por el bienestar de las personas transgénero (psicólogos, psiquiatras, educadores, sociólogos,...) a actualizarse en la literatura relevante (APA, 2015) y a considerar las características peculiares de cada una de las diferentes etapas del ciclo de la vida en los siguientes grupos:

NIÑOS/NIÑAS

Debido a que la no conformidad de género puede ser transitoria para los niños y las niñas más pequeños/as en particular, el papel del psicólogo puede ser ayudar a apoyar a estos y estas y sus familias a través del proceso de exploración y autoidentificación (Ehrensaft et al., 2012). Además, los psicólogos pueden proporcionar información a los padres sobre las posibles trayectorias a largo plazo que los niños/as pueden tomar con respecto a su identidad de género, junto con las intervenciones médicas disponibles para los/las adolescentes cuya identificación de TNCG persiste (Edwards-Leeper et al., 2012).



ADOLESCENTES

Al trabajar con adolescentes, es importante considerar algunas condiciones que pueden guiar mejor la intervención:

- Algunos/as adolescentes pueden no tener un historial sólido de disforia de género en la infancia.
- Algunos de estos/as adolescentes pueden haber reprimido sus sentimientos de disconformidad de género por miedo al rechazo, confusión, combinación de identidad de género y orientación sexual o por una falta de conciencia de la opción de identificarse como TNCG.
- Los padres de estos/as adolescentes pueden necesitar ayuda adicional para comprender y apoyar a sus hijos.

GENTE MAYOR

La intervención con las personas mayores debe tener en cuenta sus necesidades bio-psicosociales, tanto en términos de sus contextos sociales (aislamiento/exclusión) como ofrecer apoyo en el manejo de sus experiencias psicológicas de vergüenza, culpa y transfobia interiorizada, respetando su libertad en la manera en que eligen salir del armario.

A nivel biológico, es necesario apoyar la evolución de la propia identidad o expresión de género de la persona a cualquier edad, reconociendo el hecho de que estos caminos a menudo no eran accesibles o practicables en etapas previas de su vida.



3.3 TRATAR A LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

EN RESUMEN: RECOMENDACIONES GENERALES

1. **Creer**– todas las identidades son válidas;
2. **Respetar** – no solo tolerar sino respetar la variedad de género y su expresión;
3. **Apoyar, empoderar** – crear espacios seguros, comunicar, ayudar;
4. **Proteger** – proteger las personas transgénero y fomentar el respeto por ellos, incluso en su ausencia.
 - Nunca asuma el género de una persona en función de la manera en que se viste o se expresa. A menos que esté seguro, es mejor usar un lenguaje neutral en cuanto al género o preguntar con discreción.
 - Respete el nombre preferido de la persona, incluso si es diferente del nombre de sus documentos legales.
 - Use los pronombres preferidos de la persona o el lenguaje de género y recuerde a los demás que también los usen, incluso en su ausencia.
 - Cree y respete las formas en que la persona se refiere a sí misma.
 - Si la persona desea mantener en secreto su identidad de género, no lo comente con otras personas.
 - Asegure y facilite el acceso a los baños e instalaciones de género: pregunte a las personas transgénero cuáles prefieren usar y asegúrese de que estarán seguros al usarlos.



QUÉ NOMBRE O PRONOMBRE USO?

Para algunas personas transgénero, usar el nombre de nacimiento (el nombre que se le dio cuando nació, pero que ya no usa) puede causarles ansiedad; para otras, es una parte de su historia de vida que quieren dejar atrás, por lo que hay que respetar el nombre que usa actualmente la persona. Si se conoce el nombre de nacimiento de una persona transgénero, es mejor no compartirlo sin su consentimiento: hacerlo sin su permiso es una invasión de la privacidad.

En el caso que no se sepa qué pronombre usa una persona, si existe la posibilidad, escuchar los pronombres que otros usan para dirigirse a ella puede ser una manera para saberlo. En el caso de tener que preguntar, comenzar con los propios pronombres sería un método, por ejemplo, "Soy Dan, uso pronombres él, suyo... ¿Y tu?. Una vez la persona facilite el pronombre, animar a los demás a usarlo. En el caso de utilizar el pronombre incorrecto de manera involuntaria, hay que reconocer el error, pedir disculpas y seguir (GLAAD, 2018).

DESPUÉS DE SALIR DEL ARMARIO

Revelar la identidad transgénero de uno mismo/a a alguien es profundamente personal. Se necesita confianza y coraje para hablar sobre identidad de género o transición de género. El mejor de los casos es probablemente: 1) cuestionarse qué preguntas, si las hay, son aceptables para realizarlas; y 2) reconocer que, si bien las preguntas pueden originarse en una inocente curiosidad, la persona transgénero puede optar por terminar la discusión en cualquier momento que se sienta incómoda. Esto hace que sea más fácil para que las personas transgénero puedan mantener su privacidad e integridad.



HAZ PREGUNTAS ÍNTIMAS SOLO CUANDO SEA NECESARIO

Es inapropiado preguntarle a cualquier persona, tanto cisgénero como transgénero, sobre sus genitales. Lo mismo se aplica a “la cirugía” o su estado quirúrgico, ya sean preoperatorios o postoperatorios. Si las personas transgénero quieren compartir dicha información, ellas mismas decidirán hacerlo (GLAAD, 2018).

CONOCE TUS PROPIOS LÍMITES

Si se desconoce información relevante sobre el cuidado de una persona transgénero, siempre es mejor preguntar. Hacer suposiciones o decir algo que puede ser incorrecto podría, en algunos casos, herir (GLAAD, 2018).

4. ENFOQUES TERAPÉUTICOS APLICABLES

Se estima que el 38,2% de los ciudadanos de la Unión Europea (200 millones de personas) sufren estrés emocional a causa de trastornos mentales. Entre las personas transgénero, por ejemplo, una muestra de 573 mujeres trans, el 64,2% estaban deprimidas o sufrían trastornos del estado de ánimo (n=96, 31,6%), autolesiones suicidas y no suicidas (n=50, 16,5%) y trastornos de ansiedad (n=44, 14,5%) (Reisner et al, 2016).

Estos trastornos mentales incluyen trastornos de ansiedad (14,0%), insomnio (7,0%), depresión mayor (6,9%), trastornos somatomorfos (6,3%), dependencia de alcohol y drogas (>4%), TDAH (5) en la población más joven y demencia (hasta un 30%, según la edad) (EAP, 2020). La tasa de intentos de suicidio entre las personas transgénero oscila entre el 32% y el



50% en los países europeos (Virupasha et al, 2016).

Los enfoques verbales tradicionales constituyen la mayor parte de los métodos terapéuticos y de asesoramiento utilizados en estos casos; sin embargo, también se recomiendan enfoques holísticos y basados en el cuerpo que adopten un concepto integral de la personalidad y que puedan satisfacer mejor las necesidades de las personas transgénero. Los profesionales de salud mental deben comprender las dimensiones biológicas y socio-psico-espirituales del ser humano, para prevenir el reduccionismo durante el asesoramiento y la terapia.

Las personas transgénero merecen tener acceso a una atención de salud mental de alta calidad. Tienen derecho a ser informados sobre las opciones de terapia o asesoramiento. Pueden ser vulnerables cuando buscan servicios de salud mental y existen muchos modelos, incluidos "bottom-up" (basados en el cuerpo: sensaciones, enfoque neurobiológico, consciencia de las emociones), "top-down" (basado en el cerebro: cognición, enfoque educativo...) o enfoques mixtos que pueden facilitar la intervención y la mejora de sintomatología, de acuerdo con las necesidades de las personas y los beneficios deseados.

El factor más importante en el tratamiento con personas transgénero es que el profesional de salud mental tenga un enfoque afirmativo de género, lo que significa que no cuestiona la validez de la autodeterminación de la persona transgénero ni la patologiza y que apoya a la persona a explorar los temas en terapia sin juzgar (PROUD, 2015).

4.1 ENFOQUES HOLÍSTICOS, MODELOS "BOTTOM-UP" Y "TOP-DOWN"

De los modelos "top-down", los enfoques más populares incluyen modelos humanistas:



Terapia psicodinámica: la terapia psicodinámica es una forma profunda de terapia de conversación que se basa y extiende las teorías y principios del psicoanálisis. La terapia psicodinámica no se centra específicamente en los problemas o el comportamiento, sino en dibujar una imagen de la experiencia de toda la vida de la persona, ubicando su lugar y sus relaciones con el mundo.

La persona narra su propia historia, examinando cómo sus experiencias pasadas, particularmente las de la niñez y las aprendidas en ese momento, pueden continuar influyendo en sus patrones actuales de comportamiento, emociones, elecciones y relaciones (Terapia psicodinámica, 2020).

Terapia Gestalt: En la Terapia Gestalt, desarrollada por Fritz y Laura Perls como otra alternativa al psicoanálisis, el terapeuta trabaja con la persona, principalmente a través de la conversación, explorando el aquí y ahora. El nombre alude al concepto de que el significado de la vida es más que la suma de sus partes. Las personas pueden trabajar a través de sus experiencias actuales volviéndolas a representar con el terapeuta, mientras que el terapeuta trae a la persona de regreso al momento presente. La Terapia Gestalt es un modelo sin juzgar ni patologizar que asume que los trastornos psicológicos surgen de deseos, necesidades y recuerdos ocultos que surgirán cuando la persona esté preparada para enfrentarlos y encontrar la curación (Amendt-Lyon et al., 2020).

Terapia centrada en la persona: La psicoterapia/asesoramiento centrado en la persona fue la primera terapia de conversación basada en una investigación empírica realizada por su fundador Carl Rogers. Esta terapia se concibió originalmente como no directiva y se convirtió en un modelo no jerárquico en el que el terapeuta cree en la tendencia innata de actualización de la persona para encontrar y desarrollar su propio potencial.

La terapia centrada en la persona se basa en la confianza en la



autonomía de la persona y su capacidad para curarse a sí misma cuando se encuentra con un terapeuta que le proporciona un espacio seguro. El terapeuta ofrece a su propia autenticidad (congruencia), empatía y aceptación (consideración positiva incondicional) hacia la persona. Es una terapia no patologizante, ya que cree que las creencias, emociones y acciones de las personas son respuestas razonables a sus experiencias (Wistreich, 2020).

Enfoques cognitivos y conductuales

La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Cognitivo-Conductual afectiva se pueden utilizar como modalidades de apoyo para el reentrenamiento conductual a corto plazo en respuesta a ansiedades sociales, TOC, autolesiones y otros problemas más extremos que causan, a la persona, restricciones severas en el funcionamiento diario.

La terapia Cognitivo-Conductual es una forma de psicoterapia centrada en cómo nuestros pensamientos nos afectan y como actuamos.

Es un modelo estructurado, directivo y educativo que generalmente es a corto plazo con el objetivo de cambiar las respuestas emocionales de la persona para que pueda cambiar sus comportamientos. Si bien la relación terapéutica es importante para que la terapia sea eficaz, no es el foco de atención. La TCC es un modelo educativo que utiliza el método socrático y el método inductivo. Las personas que acuden a terapia tienen que hacer ejercicios en casa.

La TCC es un término amplio que incluye la Terapia Cognitiva, la Terapia Conductual Dialéctica, la Terapia Conductual Racional, la Terapia Conductual Emocional Racional y la Terapia de Vida Racional, entre otros (National Association of Cognitive Behavioral Therapists, 2020).

Muchas personas transgénero pueden beneficiarse de enfoques



psicoterapéuticos más holísticos, “bottom-up” basados en cuerpo-mente, porque están lidiando con problemas específicos relacionados con sus sensaciones corporales, imagen corporal, cambios hormonales, experiencia física diaria y, a menudo, sienten una desconexión entre lo que creen que son y lo que el espejo o la sociedad les refleja. La integración de la teoría del apego y la neurociencia abre amplias posibilidades en las intervenciones psicoterapéuticas y de asesoramiento.

Las terapias de Artes Expresivas van más allá de los enfoques tradicionales de la psicoterapia verbal. Se enfocan en la sensibilidad y la capacidad de respuesta a las necesidades de las personas. Utilizan salidas creativas como un medio para conectarse con uno mismo, explorar las preocupaciones de uno a través del arte y encontrar diversidad y nuevas habilidades de afrontamiento a través de la autoexpresión. Estos tipos de terapia pueden ser especialmente útiles para las personas que tienen dificultades para verbalizar o conversar sobre sus experiencias, pensamientos y emociones. Las terapias de Artes Expresivas incluyen Arte Terapia, Drama Terapia, Poesía o Biblioterapia y narración de cuentos, Terapia de Juego, Musicoterapia, Terapia de percusión, Danza Movimiento Terapia... Se pueden utilizar con individuos y grupos. Pueden ayudar a las personas transgénero a descubrir y procesar problemas más profundos y a desarrollar la resiliencia.

Terapias somáticas / cuerpo-mente / Tratamiento informado del trauma

Las modalidades somáticas son terapias holísticas que involucran al cuerpo para acceder a un conocimiento más profundo al que no se puede acceder a través de una la terapia de conversación. Las terapias de trauma se enfocan en trabajar con la persona de una manera que pueda procesar con cuidado y seguridad la experiencia del trauma.

Muchas personas transgénero han experimentado traumas a través



del proceso de búsqueda y encuentro de sus identidades, y dado que sus cuerpos son fundamentales para este viaje, la terapia somática y aquella centrada en el trauma puede ayudarlos a aprender a lidiar con la complejidad de su situación.

El trauma puede comenzar como un estrés agudo debido a una amenaza vital percibida o como el producto final del estrés acumulativo. Ambos tipos de estrés pueden afectar seriamente la capacidad de una persona para funcionar con resiliencia y facilidad. El trauma puede resultar de una amplia variedad de factores estresantes como accidentes, procedimientos médicos invasivos, agresión sexual o física, abuso emocional, negligencia, guerra, desastres naturales, pérdida, trauma de nacimiento o los factores estresantes corrosivos del miedo y el conflicto continuos (Levine , 2020).

Las terapias cuerpo-mente se basan en el desarrollo del individuo. Los métodos se centran en el aprendizaje sensoriomotor y la reconfiguración de la experiencia histórica pasada, la creación de nuevas experiencias y la participación del aprendizaje neuroplástico, lo que permite el establecimiento de nuevas vías neurológicas y nuevos mapas mentales.

La psicología somática ofrece conceptos clave que incluyen:

Conexión a tierra: conexión a tierra es sentir activamente el cuerpo, sentir la conexión con la tierra y permanecer en el momento presente para disminuir la ansiedad.

Cultivar la conciencia somática: trabajar con patrones de respiración y tensión que se mantienen justo debajo de nuestra conciencia. Cuando tomamos conciencia de nuestras sensaciones físicas, creamos un cambio.

Mantenerse descriptivo: podemos profundizar en la experiencia somática de la persona, nombrando sensaciones con palabras descriptivas que revelen temperatura, movimiento, presión.



Profundización de la conciencia: Podemos profundizar la experiencia amplificando suavemente las sensaciones (patrones, tensión) que hemos notado, pero de tal manera que no sea una experiencia abrumadora.

Recursos: Podemos permitir que las personas encuentren recursos en sí mismas: recuerdos corporales de momentos en los que se sintieron seguras y fuertes. Aprender a observar y recordar las sensaciones que suceden en su cuerpo cuando se sienten tranquilas, relajadas, en paz.

Titration: esta conciencia nos ayuda a notar dónde tenemos tensión en el cuerpo. **La titration**, utilizada en Experimentación Somática (Peter Levine) y Psicoterapia Sensoriomotora (Pat Ogden y Kekuni Minton), es una forma de descargar esa tensión lenta y progresivamente, alternando nuestra atención entre sentir la angustia y sentirnos personas seguras y tranquilas.

Secuenciación: cuando liberamos la tensión, podemos sentir cambios en nuestras sensaciones y estados emocionales, respiración, etc. que nos llevan más lejos en un camino de curación.

Movimiento y proceso: las terapias somáticas analizan nuestras posturas, gestos y uso del espacio para leer la historia que el cuerpo está contando sobre nuestras experiencias.

Desarrollo de límites: centrarnos en el aquí y ahora nos permite seguir respondiendo a nuestras necesidades y desarrollar límites claros. Los límites nos permiten reconocer y decir “sí” o “no” de una manera que la persona se sienta protegida y fuerte.

Autorregulación: la neurociencia da un fundamento importante a las terapias somáticas respecto a cómo respondemos a los factores estresantes de la vida y las experiencias traumáticas.

Las investigación en este ámbito enfatiza el valor de permanecer cognitivamente encarnado en medio de grandes emociones o sensaciones.

Cuando logramos sentir nuestras sensaciones corporales, podemos



aprender a moderar nuestra intensidad emocional. (Schwartz, 2017).

Terapia somática

Los enfoques somáticos modernos incorporan la teoría polivagal, biosíntesis, bioenergética, EMDR, meditación, atención plena, neuroplasticidad y mucho más.

La teoría polivagal introdujo una nueva perspectiva sobre la relación entre el sistema nervioso autónomo (SNA) y la conducta. El SNA fue identificado como un "sistema". Se identificaron los circuitos neurales implicados en la regulación del Sistema Nervioso Autónomo y se entendió que la reactividad autonómica era adaptativa dentro del contexto de la filogenia del sistema nervioso autónomo de los vertebrados (Porges, 2007). La teoría polivagal identifica los tres circuitos del décimo nervio vago craneal (errante), que responden a circunstancias seguras, potencialmente peligrosas y que amenazan la vida (Cherland, 2012). El sistema nervioso parasimpático (supervivencia, el sistema reptil más antiguo) es un sistema pasivo de alimentación y reproducción que crea una línea de base metabólica de funcionamiento para gestionar el oxígeno y la nutrición a través de la sangre. Su vía dorsal vagal es responsable de los estados de cierre o congelación.

El sistema nervioso simpático (peligro / lucha o huida, un sistema límbico más nuevo) es un conjunto de respuestas más sofisticado que nos permite responder a la amenaza, la alimentación y la reproducción a través de las extremidades y los músculos.

El Social Engagement System (triving - el sistema más moderno) apoya el desarrollo cortical masivo, permitiendo el vínculo materno (protección extendida de los procesadores de la corteza inmadura y vulnerable) y la cooperación social (lenguaje y estructuras sociales) a través de funciones faciales.



La biosíntesis representa un enfoque holístico y humanista en psicoterapia somática. Los puntos de partida básicos para este trabajo incluyen la conexión entre la persona y el terapeuta y el reflejo mutuo de los procesos mentales y físicos. La biosíntesis confía en el potencial saludable de la persona para el crecimiento y la armonía y para hacer conexiones entre el yo interno y externo. La biosíntesis trabaja con la expresión corporal, las emociones y los pensamientos, incluidas las percepciones e imágenes internas, la sexualidad y la espiritualidad. La persona explora sus redes de relaciones con los demás, especialmente los lazos familiares más tempranos, cuyo desarrollo comienza antes del nacimiento. La biosíntesis funciona tanto simbólicamente como con el cuerpo para aprovechar estos recuerdos (Asociación Europea de Psicoterapia, 2019, Terapia de biosíntesis, 2020).

Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) El reprocesamiento y desensibilización del movimiento ocular (EMDR) es un tratamiento psicoterapéutico diseñado por Francine Shapiro, cuyo objetivo es aliviar la angustia asociada con los recuerdos traumáticos.

La terapia EMDR ayuda a las personas a acceder, procesar y resolver sus recuerdos traumáticos. La terapia EMDR ayuda a las personas a liberar el estrés y las respuestas físicas, así como a renegociar los patrones de creencias negativas. Durante la terapia EMDR, la persona recuerda el material emocionalmente perturbador en breves dosis secuenciales mientras se concentra simultáneamente en un estímulo externo dirigido por el terapeuta: los movimientos laterales del ojo.

Se pueden utilizar otros estímulos, incluidos los golpecitos manuales y la estimulación de audio. La terapia EMDR utiliza un protocolo de tres partes: (1) primero, la persona procesa los eventos pasados preocupantes vinculando los recuerdos con nueva información adaptativa; (2) los desencadenantes se desensibilizan cuando las circunstancias desencadenantes son el objetivo; (3) se incorporan



plantillas imaginarias de eventos futuros, para ayudar a la persona a adquirir las habilidades necesarias para el funcionamiento adaptativo (Instituto EMDR, 2020).

El modelo relacional neuroafectivo (The NeuroAffective Relational Model (NARM)), desarrollado por Laurence Heller, es un enfoque no directivo y no invasivo para tratar el apego, el trauma relacional y del desarrollo. Utilizando enfoques top-down and bottom-up, NARM utiliza la indagación consciente para explorar la identidad de la persona y unificar el desarrollo biológico y psicológico mientras se enfoca en rastrear la sensación sentida de la persona en el cuerpo y apoyar la regulación del sistema nervioso (Heller, 2019).

Pesso Boyden Sistema Psicomotor (PBSP) enfatiza la experiencia temprana de apego, trabajando con patrones de desarrollo. Creado en 1961 por Albert Pesso y Diane Boyden-Pesso, PBSP es el sistema terapéutico más avanzado disponible para la reeducación o reprogramación emocional. PBSP utiliza técnicas para ayudar a las personas a identificar los déficits emocionales y crear nuevos recuerdos. Estos nuevos recuerdos proporcionan una satisfacción simbólica de las necesidades básicas de desarrollo de lugar, crianza, apoyo, protección y límites. Muchos aspectos de las teorías y técnicas de PBSP tienen estrechos paralelos con los hallazgos recientes de la neurociencia sobre las neuronas espejo, la empatía, la moralidad y el impacto del lenguaje en la teoría de la mente (Pesso PBSP International LLC, 2011).

Seeking Safety (Buscando seguridad, Najavits, 2002) es un modelo basado en la evidencia que se puede utilizar en el asesoramiento grupal o individual. Fue desarrollado específicamente para ayudar a los sobrevivientes con traumas concurrentes y trastornos por uso de sustancias y, lo que es más importante, de una manera que no les pida que profundicen en narrativas de trauma emocionalmente angustiantes.



Por lo tanto, la “seguridad” es un concepto profundo con varios niveles de significado: seguridad de la persona mientras realiza el trabajo; ayudar a las personas a visualizar cómo se vería y se sentiría la seguridad en sus vidas; y ayudándoles a aprender nuevas formas específicas de afrontamiento.

La búsqueda de la seguridad permanece en el presente, enseñando una amplia gama de habilidades para afrontar con seguridad que las personas quizás nunca hayan aprendido si crecieron en familias disfuncionales o pueden haber perdido en el camino a medida que su adicción y trauma descendieron en espiral. Todas las habilidades de afrontamiento de Buscando seguridad se aplican tanto al trauma como a la adicción, al mismo tiempo, proporcionando un tratamiento que puede ayudar a impulsar la motivación y guiar a las personas a ver las conexiones entre su trauma y los problemas de adicción (Najavits, 2019).

4.2 MÉTODOS DE AUTOAYUDA, GRUPOS DE APOYO Y ASESORAMIENTO

Existen muchas modalidades que las personas trans pueden utilizar por su cuenta, tales como:

La meditación: es el enfoque de atención intencional y autorregulado para relajar y calmar la mente y el cuerpo. Se ha demostrado científicamente que la práctica de la meditación modifica varios estados físicos y psicológicos (por ejemplo, aumento del flujo sanguíneo cerebral; reducción de la actividad metabólica, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial, consumo de oxígeno y tensión muscular; disminución de los síntomas de depresión y ansiedad).

Mindfulness: es suspender el juicio y traer intencionalmente la atención a las experiencias internas y externas en el aquí y ahora. Esto puede incluir conciencia de sensaciones, pensamientos, estados corporales,



conciencia, emociones o el medio ambiente. La atención plena nos pide tener apertura a las posibilidades. Se puede practicar a través de la meditación, el movimiento, la conciencia sensorial, etc. (Edenfield, T. y Saeed, S., 2012).

El yoga sensible al trauma (TCTSY) es una intervención clínica probada empíricamente para el trauma complejo o el trastorno de estrés postraumático crónico resistente al tratamiento (TEPT). TCTSY también se basa en la teoría del trauma, la teoría del apego y la neurociencia. TCTSY utiliza los elementos principales del hatha yoga, creando formas y movimientos específicos con el cuerpo. Estas formas se practican de una manera que empodera y fortalece la relación del practicante de yoga con su cuerpo. TCTSY enfatiza la referencia de los participantes a la sensación sentida en el proceso, lo que les permite restaurar su conexión de mente y cuerpo y cultivar un sentido de agencia que a menudo se ve comprometido como resultado de un trauma (TCTSY, 2020).

Se ha demostrado que los síntomas del TEPT se reducen significativamente con la práctica del yoga, en comparación con los enfoques psicoterapéuticos y psicofarmacológicos bien investigados. El yoga puede mejorar el funcionamiento y las habilidades de afrontamiento de los individuos traumatizados porque aprenden a tolerar una variedad de experiencias físicas y sensoriales relacionadas con el miedo y la impotencia y para aumentar su conciencia emocional y tolerancia afectiva. (Van der Kolk, 2014).

Los grupos de apoyo de salud mental son otra opción para personas transgénero. Los grupos de apoyo entre pares dentro de las comunidades transgénero e intersexuales, en particular, pueden ser invaluable, especialmente en los casos en que el sistema de salud pública no brinde ayuda y apoyo sensibles y bien informados de manera adecuada. Los grupos de autoayuda pueden ser organizados por un facilitador profesional o por personas transgénero e intersexuales para aquellos que



buscan un sentimiento de pertenencia o necesitan ayuda y consejo urgente. Para alentar a los participantes a abrirse y compartir sus experiencias, los grupos deben ofrecer facilitación imparcial y sensible, seguridad y protección de los miembros, y acuerdos de confidencialidad. Los participantes están empoderados por el entorno no jerárquico y no patologizante, que también fomenta la construcción de la comunidad, la confianza, las amistades y la resiliencia colectiva. Como lo indica la Encuesta de investigación sobre las esperanzas y los miedos de las personas transgénero en la República Checa, los grupos de apoyo entre pares (no guiados por un sexólogo) obtuvieron los primeros lugares en los servicios relacionados con la transición entre los encuestados transgénero (92,2%) de satisfacción, seguido del apoyo de amigos, el sistema de salud y la psicoterapia privada: 78,4% de atención psicoterapéutica más allá de la requerida para los exámenes relacionados con la transición y 68,7% de atención psicológica durante los exámenes relacionados con la transición. (Pavlica et al., 2018).

Otras terapias y modalidades útiles basadas en el cuerpo incluyen el enfoque cuerpo-mente, la investigación compasiva, el Continuum, el Focusing, el método Hakomi, el tacto neuroafectivo, la experiencia somática, la terapia de apego somático y más. En muchas ciudades europeas, las personas pueden localizar prácticas de autoayuda como las mencionadas anteriormente con un enfoque específico en las necesidades de las personas transgénero e intersexuales.

4.3 PRINCIPIOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- Trabajando paso a paso.
- La persona conoce mejor sus propias necesidades.
- Comunicación segura y confidencial.



- Explorar opciones con respeto.
- Búsqueda de puntos de acceso a los recursos de la persona, verbalización, imaginación, creatividad, enfoques y actividades orientados al movimiento, terapia expresiva (arteterapia, dramaterapia, danzaterapia, musicoterapia, etc.).
- Aceptar y trabajar con la aprensión de la persona.

Características de un psicólogo afirmativo basado en fortalezas

- Se ha alejado del prejuicio anti-transgénero para ser consciente y sensible a la diversidad de género; valora y respeta las diferencias.
- Es consciente de la transfobia y la transnegatividad; reconoce el privilegio cisgénero.
- Es consciente de las barreras institucionales y sociales para el éxito.
- Siente comodidad con las diferencias que existen entre ellos y las personas que trata.
- Es consciente de sus valores y prejuicios personales y cómo afectan a las personas de minorías de género.
- Entiende las identidades que se cruzan; TGNC (Transgender/Gender Non-Conforming) es solo una parte de la identidad (Ervin, A. n.d.)

Hacer que los lugares de atención médica sean más accesibles para las personas transgénero

- Que se incluyan todos los géneros en los formularios de datos de salud del las personas.
- Introducir letreros de afirmación de género, obras de arte y exhibiciones de información médica en áreas de recepción y salas de examen.



- Educar a todo el personal sobre cómo afirmar la identidad de género de una persona y darles la bienvenida a todas ellas.
- Proporcionar a las personas baños unisex.
- Pregúntele a la persona transgénero qué pronombre prefiere (Selix et al, 2016.)

4.4. DOMINIOS DEL BIENESTAR

Los dominios del bienestar pueden ayudar en la práctica del asesoramiento para promover una mayor satisfacción y calidad de vida.

Existencia	Pertenencia	Adaptabili	Inclusivida	Desarrollo
Yo y mi cuerpo Cuido mi cuerpo y mi apariencia Elijo entre estilos de vida saludables y no saludables	Mi lugar en el mundo Me veo como parte del entorno de vida. Me siento una persona segura en la escuela, en el trabajo o en la calle.	La vida cotidiana Acepto mi cuerpo como es y trabajo con mis sentimientos en torno a mi apariencia. Tengo un trabajo; Soy estudiante o tengo trabajo que hacer	Integridad Cada una de mis partes es integral al todo Uso mis recursos por completo	Valor Mostrando coraje, respondo a los desafíos y sigo trabajando en mi persona. Tengo el potencial de seguir creciendo a lo largo de mi vida.



Yo como persona Soy independiente Tengo una idea de mi futuro	Mi lugar entre la gente Me valoran Los demás me valoran y me respetan Tengo amigos	Mi tiempo libre Participo en actividades deportivas y de ocio. Me encuentro con gente y paso mi tiempo libre con ellos	Integridad Incluyendo liderazgo compartido Integrando aspectos de la personalidad a través del cuerpo y la mente.	Paso de la vida Mi vida pasa hasta que se acaba
Yo y mi alma Creo en el futuro Creo que mi vida tiene sentido	Mi lugar en la sociedad Puedo cuidarme a mí mismo, a y acepto los servicios médicos y sociales. En mi tiempo libre, participo en actividades comunitarias	Viviendo independiente-mente Planeo mi trabajo Puedo manejar mis problemas	Sentido Mi vida tiene sentido y soy consciente de mi singularidad e interrelación.	Espiritualidad Soy consciente de mi conexión conmigo mismo, los demás, la naturaleza y el universo.



5. MAPEO DEL PROYECTO SWITCH DE LAS MEJORES PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS EN TRES PAÍSES SOCIOS

Apoyando el bienestar y la integración de las víctimas transgénero en entornos de atención con un enfoque holístico" (SWITCH) utilizó una entrevista orientativa en profundidad para mapear las mejores prácticas terapéuticas en los tres países socios. Los encuestados fueron terapeutas seleccionados con una larga experiencia en la prestación de servicios de terapia y asesoramiento a personas transgénero, no binarias e intersexuales en la República Checa, Italia y España.

En la entrevista participaron ocho terapeutas de la República Checa, cinco de Italia y seis de España.

El objetivo de la entrevista fue determinar las necesidades y barreras encontradas en los servicios psicológicos y psicoterapéuticos en la práctica con personas transgénero, no binarias e intersexuales en los países socios individuales.

La entrevista se compuso basándose en los 25 temas definidos en el manual "Buscando seguridad", dirigido principalmente a las personas que sufren de trauma y Trastorno de estrés postraumático (PTSD en inglés) (Najavits, 2002, 2009).

Con el consentimiento informado y una entrevista en profundidad, obtuvimos información sobre las prácticas terapéuticas en los tres países socios. La entrevista se distribuyó en inglés y en el idioma nativo respectivo de cada país (checo, español, italiano).

La información fue analizada, resumida y evaluada. A pesar del pequeño número de encuestados y el potencial de inexactitud lingüística, las



respuestas son un indicador cualitativo importante para las buenas prácticas, proporcionando una gama de experiencias y recomendaciones de los terapeutas.

La información resultante se puede utilizar para mejorar las metodologías y estándares terapéuticos para trabajar con personas transgénero, no binarias e intersexuales en los países individuales y como inspiración para futuros trabajos de investigación. Además, los datos también pueden servir para fines educativos y de desarrollo. Un resumen detallado de cada país participante está disponible como Apéndice 1.

Principios generalmente corroborados de buenas prácticas terapéuticas y de asesoramiento en los tres países socios:

- Enfoque integral, respetuoso y no jerárquico, atendiendo a las personas de forma ética.
- Educación y sensibilización de expertos y personas transgénero y otras.
- Aplicación de principios éticos para todas las personas; no patologizante, desestigmatización.

SELECCIÓN DE LOS TEMAS MÁS IMPORTANTES EN LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA

Los temas más comunes encontrados por los terapeutas en su práctica, en orden jerárquico:

Tabla 2

España	Italia	República Checa
Relaciones interpersonales sanas	Dolor emocional	Seguridad, confianza y apoyo de los demás
Pedir ayuda	Crear significado y suposiciones	Dolor emocional
Dolor emocional	Relaciones saludables	Relaciones saludables



Cuidarse y cuidar su salud	Pedir ayuda	Aceptación de familiares, amigos y escuela.
Recursos comunitarios y	Honestidad	Aceptación por la sociedad y en el trabajo
Descubrir y explorar	Integración del yo dividido	Preocupaciones por no haber entendido la propia identidad
Desencadenantes	Aceptación de familiares, amigos y escuela.	Saliendo
Respetar los propios tiempos	Apariencia	Disforia física y apariencia
Disforia física y apariencia	Aceptación por la sociedad	Considerando la transición oficial
Considerar la transición oficial	Soledad, posibilidades de socializar	Estrés en el espacio público
Aceptación en el trabajo	Estereotipos y expectativas de los demás	Estrés por situaciones sociales

Aceptación por la sociedad	Orientación sexual / asexualidad	
Preocupaciones por no haber entendido la propia identidad	Depresión y ansiedad	
Intervenciones quirúrgicas	Preocupaciones por no haber entendido la identidad de uno	
Saliendo del armario y aceptación por familiares y amigos	Estrés por situaciones sociales	
Posibilidades de socializar, soledad	Cumplir roles sociales binarios de hombres / mujeres	
Estereotipos y expectativas de los demás		



Problemas en el trabajo, conseguir empleo		
Discriminación en el trabajo y otras esferas de la vida		
Impacto de la terapia hormonal en la salud mental		

Los temas menos comunes encontrados por los terapeutas fueron la fe versus identidad, divorcio obligatorio, adicciones y problemas intersexuales.

Las barreras psicológicas, biológicas, ambientales y sociales, así como las laborales y económicas varían según el grupo de edad y las necesidades vitales de los individuos. Los temas generales relevantes para las personas en los tres países caen dentro del ámbito de las barreras biológicas relacionadas con la prevención de enfermedades y complicaciones o riesgos de salud.

La baja autoestima y la autoconfianza y estrés minoritario son las barreras psicológicas más comunes, junto con los estereotipos y prejuicios y la integración del cuerpo y la mente. También el apoyo psicológico inaccesible, falta de terapeutas cubiertos por un seguro médico. Falta de formación especializada para expertos, educación para las familias, en el lugar de trabajo y en las escuelas, escasa concienciación. Las barreras en el medio ambiente y la sociedad se definieron como la falta de información y educación, discriminación y violencia.

Las barreras en la esfera económica-laboral incluían prejuicios, condiciones laborales discriminatorias, oportunidades desiguales y requisitos legislativos durante la transición.

Los riesgos relacionados con la salud mental se manifiestan principalmente en las siguientes áreas:



España: Depresión; frecuentes cambios de humor, sentimientos de desesperación, miedo al rechazo, miedo a la imposibilidad de crear relaciones saludables con los demás, efectos del acoso, autolesión y pensamientos de autolesión, comportamiento suicida, ansiedad, somatización, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, desconfianza en la sociedad, resistencia y rechazo por parte de la sociedad mayoritaria, aislamiento.

República Checa: El estrés por necesidades insatisfechas se manifiesta principalmente en la depresión; ansiedad (especialmente ansiedad social); sentimientos repetitivos de desesperación; cambios de humor; pensamientos compulsivos que resultan en rituales similares al TOC. Alguna mención de los trastornos alimentarios; autolesiones; somatización; ira y agresión; abuso de alcohol y drogas. También se mencionan los problemas de relación, la permanencia en relaciones disfuncionales, el aislamiento social y la soledad. Riesgo de diagnóstico erróneo (por ejemplo: trastorno límite de la personalidad).

Italia: Ansiedad, somatización, depresión, cambios de humor frecuentes, desregulación emocional, sentimientos de desesperación, miedo al rechazo, sentimiento de otredad, estigmatización, autolesión y pensamientos de autolesión, comportamiento suicida, abuso de sustancias y del juego, desconfianza en la sociedad, resistencia y rechazo por parte de la sociedad mayoritaria, y aislamiento.



Conclusión

El difícil contexto de la incongruencia de género, la transición y el reconocimiento legal del género en Europa (y más allá) requiere una introducción en profundidad a los conceptos actuales y una comprensión de los antecedentes teóricos y prácticos de una atención bien informada y de alta calidad.

La clave para el bienestar de la población transgénero e intersexual no solo reside en el estado del panorama europeo. El objetivo de este informe de Pautas Básicas es navegar por el contexto y proporcionar un terreno común para las actividades posteriores en el marco del Proyecto SWITCH (Apoyo al bienestar y la integración de las víctimas transgénero en entornos de atención con un enfoque holístico).

El alcance del proyecto abarca tres países participantes, cuyos expertos cooperaron en el Informe, sin embargo, proporciona una referencia relevante y valiosa para quienes trabajan con personas transgénero e intersexuales en otras partes de Europa y más allá.

Las herramientas de terapia y la metodología descritas en este documento están pensadas como un recurso para educar aún más a los proveedores de atención médica sobre cómo adoptar un enfoque sensible e imparcial para la atención de personas trans.

Estos servicios de salud suelen ser la puerta de entrada al reconocimiento legal de género de las personas transgénero y la afirmación social de su verdadera identidad. Con una atención médica respetuosa y trans-informada, los proveedores pueden contribuir a ayudar a las personas transgénero a llevar una vida segura y digna.

Además de los especialistas en salud y salud mental, este informe puede servir como un recurso para educadores y legisladores, teniendo así



implicaciones más amplias en la esfera del reconocimiento de género y los derechos de las personas transgénero e intersexuales.

APÉNDICE - MAPEO DE LAS MEJORES PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS EN TRES PAÍSES SOCIOS

REPUBLICA CHECA

El proyecto SWITCH solicitó a cinco consejeros / terapeutas profesionales de la República Checa que brindan servicios de asesoramiento y psicoterapia a personas de la comunidad transgénero / no binaria / intersexual.

El número de personas de los de cada profesional varió, desde pocas hasta varias docenas. Los hombres transgénero son más frecuentes y predominaron levemente sobre las mujeres transgénero. Había muy pocas personas no binarios, casi ninguna, y los profesionales no habían visitado personas intersexuales.

Los métodos terapéuticos utilizados con estas personas fueron variados, pero nadie trabajó dentro de un solo modelo; los terapeutas a menudo tenían un enfoque diversificado. Algunos encuestados (dos) utilizaron modelos psicoanalíticos o psicodinámicos, no usaron arteterapia; otro utiliza psicoterapia humanista, y el resto trabajó con varios métodos, incluida la terapia de psicodrama y la terapia orientada al cuerpo. Un solo experto brindó asesoramiento en línea, sin servicios de terapia.

Todos los profesionales obtuvieron datos sobre las personas que visitaron principalmente a través de entrevistas, con menos frecuencia utilizando herramientas formales. La comunicación abierta se consideró más



importante, junto con un enfoque no directivo y respetuoso. Los estándares éticos mencionados con más frecuencia incluyeron: dirigirse a la persona usando su nombre y género preferido, estar abierto a cualquier cambio y desarrollo relacionado con el nombre y género preferido, no patologizar el tema de ser transgénero.

Los temas que las personas transgénero trajeron con más frecuencia a la consultoría/terapia fueron la seguridad, el apoyo de otros, el establecimiento de límites en las relaciones, el dolor emocional, la comunidad y las fuentes comunitarias. La adicción, por el contrario, era el tema menos común.

La lista de 25 temas principales se define en el manual "Buscando seguridad", que se enfoca en trabajar con trauma y PTSD.

La siguiente parte de la entrevista preguntó específicamente sobre temas relacionados con personas identificadas como transgénero, no binarios e intersexuales. El tema más frecuente fue "aceptación por parte de amigos y familiares", seguido de salida del armario, aceptación en la sociedad checa, estrés en los espacios públicos, aceptación en el trabajo, preocupaciones acerca de la incompreensión de su identidad, disforia física; problemas en torno a su apariencia física, considerando la transición oficial; y el tema de la terapia hormonal y sus efectos en la salud mental.

El tema menos común fue el tema de la identidad intersexual, seguido del divorcio obligatorio y la fe versus la identidad. La lista de temas anterior se basa en la experiencia contenida en el informe final Preocupaciones y deseos de las personas transgénero y en las prácticas de Transparent z.s.

Todos los expertos coincidieron en que las necesidades y requisitos de las personas difieren en las distintas etapas de la vida. Los niños y adolescentes se enfrentan principalmente a la aceptación por parte de sus padres y en la



escuela.

Los adultos enfrentan problemas principalmente con las relaciones laborales y familiares y la adaptación a un nuevo rol en la vida. Los encuestados declararon que no tenían experiencia con personas mayores.

Uno señaló que para las personas mayores existe un alto riesgo de soledad y la necesidad de servicios especiales para las personas mayores (y el riesgo de que no sean respetados), así como el contacto con compañeros con experiencias similares.

Según los expertos, el estrés a largo plazo por no satisfacer las necesidades de las personas transgénero pueden manifestarse en lo siguiente: depresión, ansiedad (especialmente ansiedad social), sentimientos repetitivos de desesperación, cambios de humor o pensamientos obsesivos que conducen a rituales similares a aquellos con TOC. Algunos mencionaron trastornos de la alimentación, autolesiones, manifestaciones somáticas, ira y agresión, abuso de alcohol y drogas. También discutieron sus problemas de relación, como mantener relaciones no funcionales, aislamiento social y soledad.

Una persona encuestada afirmó que a algunas personas se les diagnosticó un trastorno límite de la personalidad, pero que los síntomas que justificarían dicho diagnóstico, en opinión del médico, probablemente fueran una "consecuencia de la frustración, el miedo y la tensión a largo plazo".

Algunas conclusiones de los profesionales checos relacionados con el trabajo con personas transgénero, no binarios e inter-sexuales:

"Para la gran mayoría de las personas, es fundamental tener la opción de ir a una terapia abierta y que se los acepte, lo que les permite establecer los límites de la terapia ellos mismos y estar cubiertos por su plan de seguro. Todos, especialmente las personas más jóvenes, agradecerían el apoyo de sus relaciones familiares".

"Los servicios especializados que se les proporcionan (sexología, aunque también se cubre la endocrinología) tienen sus raíces principalmente en un



enfoque puramente médico que es normativo y obsoleto, incoherente y, por lo tanto, incontrolable. Carecemos de apoyo profesional y terapéutico asequible (no solo financieramente)".

"No existe un discurso de expertos que pueda crear un ambiente amigable (las reacciones de los expertos también son normativas, no importa cuán bien intencionadas sean y, por lo tanto, degradantes)".

ITALIA

El proyecto SWITCH encuestó a cinco consultores / terapeutas profesionales de Italia que brindan servicios de asesoramiento y psicoterapia a personas de la comunidad transgénero / no binaria / intersexual.

El número de personas que los profesionales visitaron de manera individual varió, desde varias hasta veinte o treinta. Las personas más frecuentes fueron los hombres transgénero, que predominaron levemente sobre las mujeres transgénero.

Había muy pocas personas no binarios, casi ninguna, y los practicantes no tenían ninguna experiencia con ellos. Los profesionales tenían menor experiencia con personas intersexuales.

Los métodos terapéuticos utilizados con estas personas fueron variados, pero nadie trabajó dentro de un solo modelo; los terapeutas a menudo tenían un enfoque diversificado.

Algunos profesionales (3) utilizaron principalmente el trabajo con psicoterapia familiar dentro de un enfoque sistémico o psicodinámico. Algunos mencionaron Psicoterapia corporal, terapia de arte e imaginación, meditación guiada, trabajo con emociones, dramaterapia (psicodrama y juego de roles), psicoterapia narrativa, enfoques de psicología positiva y mediación familiar.

Todos los profesionales obtuvieron datos sobre las personas que acudían



a ellos principalmente a través de entrevistas, con menos frecuencia utilizando herramientas formales. Se utilizaron herramientas para identificar problemas mentales más graves y riesgo de suicidio, y métodos proyectivos (dibujo de personajes, familia).

Un profesional mencionó el seguimiento de los registros médicos y el uso de una entrevista estructurada inspirada en Kernberg. Un profesional afirmó que cuando se requerían psicodiagnósticos más allá del alcance de la entrevista clínica, se utilizaban pruebas centradas en la estructura de la personalidad, en particular el cuestionario integral MMPI II. Sin embargo, uno de los otros terapeutas mencionó que no usaba MMPI, porque en su opinión, el índice de masculinidad en el cuestionario no era adecuado y debería revisarse. Uno de los terapeutas afirmó que cooperan con un psiquiatra cuando necesitan una evaluación más detallada del estado mental de la persona.

En particular, un profesional destacó literatura específica sobre trauma (Michele Giannantonio, 2003-2009, v.)

Da Giannantonio, M. (2009). Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi. Turín: Centro Scientifico Editore).

Dos terapeutas informaron que utilizaron la versión italiana de las recomendaciones de la Asociación Americana de Psicología para trabajar con personas transgénero

APA, 2015: Pautas para la práctica psicológica con personas transgénero y no conformes con el género. American Psychologist, 70 (9), 832 -864. [Http://dx.doi.org/10.1037/a0039906](http://dx.doi.org/10.1037/a0039906)

Las recomendaciones se han traducido al italiano y están disponibles en <https://www.psicamp.it/index.asp?page=psicologia-transgender-linee-guida>

Las recomendaciones más importantes para trabajar con personas transgénero fueron:

La necesidad de una formación especializada en el trabajo con



personas LGBT+ para los profesionales sanitarios y otras disciplinas, la interconexión de los servicios necesarios y la interconexión asistencial. Cultivar una relación con las comunidades LGBT+ para superar los prejuicios sociales y las defensas de las personas LGBT+. Centrarse en las posibles barreras para acceder a la atención, en cuestiones de posible discriminación y violencia.

Los principales principios éticos mencionados fueron: la observancia de las mismas reglas éticas que cuando se trabaja con cualquier otra persona, la escucha y el respeto sensibles, el no juzgar, los problemas transgénero no patologizantes (pero la detección oportuna de posibles trastornos mentales), adherencia a los principios éticos de la APA.

En el cuestionario, los profesionales indicaron que los siguientes temas aparecen con mayor frecuencia cuando se trabaja con personas transgénero:

- Dolor emocional
- Significados y supuestos
- Relaciones saludables
- Pedir ayuda
- Sinceridad
- Reintegrar un yo dividido

Los temas menos mencionados fueron la adicción, el apoyo de otros (otros en recuperación), el trastorno por estrés postraumático, las indicaciones de seguridad y peligro.

La lista de 25 temas principales se define en el manual "Buscando seguridad", que se enfoca en trabajar con trauma y PTSD.

En otro cuestionario, centrado específicamente en los temas de personas transgénero, no binarios e intersexuales, los temas más comunes fueron los siguientes (de arriba a abajo, de más a menos frecuentes):

- Aceptación de familiares, amigos, escuela
- Apariencia física



- Aceptación social
- Soledad, necesidad de socialización
- Estereotipos y expectativas sociales
- Orientación / asexualidad sexual
- •Depresión y ansiedad
- Miedos en torno a otros que no comprenden la identidad
- Estrés de situaciones sociales
- Cumplir el rol de hombre / mujer

Los temas menos mencionados fueron el divorcio obligatorio y la fe versus la identidad. La lista anterior se basa en la experiencia contenida en los informes finales de preocupaciones y deseos de las personas transgénero y las prácticas de Transparent z.s.

También se mencionaron los temas de despersonalización y tiempo / adaptación a un nuevo rol.

Las necesidades psicológicas tanto de las mujeres transgénero como de los hombres transgénero incluyen apoyo en el proceso de transición, adaptación a un nuevo rol, apoyo cuando se sienten temerosos o dudosos de su "nuevo cuerpo" o nueva sexualidad. Apoyo en la integración de la psique y el cuerpo, ayuda en la desconfianza de los demás y la superación de experiencias traumáticas provocadas por conflictos con los seres queridos (padres y familia). En los hombres transgénero, apoyo para "sentirse como un hombre" a pesar de sus ciclos menstruales en curso y otros procesos fisiológicos. Las personas no binarias necesitan apoyo, especialmente para anclarse en el propio esquema, para apoyar su definición de identidad que la sociedad no tiene en cuenta. Los terapeutas generalmente no tienen suficiente experiencia con las necesidades psicológicas de las personas intersexuales. Todos los grupos mencionaron la necesidad de escuchar y apoyar.

Con respecto a las necesidades pedagógicas especiales, aparece la necesidad de apoyar a las personas transgénero para restaurar la confianza



en otras personas y para apoyar la autoconciencia y aumentar la autoconfianza.

Animarles a no percibir su rol como hombres / mujeres de acuerdo con las expectativas y prejuicios del entorno, sino de acuerdo con ellos mismos. También se menciona la educación del entorno de las personas transgénero.

Con respecto a las personas no binarias e intersexuales, la sociedad casi no tiene información. Las necesidades económicas y laborales más comunes son la exigencia de condiciones de trabajo no discriminatorias, la cuestión de la búsqueda de empleo y la falta de oportunidades laborales, y la cuestión de la prostitución entre mujeres / hombres transgénero.

Se identificaron las siguientes como barreras y áreas críticas:

1. Barreras físicas / biológicas para las personas transgénero: enfermedades previas que complican la transición, transición definida solo por aspectos físicos, personal médico y atención mal capacitados, rechazo o incomprensión por parte del personal médico y desconfianza y rechazo de la atención médica. También se observaron rasgos corporales y marcadores biológicos que determinan el género.

2. Barreras psicológicas para las personas transgénero: confrontación de la sociedad y sus expectativas, sentirse amenazado, prejuicios hacia las personas transgénero (y desconfianza social hacia las personas transgénero), experiencias de discriminación, estigma, vergüenza, soledad, dolor emocional. Sensación de estar incompleto, sensación de que no se los percibe como un "verdadero hombre / mujer". Temas de paternidad-maternidad y reproducción, estereotipos internalizados. Para las personas no binarias, falta de conciencia de los problemas de la sociedad, incomprensión, lucha con los requisitos para definir su género, depresión y frustración.

3. Barreras en el ámbito laboral / profesional: discriminación de las personas transgénero en las condiciones generales de trabajo, prejuicios,



discriminación por el proceso de transición en curso, más difícil de lograr económicamente/ independencia financiera, dificultad para encontrar trabajo correspondiente a la educación y la experiencia de uno.

4. Barreras en la sociedad: en general, entornos menos tolerantes y desinformados, incluidos los profesionales de la salud, así como obstrucciones oficiales a la transición, retraso en el reconocimiento legal de la identidad, malentendidos, discriminación y prejuicio, falta de información, intolerancia o falta de comprensión con respecto a personas no binarias.

Todos los expertos coincidieron en que las necesidades y requisitos de los personas difieren en las distintas etapas de la vida.

Las criaturas se ocupan principalmente de la aceptación por parte de sus padres y en la escuela; la educación de padres y educadores es necesaria. Durante la infancia también necesitan apoyo para la auto aceptación.

En la etapa adolescente, se enfrentan los problemas de los bloqueadores hormonales tempranos en la adolescencia y el inicio del proceso de transición, la socialización y las relaciones con sus pares, la necesidad de encontrar "su" grupo, sentimientos de culpa e incapacidad para estar a la altura de las expectativas de la sociedad y el medio ambiente, sentimientos de rechazo.

Durante la adolescencia necesitan orientación para establecer límites en las relaciones, apoyar sus identidades y establecer relaciones entre la persona y el terapeuta.

En la etapa adulta se enfrentan problemas principalmente con vivir la vida al máximo, la autorrealización, la aceptación en la sociedad, la confirmación de su identidad y la comprensión de "quién soy". Según uno de los expertos, también hay jóvenes que por presiones familiares no han podido trabajar con sus identidades y solo requieren un "certificado de disforia de género" sin acceder al trabajo psicoterapéutico. Los profesionales informaron una falta de experiencia con personas mayores. Sin embargo, señalaron la



necesidad de mejorar la reputación de las personas transgénero mayores, para apoyarlas en sus elecciones y decisiones basadas en sus necesidades y no en las expectativas de la sociedad. Debido a la edad, las personas mayores pueden sentirse menos atadas por las reglas en las que vivieron sus vidas anteriores y deciden cambiar.

Según los expertos, el estrés a largo plazo por no satisfacer las necesidades de las personas transgénero puede manifestarse en lo siguiente: ansiedad, somatización, estados depresivos, cambios de humor frecuentes, desregulación emocional, sentimientos de desesperanza, miedo al rechazo, sentimiento de alteridad, estigmatización, autolesión o pensamientos al respecto, comportamiento suicida. Abuso de sustancias y del juego. Desconfianza en la sociedad, desafío y rechazo de la sociedad mayoritaria, aislamiento.

Finalmente, los comentarios de los expertos incluyeron un énfasis en la necesidad de trabajar con las familias de las personas transgénero y su aceptación, comprensión y no patologización de las identidades transgénero.



ESPAÑA

El proyecto SWITCH solicitó a seis consultores/ terapeutas profesionales de España que brindan servicios de asesoramiento y psicoterapia a personas de la comunidad transgénero / no binaria / intersexual.

El número de personas con las que los profesionales intervinieron varió, desde pocos hasta varios cientos. Las personas fueron las más frecuentes fueron, predominando ligeramente los hombres transgénero sobre las mujeres transgénero.

Las personas no binarios tenían un número significativamente menor o los profesionales no tenían ninguna experiencia con ellos. Las personas consultadas tenían menor experiencia con personas intersexuales.

Los métodos terapéuticos utilizados con estas personas fueron variados, pero ninguno funcionó dentro de un solo modelo; los terapeutas se esforzaron por adoptar un enfoque diversificado. La mayoría de las personas terapeutas (4) utilizaron principalmente un enfoque cognitivo-conductual, otras (3) mencionaron también la psicoterapia gestáltica. Se mencionaron la psicoterapia narrativa y la mediación familiar. En dos casos se mencionó la psicoterapia afirmativa LGBT +.

Todos los profesionales obtuvieron datos sobre las personas TI principalmente a través de entrevistas, con menos frecuencia utilizando herramientas formales. Algunas de las herramientas mencionadas se utilizan para identificar problemas mentales más graves (por ejemplo, BDI) o riesgo de suicidio, cuestionarios centrados en la relación y las actitudes (Cuestionario de apego para adultos, Escala de creencias y actitudes de TREC).

Dos profesionales citaron a la Asociación Mundial Profesional de Estándares de Atención de Salud Transgénero para la salud de personas transexuales, transgénero y no conformes con el género (guía de estándares de atención de WPATH, disponible en



<https://www.wpath.org/publications/soc>), como el principal recurso de información. Publicaciones sobre trabajo psicoterapéutico (por ejemplo, Theory of Personal Constructs, Kelly, 1995 o Rational Emotive Behavioral

También se señalaron la Therapy, de Lega, Sorribes, Calvo, 2017. Se hizo referencia a la legislación de 2007 relativa al reconocimiento legal de género y al cambio de nombre.

Las recomendaciones más importantes para trabajar con personas transgénero fueron:

Manteniendo un enfoque integral, no directivo y respetuoso. Los terapeutas deben ser conscientes de sus propios patrones de creencias y actitudes hacia las personas LGBT +, y deben descentralizar la heteronormatividad en su enfoque. Escuchar activamente y abstenerse de la evaluación tanto como sea posible. La necesidad de capacitar a los profesionales de la salud y otros campos sobre cómo trabajar con personas LGBT +, el trabajo en red entre los servicios necesarios y la interconexión de la atención.

Los principales principios éticos mencionados fueron: mantener las mismas reglas éticas que cuando se trabaja con cualquier otra persona, dirigirse a la persona por su género preferido y, sobre todo, abstenerse de patologizar las cuestiones transgénero.

En el cuestionario, los profesionales indicaron que los siguientes temas aparecen con mayor frecuencia cuando se trabaja con personas transgénero:

- Relaciones saludables
- Pedir ayuda
- Dolor emocional
- Cuidarse bien a sí mismo y a su salud
- Recursos de la comunidad
- Descubrir y explorar
- Hacer frente a los desencadenantes



- Respetar el propio tiempo

Los temas menos comunes fueron significados y suposiciones, trastorno de estrés postraumático, adicción y cambio de pensamiento. La lista de 25 temas principales se define en el manual "Buscando seguridad", que se enfoca en trabajar con trauma y PTSD.

En otro cuestionario, centrado específicamente en los temas de personas transgénero, no binarios e intersexuales, los temas más comunes fueron los siguientes (de arriba a abajo de más a menos frecuente):

- Disforia corporal y el tema de la apariencia
- Considerando la transición oficial
- Aceptación en el trabajo
- Aceptación por la sociedad
- Preocupaciones relacionadas con que no se comprenda y acepte la identidad de la persona.
- Cirugías y su calidad
- Salida y aceptación
- Aceptación por familiares y amigos
- Posibilidades de socialización, soledad
- Estereotipos y expectativas sociales
- Problemas en el lugar de trabajo / encontrar trabajo
- Discriminación
- Trabajo y otras esferas de la vida
- Preocupaciones sobre la aceptación en el trabajo
- Terapia hormonal y su efecto sobre la condición mental

El tema menos común fue la intersexualidad, seguido del divorcio obligatorio y la fe versus la identidad. La lista anterior se basa en la experiencia contenida en los informes finales Preocupaciones y deseos de las personas transgénero y en las prácticas de Transparent z.s.



Entre otros temas mencionados por los encuestados estaban: "Ira por haber nacido así", tristeza y sentimientos de injusticia, transición a una edad posterior, aceptación por parte de la familia, incluidos los abuelos, problemas en el ambiente escolar, búsqueda de pareja y desacuerdos y relaciones y terapia de pareja. Los padres de criaturas transgénero a menudo buscan explicaciones biológicas.

Las necesidades psicológicas tanto de las mujeres transgénero como de los hombres transgénero incluían la aceptación de la propia identidad y el propio cuerpo, apoyo para salir del armario en la familia y en el trabajo, para superar el miedo al rechazo, problemas de paternidad-maternidad, lucha contra los prejuicios públicos (mujeres transgénero asociadas a la prostitución) y discriminación, búsqueda de parejas románticas / sexuales, amistades, realización personal.

También, el tema de la depresión, ansiedad, fobia social, autolesiones, transfobia internalizada. Para las personas no binarias, las necesidades se centraban en el apoyo, especialmente en no ser reconocidos por la sociedad, no ser reconocidos y visibles sus necesidades, anclar en el propio esquema, encontrar el propio camino, apoyar en el manejo de la frustración y trabajar con las emociones.

Se observó que los terapeutas no suelen tener suficiente experiencia con las necesidades psicológicas de las personas intersexuales.

Se informó que la educación sobre las identidades transgénero es necesaria, en particular la necesidad de educar al personal pedagógico, los estudiantes y los profesores, y enseñar a la sociedad a no estigmatizar y patologizar a las personas transgénero. La educación orientada a las personas transgénero debe centrarse en particular en hacerlas conscientes de sus derechos y oportunidades. Existe una necesidad específica de educar a la sociedad sobre las identidades no binarias e intersexuales, incluidos los profesionales de la salud y la educación.



Las necesidades económicas y laborales más habituales de los encuestados eran la falta de estigmatización en la búsqueda de empleo y las entrevistas laborales, como también unas condiciones laborales seguras y no discriminatorias. Se deben cambiar las condiciones para el cambio formal de nombre e identidad, las reglas vigentes se consideraron discriminatorias. La cuestión de las personas no binarias debería incluirse en los documentos legales. Otras necesidades incluyeron la necesidad de comprensión, la posibilidad de autodeterminación de género y profesionales más capacitados que trabajen con este tema.

Se identificaron las siguientes como barreras y áreas críticas:

1. Barreras físicas / biológicas para las personas transgénero - falta de vigilancia y prevención de la salud, enfermedades previas que complican la transición, personal médico mal capacitado y atención condicionada a la transición. Problemas de salud relacionados con el uso de hormonas. Baja calidad de los procedimientos quirúrgicos.

2. Barreras psicológicas: baja autoconfianza, estrés de las minorías, sentirse amenazado, vivir en una sociedad con prejuicios contra las personas trans (y desconfianza hacia las personas transgénero en la sociedad), miedo al rechazo, experiencia de discriminación, sentirse incompleto, preocupaciones sobre los efectos de las hormonas en la psique. En las mujeres transgénero, experiencia con la degradación del objeto del deseo sexual, atribuyéndole el rol de prostituta, los hombres transgénero no son considerados "hombres de verdad". Problemas de paternidad-maternidad y reproducción. Estereotipos internalizados. Para las personas no binarias, falta de conciencia de los problemas de la sociedad, experiencia de malentendidos.

3. Barreras en la esfera laboral / profesional: peores condiciones para ingresar al mercado laboral, falta de estabilidad laboral, apoyo insuficiente en la educación y potencialmente el abandono escolar que lleva a una



posición más difícil en el mercado laboral, el efecto en las oportunidades laborales o discriminación en torno al proceso de transición y el cambio de documentos legales y nombres de las personas transgénero, transfobia social.

4. Barreras en la sociedad: condiciones legales de transición; por ejemplo, el requisito de dos años de uso de hormonas antes de que una persona pueda cambiar oficialmente su nombre y documentos, cirugía no cubierta por el seguro médico, la duración de todo el proceso y procedimientos legales. En entornos intolerantes y desinformados, especialmente fuera de las grandes ciudades, las personas transgénero son degradadas e incomprendidas.

Todas las personas expertas consultadas coincidieron en que las necesidades y requisitos de las personas difieren en las distintas etapas de la vida. En la infancia, los profesionales se ocupan principalmente de la aceptación por parte de los padres y de la escuela; la educación para padres y educadores es necesaria. Les adolescentes enfrentan los problemas de los bloqueadores hormonales tempranos en la adolescencia y el inicio del proceso de transición, la atención médica adecuada, la comunicación y la aceptación de los padres, la socialización y las relaciones con sus grupo clase, las autolesiones y la conducta suicida.

Los adultos enfrentan problemas principalmente con el apoyo en el mercado laboral, la aceptación en el trabajo y el apoyo de amigos, y principalmente la atención médica y la posibilidad de hacer la transición independientemente de la edad y problemas emergentes de discriminación y legislación insuficientemente aplicable contra la intolerancia y la discriminación. Las personas mayores tienen un alto riesgo de soledad, no hay suficiente información sobre este tema dentro de los servicios para personas mayores (y el riesgo de no respetar su identidad y necesidades), y que el tratamiento hormonal y quirúrgico debe estar disponible independientemente de la edad. Se debe prestar atención a las mujeres transgénero ancianas que tienen antecedentes o están activamente



involucradas en la prostitución.

Según los expertos, el estrés a largo plazo por no satisfacer las necesidades de las personas transgénero puede manifestarse en lo siguiente: estados depresivos, cambios de humor frecuentes, incapacidad para experimentar la felicidad, sentimientos de desesperanza, miedo al rechazo, miedo a la incapacidad para formar relaciones funcionales con las personas, expresión de los efectos del acoso, autolesión o considerar autolesión, comportamiento suicida. También se mencionaron ansiedad, somatización, abuso de sustancias, trastornos alimentarios / problemas con la ingesta de alimentos, así como desconfianza hacia la sociedad, desafío y rechazo a la sociedad mayoritaria, aislamiento.

Finalmente, los comentarios de los expertos incluyeron un énfasis en el respeto hacia las personas transgénero, el apoyo a la formación continua de los expertos en las profesiones del cuidado con respecto al tema y el apoyo al mejoramiento de la calidad de vida de las personas transgénero, una expresión de apoyo para ellas y sus familias y la necesidad de promulgar cambios legales para garantizar sus derechos y su dignidad.



REFERENCIAS

1. ACA ALGBTIC Transgender Committee. (2009) ALGBTIC Counseling Transgender Clients. Retrieved November 10, 2020, from https://www.counseling.org/Resources/Competencies/ALGBTIC_Competencies.pdf
2. Amendt-Lyon, N., Spagnuolo Lobb, M. (n.d.). Description of Gestalt Therapy. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.eagt.org/joomla/index.php/2016-02-25-13-29-31/de-scription-of-gt>
3. American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. American Psychologist, 70(9), 832-864.
i. doi.org/10.1037/a0039906
<https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>
4. Amnesty International. (2014). The State Decides Who I Am, Lack of Legal Recognition for Transgender People in Europe, retrieved November 10, 2020 from <https://www.amnesty.eu/wp-content/uploads/2018/10/the-state-decides-who-i-am.pdf>
5. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. (2016). Promoting and Protecting Human Rights in relation to Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. ISBN 978-0-9942513-7-4.
6. Carlström, R., Ek, S., & Gabrielsson, S. (2020). 'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff. Scandinavian Journal of Caring Sciences.



7. Center for Trauma & Embodiment at Justice Resource Institute, About. (n.d.). Retrieved November 10, 2020, from <https://www.traumasensitiveyoga.com/about>



8. Chapman, R., Zappia, T., & Shields, L. (2012). An essay about health professionals' attitudes toward lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking healthcare for their children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 333-339.
9. Cherland E. (2012). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4).
10. Edenfield, T., & Saeed, S. (2012). An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500142/>
11. Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of homosexuality*, 59(3), 321-336.
12. Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of homosexuality*, 59(3), 337-356.
13. Galop (n.d.). Transphobia. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.galop.org.uk/transphobia/>
14. GLAAD (2018). Transgender FAQ. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.glaad.org/transgender/transfaq>
15. Institute, Inc. (2020) What is EMDR? Retrieved November 10, 2020, from <https://www.emdr.com/what-is-emdr/>



16. Intersex Society of North America (n. d.). What is intersex? (n.d.). Retrieved November 10, 2020, from https://isna.org/faq/what_is_intersex/



17. Ervin, A. (n.d.). The Ethics of Working with Ground Rules Transgender and Gender. Retrieved November 10, 2020, from https://cdn.ymaws.com/www.papsy.org/resource/collection/C954A5EF-F25C-4505-A0EA-25C6047A068D/W16_Ethics_of_Transgender.pdf
18. Fausto-Sterling, Anne (2000). Sexing the Body: Gender Politics and Construction of Sexuality. New York: Basic Books.
19. European Association for Psychotherapy. (2019). Biosynthesis Therapy. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.europsyche.org/approaches/biosynthesis/>
20. Heller, L. (2019). Introduction to the NeuroAffective Relational Model [NARM]. Retrieved November 10, 2020, from <https://drlaurenceheller.com/narm-introduction/>
21. Heller, L. (2019). What is NARM? Retrieved November 10, 2020, from <https://narmtraining.com/what-is-narm/>
22. Jenner, C. O. (2010). Transsexual primary care. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 22(8), 403-408.
23. Lev, A. I. (2004). Transgender emergence: Understanding diverse gender identities and expressions. Retrieved May, 1, 2018.
24. Levine, P. (2020). What Is Somatic Experiencing? Retrieved November 10, 2020, from <https://traumahealing.org/about-us/>
25. Lowen Foundation, (n.d.). What are Bioenergetics? Retrieved November 10, 2020, from <https://www.lowenfoundation.org/what-is-bioenergetics>
26. Najavits, L. (2019). Seeking Safety: A Model to Address Trauma and Addiction Together. Retrieved November 10, 2020,



from <https://www.rehabs.com/pro-talk/seeking-safety-an-evidence-based-model-to-address-trauma-and-addiction-together/>

27. Namaste, V. (2000). Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People. University of Chicago Press, Chicago.



28. National Association of Cognitive Behavioral Therapists. (n.d.). What is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)? Retrieved November 10, 2020, from <https://nacbt.org/whatiscbt.htm/>
29. Office of the High Commissioner for Human Rights. (2015). A step forward for intersex visibility and human rights. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Astepforwardfor-intersexvisibility.aspx>
30. Pavlica, K. et al. (2018). The Fears and Hopes of Trans People. Prague: Transparent, z. s.
31. Pespó PBSP International LLC, 2011. Retrieved November 13, 2020, from <https://pbsp.com/>.
32. Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. Biological psychology, 74(2), 116-143.
33. Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu z.s. (PROUD). (2015). Report on Trans People and Their Experience Health Care and Legislation in the Czech Republic. Prague: PROUD.
34. Psychology Today (n.d.). Psychodynamic Therapy. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/psychodynamic-therapy>
35. Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. Lancet (London, England), 388(10042), 412–436.
36. Seeking Safety (2020) <http://www.treatment-innovations.org> and www.seeking-safety.org



[safety.orgs://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868418/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868418/)

37. Sedlak, C. A., Veney, A. J., & Doheny, M. O. B. (2016). Caring for the transgender individual. *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 301-306.



38. Selix, N. and S. Rowniak. 2016. "Provision of Patient-Centered Transgender Care." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 61(6):744-751. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12518>
39. Schwartz, A. (2017, December 19). Somatic Therapy: Dr. Arielle Schwartz. Retrieved November 12, 2020, from <https://drarielleschwartz.com/somatic-therapy/>
40. TCTSY. (n.d.) What Is Trauma-Sensitive Yoga? About. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.traumasensitivelyoga.com/about>
41. The International Focusing Institute (n.d.). What Is Focusing? Retrieved November 10, 2020, from <https://focusing.org/felt-sense/what-focusing>



42. The Young Scot Card (n.d.). What is transphobia? Retrieved November 10, 2020, from <https://young.scot/get-informed/national/what-is-transphobia>
43. United Nations. (2019). A major win for transgender rights: UN health agency drops 'gender identity disorder', as official diagnosis. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.un.org/sustainable-development/blog/2019/05/a-major-win-for-transgender-rights-un-health-agency-drops-gender-identity-disorder-as-official-diagnosis/>
44. Van der Kolk B., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(6), 559-565.
45. Virupaksha, H. G., Muralidhar, D., & Ramakrishna, J. (2016). Suicide and Suicidal Behavior Among Transgender Persons. *Indian journal of psychological medicine*, 38(6), 505–509.



46. Wistreich, N. (n.d.). What is the Person-Centred Approach? Retrieved November 10, 2020, from <https://www.the-pca.org.uk/about/what-is-it.html>
47. Wikipedia. (n.d.). Transphobia. Retrieved November 10, 2020, from <https://rationalwiki.org/wiki/Transphobia>
48. Wikipedia. (2020). History of intersex surgery. Retrieved November 10, 2020, from https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_intersex_surgery
49. World Health Organization (WHO). (2019). The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Genève, Switzerland: World Health Organization.
50. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.wpath.org/publications/soc>

