



I Congreso Internacional sobre infancias y adolescencias trans

Comprender para poder acompañar

5 y 6 de mayo, 2025

Haur eta gazte transexualitateari buruzko Nazioarteko I. Biltzarra

Ulertu, lagundu ahal izateko

2025eko maiatzaren 5a eta 6a

I International Conference about trans children and youth

Underpinning support with knowledge

May 5th and 6th, 2025

Bizkaia Aretoa, EHU, Bilbao

Koordinatzaileak:

**Aingeru Mayor, Lucía González - Mendiondo,
Rosa Almirall, Aitzole Araneta**



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

CIP. Biblioteca Universitaria

Internacional sobre infancias y adolescencias trans (1º. 2025. Bilbao)

I Congreso Internacional sobre infancias y adolescencias trans [Recurso electrónico]: comprender para poder acompañar, 5 y 6 de mayo, 2025 = Haur eta gazte transexualitateari buruzko Nazioarteko I. Biltzarra : ulertu, lagundu ahal izateko, 2025eko maiatzaren 5a eta 6a = I International Conference about trans children and youth : underpinning support with knowledge, May 5th and 6th, 2025 / Naizen ; Koordinatzaileak, Aingeru Mayor...[et al.]. – Datos. – [Leioa]: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua = Servicio Editorial, [2025]. – 1 recurso en línea : PDF (281 p.)

Modo de acceso: World Wide Web

ISBN: 978-84-1319-686-2

Infancias trans – Congresos. 2. Adolescencias trans – Congresos. 3. Personas trans – Congresos. I. Naizen, org. II. Mayor, Aingeru, coord. III. Tít.: Haur eta gazte transexualitateari buruzko Nazioarteko I. Biltzarra. IV. Tít.: I International Conference about trans children and youth.

(0.034)159.922.1(063)

© Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua

ISBN: 978-84-1319-686-2

COMITÉ ORGANIZADOR / BATZORDE ANTOLATZAILEA

Amaia Martín
Bea Sever
Aingeru Mayor

COMITÉ CIENTÍFICO / BATZORDE ZIENTIFIKOA

Aingeru Mayor
Lucía Glez-Mendiondo
Rosa Almirall
Jon Arcelus
Aitzole Araneta

COMITÉ EVALUADOR / EBALUAZIO-BATZORDEA

Jon Arcelus
Atilano Carcavilla
Olatz Etxebarria
Pablo Exposito
Alessandra D. Fisher
Nieves Moyano
Jiska Ristori
Sara Rodriguez

Organizado por:
Antolatzailea:
Organized by:



Coorganizado por:
Ko-antolatzaileak:
Co-organized by:



Con el apoyo de:
Babesleak:
Supported by:



www.naizeninternationalconference.com

www.naizen.eus

Entidades colaboradoras / Erakunde laguntzaileak

- Asociación Científica de Matronas de Castilla-La Mancha
- Asociación de Matronas de Euskadi / Euskadiko Emaginien Elkartea
- Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología
- Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria / Euskal Herriko Lehen Mailako Pediatría Elkartea
- Associació Catalana de Llevadores
- Colegio de Educadoras y Educadores Sociales del País Vasco / Gizarte Hezitzaileen Euskadiko Elkargoa
- Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias de Gipuzkoa / Gipuzkoako Elkargo Ofiziala Filosofi-Letra eta Zientzietako Doktore eta Lizentziatuena
- Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa / Gipuzkoako Erizaintza Elkargo Ofiziala
- Colegio Oficial de Enfermería de Ourense
- Colegio Oficial de Enfermería de Palencia
- Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco / Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofiziala
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
- Colegio Oficial de Licenciados/as en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte del País Vasco / Euskal Herriko Jarduera Fisiko eta Kirolaren Zientzietako Lizentziatuen Elkargo Ofiziala
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Álava / Arabako Gizarte Langintzaren Elkargo Ofiziala
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Bizkaia / Bizkaiko Gizarte Langintzaren Elkargo Ofiziala
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Gipuzkoa / Gipuzkoako Gizarte Langintzaren Elkargo Ofiziala
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Navarra / Nafarroako Gizarte Langintzaren Elkargo Ofiziala
- Colegio Profesional Ciencias Políticas y Sociología de Aragón
- Col·legi oficial de Treball Social de Catalunya
- Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales
- Consejo General de la Educación Física y Deportiva.

- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
- Sociedad Vasco Navarra de Pediatría / Euskal Herriko Pediatría Elkarte
- Societat Catalana de Sexologia
- CJAS. Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats
- Emaize. Centro Sexológico / Sexologia Zentroa
- Espacio FIGDIS. Asociación sexológica, feminista y LGTBIQ+
- Ikasgiltza. Federación de Cooperativas de Enseñanza Multilingüe / Irakaskuntza Eleanitzeko Kooperatiben Federazioa
- Ikastolen Elkarte.
- ALEGA. Asociación de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans, Intersexuales y más de Cantabria
- Arelas. Asociación de familias de menores e mocidade trans de Galicia
- Chrysallis. Asociación de familias de Infancia y Juventud Trans*
- COGAM. Colectivo LGBTI+ de Madrid
- DEKUMAS LBT. Asociación cultural y deportiva de mujeres lesbianas, bisexuales y transexuales
- Diversand. L'Associació LGBTQ+ d'Andorra
- Errespetuz. Asociación vasca para la defensa y la integración de las personas transexuales / Pertsona transexualen defentsa eta integraziorako euskal elkarte
- GenderLens. Associazione di genitori di bambinø gender creative, giovani persone trans e loro alleatø (Italia)
- H2o LGBTQ+. Col·lectiu de Lesbianes, Gais, Bisexuals, Trans* i Intersexuals del Camp de Tarragona
- L'Associació. Associació pels Drets Sexuals i Reproductius
- La Sinsorga. Kulturgune Feminista
- Llar Trans.
- Sa Clau de s'Armari. Colectivo LGBTQ de Eivissa y Formentera
- Sehaska . LGBTI Familiak
- TransFamilies Sabadell.
- TT Córdoba. Todes Transformando
- Veus Trans*. Associació de famílies amb infància i joventut trans*
- Visibles Jaen

Índice / Aurkibidea

Programa del Congreso / Biltzarreko egitaraua	9
Introducción / Sarrera, por Aitzole Araneta	19
Presentación / Aurkezpena, por Bea Sever	23
Lehendakariaren hitzaldia / Discurso del Lehendakari, por Imanol Pradales	25

¿Qué sabemos de las infancias y adolescencias trans?

Comprender para poder acompañar, por Aingeru Mayor	28
¿A que nos referimos cuando hablamos de evidencia en salud trans?, por Jon Arcelus.	37
The Dutch Approach for Transgender Adolescents; Past, Present and Future Perspectives on Evidence and Ethics, por Annelou LC de Vries	41

Diversidad en las miradas sobre las realidades trans

Conceptualizando lo trans desde el transfeminismo <i>queer</i> , por Josebe Iturrioz Lopez	51
Apuntes para comprender la interacción entre el «sexo que se es» y el cerebro, por Joserra Landarroitajauregi Garai.	56

La atención en los servicios de salud

Evidence on the use of puberty blockers and cross-hormones, por Alessandra Fisher.	69
Unidad de Identidad de Género de Euskadi, por Itxaso Rica Echevarría y Gema Grau Bolado	72
Trànsit, promoción de la salud de las personas trans* de Catalunya, por Rosa Almirall	81

Cambios de dirección en los tránsitos y sus implicaciones

Desistencias, destransiciones, interrupciones: Un acercamiento a la complejidad de las trayectorias de género, por Pablo Expósito-Campos	88
Destransición en unidades de género pediátricas de España: qué nos dicen los datos, por Atilano Carcavilla.	102
Retos en la atención a las infancias y adolescencias trans*. Más allá del informe Cass, por Rosa Almirall.	109

El acompañamiento en los centros educativos

Apoyando los derechos de las infancias trans en la educación, por Cal Horton	120
Análisis de la realidad trans en el sistema educativo, por Olatz Etxebarria Perez-de-Nanclares, Rakel Gamito Gomez, Maria Teresa Vizcarra Morales, Ana Luisa Lopez-Velez, Doris Sommer	124
Cómo acompañar los tránsitos en los centros educativos, por Beatriz Sever Egaña	133
Qué puede aportar una mirada trans a la educación, por Teo Pardo	142

Infancias y adolescencias no binarias

Non binary identities, por Nat Thorne.	149
Creecer siendo no binarie, por Darko Decimavilla	152

Comunicaciones Sesión 1

Infancia trans* y la construcción de un peligro: análisis discursivo y visual de movimientos neocatólicos y asociaciones de familias anti-trans en Italia, por Michela Mariotto, Ale Santambrogio, Isa Borrelli	157
La cobertura mediática de la transexualidad infantil y su impacto en las transiciones sociales, por Rubén Olveira-Araujo.	160
Apreciaciones de los mecanismos de protección de adolescentes trans para la supervivencia en el sistema cisnormativo, por Zaira García Dafonte	164
Exploring Transmasculine Predominance in Adolescence: The Role of LGBT Policies in the United States and Europe, por Claire Vandendriessche, David Cohen.	168
Relaciones sentimentales y eróticas vivenciadas por adolescentes trans, por Sara Rodríguez Pérez, Nieves Moyano Muñoz, Lucía González Mendiondo, Aingeru Mayor Martínez	171
Las vidas trans desde los mapas corporales narrados, por Irene I. Sanz Perucho	175
Cruílles, acompañando la sexualidad de adolescentes y jóvenes en un centro comunitario, por Elena Longares Hernández	182
Formación inicial del profesorado de Educación Primaria e infancias trans: un binomio necesario para avanzar hacia una escuela inclusiva, por Begoña Sánchez Torrejón	186
R-Existencias. Estrategias para vivir una buena vida, por Sore Vega	188

Comunicaciones Sesión 2

The Norwegian trans health care system today, por David R. Banos, Alma Marstein, Kristopher Salvesen, Anine Hartmann, Janne Bromseth, Max Korbmacher.	193
Clinical profiles, models of care and future perspectives of transgender children and adolescents in a specialized consultation in Paris, France, por Adur Jauregi Yarnoz . . .	199
Implementación de un programa de transición para adolescentes trans entre unidades de género pediátricas y de adultos, por Paloma Ferreiro-Mazon	203
Experiencia en una consulta de atención a la salud sexual y reproductiva. Personas trans adolescentes y jóvenes, por Anna Payaró Llisterri	207

¿Analizamos correctamente la función renal en jóvenes trans tratados con testosterona? , por María Cruz Sanz Martínez, Íñigo Lorente Doria, Alícia Màrquez Vidal.	211
Evolución de la talla final y densidad mineral ósea en chicos trans que han recibido tratamiento médico , por Amaia Sánchez Arlegui, Claudia Cifuentes Zamalloa, Asier Peña Fuentes, Nancy Portillo Nájera, Amaya Vela Desojo, Gema Grau Bolado e Itxaso Rica Echevarría. . . .	214
Evolución de la inhibina-B y densidad mineral ósea en chicas trans que han recibido tratamiento médico , por Amaia Sánchez Arlegui, Claudia Cifuentes Zamalloa, Asier Peña Fuentes, Nancy Portillo Nájera, Amaya Vela Desojo, Gema Grau Bolado e Itxaso Rica Echevarría.	217
(Re)conocer una red de atención a la salud en Río de Janeiro, Brasil para niños y adolescentes trans , por Carlos Renato Alves-da-Silva, Paula Gaudenzi, Paula Gaudenzi.	219
Acompañamiento en dos ámbitos: una realidad sinérgica , por Laura Clotet Romero, Maria de la Sierra Moreno Rosel, Raquel Núñez Lorca.	222
Experiencias y realidades en la atención obstétrico-ginecológica del colectivo trans*: una revisión bibliográfica , por Aina Ortiz.	225
Experiencias trans en psicoterapia. Una mirada multidimensional , por Diana Zapata, Sore Vega, Clara Paz, Konstantinos Argyriou.	229
Acompañamiento emocional en adolescentes trans en el sistema público de salud , por Andrea Cortés Ruiz.	233

Vivencias en 1.ª persona del singular

Vivir contracorriente , por Ares Piñeiro López.	237
Referentes trans en la cultura pop de finales de los 90 y 2000 , por Elsa Ruiz.	240
TXIKITIK HANDIRA De lo pequeño a lo grande , por Eder Iturralde Agirre.	244
Yo nunca he hecho el tránsito , por Izar.	249
¿Qué es ser normal? , por Biotza.	251

La voz de las asociaciones de familias

Arelas, Asociación de familias con infancia e mocidade trans de Galicia , por Cristina Palacios.	254
Chrysallis, Asociación de familias de infancia y juventud trans* , por Encarni Bonilla. . . .	257
Euforia. Familias Trans-Aliadas , por Natalia Aventín.	260
Llar Trans , por María Angeles Fal.	263
Naizen , por Beatriz Sever Egaña.	266
Todes Transformando , por Carmen Ceballos.	269
Veus Trans* , por Olga Nadal.	273
GenderLens	277

Conclusiones

Conclusiones , por Lucía González-Mendiondo Carmona.	281
---	-----

Programa del Congreso

Biltzarreko egitaraua

Lunes 5 mayo

Mañana

08:30 Registro

09:00 Apertura Congreso. **Bea Sever**

09:10 Apertura institucional a cargo del Lehendakari Imanol Pradales

09:20 **Comprender para poder acompañar.** **Aingeru Mayor** [esp]

09:50 **¿Qué sabemos de las infancias y adolescencias trans?** [ing / esp]

Presentación y moderación: **Aitzole Araneta**

¿A qué nos referimos con evidencia? **Jon Arcelus** [esp]

Evidencias sobre las infancias trans. **Jiska Ristori** [ing]

Evidencias sobre las adolescencias trans. **Annelou de Vries** [ing]

Conversación

12:00 Coffe-Break

12:30 **Diversidad en las miradas sobre las realidades trans** [esp]

Presentación y moderación: **Aitzole Araneta**

Conceptualizando lo trans desde el transfeminismo queer. **Josebe Iturrioz**

Apuntes para comprender la interacción entre sexo (que se es) y cerebro. **Joserra Landa**

Conversación

14:00 Comida

Tarde

15:30 **La atención en los servicios de salud** [ing / esp]

Presentación y moderación: **Jon Arcelus**

Evidencias sobre el uso de bloqueadores puberales y hormonación cruzada. **Alessandra Fisher** [ing]

Diferentes modelos de atención:

— Unidad de Género de Cruces (Euskadi). **Itxaso Rica** [esp]

— Centro de Sexología y Género de Gante (Bélgica). **Joz Motmans** [ing]

— Servicio Transit (Catalunya). **Rosa Almirall** [esp]

Conversación

17:15 Coffe-Break

17:45 **Cambios de dirección en los tránsitos y sus implicaciones** [ing / esp]

Presentación y moderación: **Jon Arcelus**

Desistencias, destransiciones, interrupciones: Un acercamiento a la complejidad de las trayectorias de género. **Pablo Expósito-Campos** [esp]

Destransición en unidades de género pediátricas de España: qué nos dicen los datos. **Atilano Carcavilla** [esp]

Evidencia basada en datos. **Annelou de Vries** [ing]

El informe Cass y su impacto en los servicios de salud afirmativos. **Rosa Almirall** [esp]

Conversación

19:30 Fin de la jornada

Noche

20:30 Cena Congreso. Amenizada con la actuación de **Elsa Ruiz**

Martes 6 mayo

Mañana

09:00 El acompañamiento en los centros educativos [ing / esp]

Presentación y moderación: **Nieves Moyano**

Apoyando los derechos de las infancias trans en la educación. **Cal Horton** [ing / esp]

La realidad trans en el sistema educativo. **Olatz Etxebarria Perez de Nanclores** [esp]

Cómo acompañar los tránsitos en los centros educativos. **Bea Sever** [esp]

Qué puede aportar una mirada trans a la educación. **Teo Pardo** [esp]

Conversación

10:45 Pausa

10:50 Infancias y adolescencias no binarias [ing / esp]

Presentación y moderación: **Rosa Almirall**

¿Qué es ser no binarie? **Nat Thorne** [ing]

Creer siendo no binarie. **Darko Decimavilla** [esp]

Conversación

11:55 Coffe-Break

12:25 Comunicaciones [ing / esp]

Sesión 1

Presentación y moderación: **Aingeru Mayor**

Infancia trans* y la construcción de un peligro: análisis discursivo y visual de movimientos neocatólicos y asociaciones de familias anti-trans en Italia. **Michela Mariotto** [esp]

La cobertura mediática de la transexualidad infantil y su impacto en las transiciones sociales. **Ruben Olveira** [esp]

Apreciaciones de los mecanismos de protección de adolescentes trans para la supervivencia en el sistema cisnormativo. **Zaira García** [esp]

Explorando la predominancia transmasculina en la adolescencia: el papel de las políticas LGTB en EE. UU. y Europa. **Claire Vandendriessche** [ing]

Relaciones sentimentales y eróticas vivenciadas por adolescentes trans. **Nieves Moyano** [esp]

Las vidas trans desde los mapas corporales narrados. **Irene Sanz** [esp]

Sesión 2

Presentación y moderación: **Lucía Mendiondo**

12:30 El sistema de atención sanitaria trans en Noruega hoy en día. **David R. Banos** [ing]

12:45 Perfiles clínicos, modelos de atención y perspectivas de futuro de las infancias y adolescencias trans en una consulta especializada en París, Francia. **Adur Jauregi** [ing]

13:00 Implementación de un programa de transición para adolescentes trans entre unidades de género pediátricas y de adultos. **Paloma Ferreiro-Mazon** [esp]

13:15 Experiencia en una consulta de atención a la salud sexual y reproductiva. Personas trans adolescentes y jóvenes. **Anna Payaró** [esp]

13:30 ¿Analizamos correctamente la función renal en jóvenes trans tratados con testosterona? **Maria Cruz Sanz** [esp]

13:45 Tratamiento hormonal en menores trans. ¿Qué vamos aprendiendo? **Amaia Sanchez** [esp]

14:00 Comida

Tarde

15:30 **Vivencias en la infancia y adolescencia en 1.^a persona del singular** [esp]

Presentación y moderación: **Aitzole Araneta**

Ares Piñeiro • Elsa Ruiz • Eder Iturralde • dos adolescentes

Conversación

16:45 Coffe-Break

17:15 **La voz de las asociaciones de familias** [esp]

Presentación y moderación: **Aingeru Mayor**

Arcas. Cristina Palacios

Llar Trans. María Angeles Fal

Veus Trans*. Olga Nadal

Chrysallis. Encarni Bonilla

Naizen. Bea Sever

GenderLens (Italia)

Euforia. Natalia Aventín

Todes Transformando. Carmen Ceballos

Conversación

19:00 **Conclusiones. Lucia González-Mendiondo** [esp]

19:20 Clausura Congreso. **Aingeru Mayor**

19:30 Fin

Astelehena, maiatzak 5

Goizez

08:30 Izen-ematea

09:00 Biltzarraren irekiera. **Bea Sever**

09:10 Irekiera instituzionala **Imanol Pradales** Lehendakariaren eskutik

09:20 **Ulertu, lagundu ahal izateko. Aingeru Mayor** [esp]

09:50 **Zer dakigu haur- eta gazte- transexualitateari buruz?** [ing]

Aurkezpena eta moderatzaile-lana: **Aitzole Araneta**

Zer esan nahi dugu ebidentzia diogunean? **Jon Arcelus**

Haur-transexualitateari buruzko ebidentziak. **Jiska Ristori**

Gazte-transexualitateari buruzko ebidentziak. **Annelou de Vries**

Solasaldia

12:00 Kafe-etenaldia

12:30 **Aniztasuna transexualitatearen gaineko begiradetan** [esp]

Aurkezpena eta moderazioa: **Aitzole Araneta**

Trans bizipenak queer transfeminismotik kontzeptualizatzen. **Josebe Iturrioz**

Sexua (norbera dena) eta garunaren arteko interakzioa ulertzeko apunteak. **Joserra Landa**

Solasaldia

14:00 Bazkaria

Arratsaldez

15:30 **Osasun-zerbitzuetako arreta** [ing / esp]

Aurkezpena eta moderazioa: **Jon Arcelus**

Pubertaroaren blokeatzaileen eta hormona gurutzatuen erabileraren gaineko ebidentziak. **Alessandra Fisher** [ing]

Zenbait arreta-eredu:

— Gurutzetako Ospitaleko Genero Unitatea (Euskadi). **Itxaso Rica** [esp]

— Ganteko Sexologia eta Genero Zentroa (Belgika). **Joz Motmans** [ing]

— Transit Zerbitzua (Katalunia). **Rosa Almirall** [esp]

Solasaldia

17:15 Coffe-Break

17:45 **Trantsituetan noranzko aldaketak eta horien ondorioak** [ing / esp]

Aurkezpena eta moderazioa: **Jon Arcelus**

Desistentziak, destrantsizioak, etenaldiak: hurbilpen bat genero-ibilbideen konplexutasunera.

Pablo Expósito-Campos [esp]

Destrantsizioa Espainiako genero-unitate pediatrikoetan: datuek zer dioten. **Atilano Carcavilla** [esp]

Datuetan oinarritutako ebidentzia. **Annelou de Vries** [ing]

Cass txostenaren eragina osasun-zerbitzu afirmatiboetan. **Rosa Almirall** [esp]

Solasaldia

19:30 Egunaren amaiera

Gauetz

20:30 Kongresuko afaria. **Elsa Ruizen** emanaldiarekin girotua

Asteartea, maiatzak 6

Goizez

09:00 **Eskeletako laguntza** [ing / esp]

Aurkezpena eta moderazioa: **Nieves Moyano**

Haur transen eskubideak babesten hezkuntzan. **Cal Horton** [ing]

Trans errealitatea hezkuntza-sisteman. **Olatz Etxebarria Perez de Nanclares** [esp]

Eskolan nola lagundu trantsituetan. **Bea Sever** [esp]

Begirada trans baten ekarpena hezkuntzari. **Teo Pardo** [esp]

Solasaldia

10:45 Pausa

10:50 **Haur eta gazte ez-bitarrak** [ing / esp]

Aurkezpena eta moderazioa: **Rosa Almirall**

Zer da ez-bitarra izatea? **Nat Thorne** [ing]

Ez-bitar izanik hazi. **Darko Decimavilla** [esp]

Solasaldia

11:55 Coffe-Break

12:25 **Komunikazio-saioa** [ing / esp]

1. saioa

Aurkezpena eta moderazioa: **Aingeru Mayor**

Trans* haurtzaroa eta arrisku baten eraikuntza: Italiako mugimendu neokatolikoaren eta anti-trans familia-elkarteen diskurtso eta irudien analisia. **Michela Mariotto** [esp]

Haur-transsexualitateak hedabideetan duen trataera eta horrek gizarte-trantsizioetan duen eragina. **Ruben Oliveira** [esp]

Nerabe transei sistema cisnormatiboan bizirauteko eskaintzen zaizkien babes-mekanismoak. **Zaira García** [esp]

Transmaskulinitateak nerabezaroan duen nagusitasuna aztertzen. **Claire Vandendriessche** [ing]

Nerabe transek harreman sentimental eta erotikotik bizitako esperientziak. **Nieves Moyano** [esp]

Trans bizitzak gorputz-mapa narratiboetan. **Irene Sanz** [esp]

2. saioa

Aurkezpena eta moderazioa: **Lucía Menciondo**

12:30 **Transen osasun-arretarako sistema Norvegian gaur egun.** **David R. Banos** [ing]

12:45 Haurtzaro eta nerabezaro transak: profil klinikoak, arreta-ereduak eta etorkizuneko ikuspegiak Parisko kontsulta espezializatu batean. **Adur Jauregi** [ing]

13:00 Pediatriako eta helduen genero-unitateen artean nerabe transentzat ezarritako trantsizio-programa. **Paloma Ferreira-Mazon** [esp]

13:15 Sexu- eta ugalketa-osasuneko arreta-kontsulta baten esperientzia. Trans nerabeak eta gazteak. **Anna Payaró** [esp]

13:30 Ongi aztertzen dugu giltzurrun-funtzioa testosteronaz tratatutako gazte transetan? **Maria Cruz Sanz** [esp]

13:45 Haur eta gazte transen tratamendu hormonalak. Zer ari gara ikasten? **Amaia Sanchez** [esp]

14:00 Bazkaria

Arratsalde

15:30 **Haurtzaroan eta nerabezaroan bizitako esperientziak lehen pertsonan** [esp]

Aurkezpena eta moderazioa: **Aitzole Araneta**

Ares Piñeiro • Elsa Ruiz • Eder Iturralde • bi nerabe

Solasaldia

16:45 Coffe-Break

17:15 **Familien elkarteen ahotsa** [esp]

Aurkezpena eta moderazioa: **Aingeru Mayor**

Arcas. Cristina Palacios

Llar Trans. María Angeles Fal

Veus Trans*. Olga Nadal

Chrysallis. Encarni Bonilla

Naizen. Bea Sever

GenderLens (Italia)

Euforia. Natalia Aventín

Todes Transformando. Carmen Ceballos

Solasaldia

19:00 **Ondorioak. Lucia González-Mendiondo** [esp]

19:20 Biltzarraren itxiera. **Aingeru Mayor** [esp]

19:30 Biltzarraren amaiera

Monday, May 5th

Morning

08:30 Check-in

09:00 Conference opening. **Bea Sever**

09:10 Institutional opening by the **Lehendakari Imanol Pradales**

09:20 **Underpinning support with knowledge.** **Aingeru Mayor** [spa]

09:50 **What do we know about trans children and youth?** [eng / spa]

Presentation and moderation: **Aitzole Araneta**

What do we mean by evidence? **Jon Arcelus** [spa]

Evidence on trans children. **Jiska Ristori** [eng]

Evidence on trans youth. **Annelou de Vries** [eng]

Conversation

12:00 Coffee-Break

12:30 **Diverse viewpoints about trans** [spa]

Presentation and moderation: **Aitzole Araneta**

Conceptualizing trans experiences from queer transfeminism. **Josebe Iturrioz**

Notes for understanding the interaction between sex (who one is) and brain. **Joserra Landa**

Conversation

14:00 Lunch

Afternoon

15:30 **What healthcare services may offer?** [eng / spa]

Presentation and moderation: **Jon Arcelus**

Evidences on the use of puberty blockers and cross-hormones. **Alessandra Fisher** [eng]

Different models of healthcare:

— Gender Unit at Cruces Hospital (Basque Country). **Itxaso Rica** [spa]

— Centre for Sexology & Gender in Ghent (Belgium). **Joz Motmans** [eng]

— Transit Service (Catalonia). **Rosa Almirall** [spa]

Conversation

17:15 Coffee-Break

17:45 **Changes in the transitional paths and their implications** [eng / spa]

Presentation and moderation: **Jon Arcelus**

Desistances, detransitions, interruptions: Approaching the complexity of gender trajectories.

Pablo Expósito-Campos [spa]

Detransition in pediatric gender units in Spain: what the data tell us. **Atilano Carcavilla** [spa]

Data-driven evidence **Annelou de Vries** [eng]

The Cass Report and its impact on affirmative healthcare services. **Rosa Almirall** [spa]

Conversation

19:30 End of the day

Night

20:30 Congress Dinner. Enlivened by the performance of **Elsa Ruiz**

Tuesday, May 6th

Morning

09:00 **School support** [eng / spa]

Presentation and moderation: **Nieves Moyano**

Supporting trans children's rights in education. **Cal Horton** [eng / spa]

Trans reality in the educational system. **Olatz Etxebarria Perez de Nanclares** [spa]

How to support transitions in schools. **Bea Sever** [spa]

What a trans perspective can bring to education. **Teo Pardo** [spa]

Conversation

10:45 Pause

10:50 **Non-binary children and youth** [eng / spa]

Presentation and moderation: **Rosa Almirall**

What is non-binary? **Nat Thorne** [eng]

Growing up non-binary. **Darko Decimavilla** [spa]

Conversation

11:55 Coffe-Break

12:25 **Communications Session** [eng / spa]

Session 1

Presentation and moderation: **Aingeru Mayor**

Trans* childhood and the construction of a threat: discursive and visual analysis of neo-Catholic movements and anti-trans family associations in Italy **Michela Mariotto** [spa]

Media coverage of childhood transsexuality and its impact on social transitions. **Ruben Oliveira** [spa]

Perceptions of protection mechanisms for trans adolescents' survival in a cisnormative system. **Zaira García** [spa]

Exploring transmasculine predominance in adolescence: The role of LGBT policies in the US and Europe. **Claire Vandendriessche** [eng]

Romantic and erotic relationships experienced by trans adolescents **Nieves Moyano** [spa]

Trans lives through narrated body maps. **Irene Sanz** [spa]

Session 2

Presentation and moderation: **Lucía Mendiando**

12:30 The Norwegian trans health care system today. **David R. Banos** [eng]

12:45 Clinical profiles, models of care and future perspectives of transgender children and adolescents in a specialized consultation in Paris, France. **Adur Jauregi** [eng]

13:00 Implementación de un programa de transición para adolescentes trans entre unidades de género pediátricas y de adultos. **Paloma Ferreiro-Mazon** [spa]

13:15 Experience in a sexual and reproductive healthcare consultation. Trans adolescents and youth. **Anna Payaró** [spa]

13:30 Do we properly analyze kidney function in trans youth treated with testosterone? **María Cruz Sanz** [spa]

13:45 Hormonal treatment in trans adolescents. What are we learning? **Amaia Sanchez** [spa]

14:00 Lunch

Afternoon

15:30 **Childhood and adolescence: lived experiences** [spa]

Presentation and moderation: **Aitzole Araneta**

Ares Piñeiro • Elsa Ruiz • Eder Iturralde • two adolescents

Conversation

16:45 Coffe-Break

17:15 **The voice of associations of families** [spa]

Presentation and moderation: **Aingeru Mayor**

Arcas. Cristina Palacios

Llar Trans. María Angeles Fal

Veus Trans*. Olga Nadal

Chrysallis. Encarni Bonilla

Naizen. Bea Sever

GenderLens (Italia)

Euforia. Natalia Aventín

Todes Transformando. Carmen Ceballos

Conversation

19:00 **Conclusions. Lucia González-Mendiondo** [spa]

19:20 Conference closing. **Aingeru Mayor** [spa]

19:30 End of the Conference

Introducción / Sarrera

Aitzole Araneta

Sexóloga y consultora de igualdad

aitzolearaneta@gmail.com

«Que sirva para allanar el camino de los que vengan por detrás».

Ekai Lersundi

El 5 y 6 de mayo de 2025 celebramos en Bilbao el I Congreso Internacional de Infancias y Adolescencias Trans Naizen, con el significativo título de «Comprender para acompañar». «Comprender» y «acompañar» han sido dos palabras que, valga la redundancia, no nos han acompañado a lo largo de la historia a muchas generaciones de gente ya adulta en nuestras infancias y adolescencias. Porque la ignorancia que nos ha convertido en seres raros, monstruosos y rechazables no ha permitido esa comprensión. Y porque, en consecuencia, hemos tenido infancias y adolescencias cargadas de soledad y miedo a un futuro oscuro. Al fin y al cabo, las vivencias trans se caracterizan por el hecho de que saber quién se es choca con el etiquetado sexual que, de manera externa, el resto hace. Ese conflicto —porque esa identidad que se va haciendo en el «adentro» se expresa en todos los planos del «afuera»; y no hay identidad sin esta interacción, por mucho empeño que se ponga en separar ambos planos —ha provocado incompreensión, deslegitimación, marginación y dolor. Afortunadamente, un Congreso como este es un signo inequívoco del trabajo que se viene realizando para que, sabiendo que la mirada externa influye, pero no cambia esa vivencia íntima y profunda, podamos transitar esa mirada hacia un marco comprensivo que transforme ese dolor en conocimiento y acompañamiento.

Este Congreso ha planteado todo ello en tres planos: conocimiento, datos y ciencia, por un lado; celebración de las historias de vida personales y familiares por otro; y generación de espacios comunes entre profesionales, familias, activistas y personas trans. Es innegable que en los últimos años hemos vivido una entrada en la agenda pública de las vivencias trans en la infancia y adolescencia, algo que no había sucedido nunca antes; que hemos creado espacios con epistemes, teorías y planteamientos diversos sobre dónde reside, qué crea y hace que evolucione la identidad (sexual, de género... o el sexo mismo), sobre lo que convenimos en llamar «masculino» y «femenino» y lo que hay en esa línea de continuidad. Igual de importante que todo eso es reconocer que las alianzas y las sinergias que generemos en estos espacios van a ser claves frente a la ofensiva reaccionaria que amenaza no solo a las mujeres y personas adultas con vivencia trans, sino también y muy especialmente a estas infancias y adolescencias.

Porque no es casualidad que, bajo el argumento de que el sexo es «biológico» (entendido solo como genitales y cromosomas), se haya puesto en el punto de mira a las mujeres trans —en una carrera por, aquí sí, borrarlas en nombre del feminismo— y también a las in-

fancias trans. La aparición en la escena pública de las infancias trans ha venido a romper el paradigma de que la transexualidad es una elección por la que se opta en la adultez. Precisamente al visibilizar que este hecho de diversidad puede presentarse también en la más tierna infancia y adolescencia es cuando se resquebraja esa narrativa de «lo trans» como un estilo de vida, como algo «falso» o «no natural». De ahí la proliferación de bulos sobre las infancias y adolescencias trans: las infancias y adolescencias trans como un capricho de sus progenitores, el supuesto negocio farmacéutico y quirúrgico que hay en el uso de medicación e intervenciones, las detransiciones y arrepentimientos masivos al llegar a edad púber o adulta, o la negación de la identidad convirtiendo la infancia trans en una suerte de orientación sexual mal aceptada y proclive a ser corregida por terapias de conversión. Es curioso constatar cómo estos sectores proclaman machaconamente que a las infancias trans se las hormona y se las opera, algo que es absolutamente falso. Demonizan el bloqueo hormonal que congela el desarrollo de los caracteres sexuales —tecnología que se viene aplicando a casuísticas como pubertades precoces, niñas con hirsutismo, etc desde hace décadas— tildándola de medicación de consecuencias irreversibles, y exigen su prohibición solo para las pubertades trans, pero no para el resto. Sin embargo y fruto de los espacios para vivirse y pensarse de otras maneras que hemos ido desarrollando, cada vez más personas jóvenes —que no infantes— con vivencias trans reflexionan y abren la posibilidad de no pasar por procesos hormonales o intervenciones quirúrgicas, se hacen preguntas acerca de la disforia y se plantean diversas opciones. Y en el momento en el que no pasan por dichos procesos médicos, esos mismos grupos denuncian que esas personas no son quienes dicen ser. Es decir, si se hormonan y se operan, mal porque todo forma parte de un negocio. Si no lo hacen, entonces son mentira. Un callejón sin salida.

Ya sabemos lo que sucede cuando se niegan estos tratamientos a quienes, llegada la adolescencia —insisto, no la infancia— lo requieren: malestar, ansiedad, depresión... e incluso suicidios, porque el resto los comienza a ver como quienes no son. Equiparar estos tratamientos con mutilaciones —otro argumento típico que escuchamos día sí y día también— es algo así como equiparar una cirugía de pecho, mastectomía, ligadura de trompas, o en general cualquier intervención corporal médicamente justificada con una amputación. Una barbaridad que científicamente no se sostiene, sobre todo cuando estas intervenciones no solo no perjudican, sino que mejoran la salud de la persona.

Parece que, en mi intención de hablar sobre el Congreso, he terminado disertando sobre los discursos transfobos. Pero por si algún avezado o avezada trans-excluyente me está leyendo, es bueno recordar que las terapias de conversión están absolutamente deslegitimadas por acientíficas y por los daños psicológicos que durante décadas han producido a quienes se han sometido a ellas. La identidad sexual, como la orientación, se descubre, no se elige; y ninguna terapia la puede cambiar, pero sí causar un enorme dolor.

Y una última cosa: si tanto se ataca a las infancias trans es quizá porque son estas infancias las que cuestionan el imaginario preexistente de que identidad equivale a genitales, gónadas, cromosomas. Las infancias definitivamente no están pidiendo hormonas y operaciones, como en el fondo les gustaría a estos sectores. Las infancias y adolescencias trans no son espacios de la vida vacíos de identidad, muy al contrario, saben quiénes son y lo único que piden es respeto, aceptación, y amor.

Quizá he de recordarme a mí misma que es necesario dismantlar estos argumentos que quieren crear ciudadanías de primera y de segunda —por ser suave—, pero que con con-

frontar solo ideas puede que no baste: las cuestiones de orden ideológico acaban transformándose en odios viscerales. Esta gente es probable que no pueda llegar a comprenderlo ni desde lo intelectual ni desde lo emocional.

Solo hace falta echar la vista atrás al año 2017 cuando salió un infame autobús naranja en respuesta a una campaña que Naizen —Chrysallis Euskal Herria, entonces— hizo para decir que las niñas con pene y los niños con vulva existen. En aquel lejano 2017 gentes de muchas ciudades salieron visceralmente a decir que las infancias no se tocan. ¿Manejaba entonces la población general información mejor sobre «lo trans» que hoy en día? ¿Salieron por la claridad de sus ideas? Puede que sí. ¿Por emociones y sensaciones? Fundamentalmente.

Por eso es tan importante hablar también de esas emociones, de tripas, de sentires, como hemos podido hacer en el Congreso. Y me pongo en primera persona del singular: son muchísimas las veces que me han preguntado cómo es eso de «ser trans». Qué se siente. Cómo alguien sabe que «tiene un cuerpo equivocado» o sabe que «es algo que no es». O por qué hay gente que se siente mal con «lo que tiene». Estas son frases que oímos en el día a día que moldean esa concepción que, sin darse cuenta, muchas personas manejan sobre la transexualidad en la calle.

Hace unos meses mi prima me preguntaba por qué sentía que yo tenía una identidad de mujer tan fuerte y ella no. Me decía que ella no la tiene, que no «siente» que es mujer. Me planteaba que a ella siempre le han dicho que es una mujer y que ha vivido con eso, pero que no sabe cómo sería si le hubieran dicho que no lo es. Más allá de datos, es algo que se ha planteado porque yo soy su prima y su pregunta tiene que ver con la capacidad de empatizar con algo muy profundo e íntimo. Y de que me quiere y quiere entenderme.

A menudo, haciendo educación de los sexos —la educación que habla no solo de genitales, prácticas y prevenciones, sino de todo esto— intento, a través de ideas, valores, episteme y ciencia, hacer entender que ésto de «ser trans» es como ir a contracorriente, en contra de un montón de normas no escritas (pero bien grabadas a fuego) acerca de lo que se nos supone a hombres y mujeres, desde la más tierna infancia

Pero a mi prima y a la mayor parte de gente que me escucha le encaja tanto o más que toda esta conceptualización cuando les digo que hay un vídeo con una especie de experimento colgado en Internet en el que a un hombre que va por la calle todo el mundo empieza a hablarle usando pronombres femeninos y refiriéndose a él como mujer. Al principio lo encuentra gracioso, piensa que es un chiste. Pero a medida que va pasando el tiempo su rostro cambia. Se le va haciendo difícil soportar que todo el mundo se refiera a él como lo que sabe, en su convicción más profunda que no es, y se dedica a corregir los pronombres que los demás utilizan. Al final de la grabación el hombre parece realmente preocupado, exhausto por no entender qué está pasando, y preguntándose, muy probablemente, si algo ha cambiado en su apariencia para que todo el mundo lo vea como una mujer. Son solo unas horas. Le digo a mi alumnado que imaginen cómo sería ésto durante años, prácticamente desde que se tiene uso de razón. Que ésto es parte (solo parte) de lo que tienen que pasar muchos niños, niñas, adolescentes durante demasiado tiempo. Esto lo entienden bastante mejor que el hablar de términos, teorías y epistemes.

Por eso, cuando diseñamos el programa de este Congreso Internacional decidimos que la parte científica, de evidencia de datos que desmonten bulos debía tener la misma importancia que los relatos familiares y, por supuesto, en primera persona.

Por eso este libro de actas va a ser una caja de herramientas fundamental: porque vas a poder tener en tu mano evidencia, datos, investigaciones, experiencias clínicas y excelencia en la praxis que te ayudarán a cargarte de argumentos y pautas en tu labor profesional, activista o personal. Pero no solo eso: aquí tendrás textos para sentir, para sensar, para empatizar. Y con un poco de suerte, para poder seguir con las amistades o contactos que hiciste durante el Congreso, para poder hacer tu praxis profesional, activista o personal de forma cercana. Ojalá que sea así.

También te quiero confesar que, ya que tuvimos la oportunidad de entrevistarnos con la máxima autoridad institucional del País Vasco, el Lehendakari, le pedí personalmente que atiendan a personas y colectivos que piden reunirse, y sobre todo que teja y mantenga los consensos políticos y sociales para dejar en un rinconcito invisible a esas ideologías que amenazan los derechos y la existencia de estas infancias y adolescencias. Esos consensos que se labran en el ámbito político pero también en el profesional, en el activista, en el familiar y en el personal han de permitir hacer esa pedagogía social pendiente, transformar esta sociedad para que cada vez más gente pueda desarrollar sus vidas de manera plena en ella.

Porque como Aimar, Alan, Talía o Iván atestiguan, merecen vivir, y vivir con mayúsculas. Porque ojalá que los aprendizajes y conexiones generados en este Congreso, como decía Ekai, sirvan para allanar el camino a quienes vengan por detrás.

Y si estoy en ocasión de pedirte algo, te pido que enhebres esos vínculos para desterrar mitos, bulos y fantasmas a golpe de evidencia. Dato mata relato... cierto, sí. Porque el corazón también tiene razones que la razón ignora. Hagamos este camino en común, comprendiendo, acompañando, con razón y con corazón.

Presentación / Aurkezpena

Bea Sever

Naizen

familia@naizen.eus

Naizen Hego Euskal Herriko adingabe transexualen familien elkarte da. Duela 10 urte 8 familiak sortua, egun hirurehun eta hogeita hamar familia baino gehiago biltzen ditu. Beste asko pasa dira hemendik hamarkada honetan.

Ehunka haur eta gazte trans izan dira, beraz, eta haietako bakoitzak bizipen bakar eta berezia izan du.

330 familias a día de hoy y otras muchas que han sido parte de Naizen en algún momento. Cientos de historias que nos han enseñado que «ser trans» no es una cosa, son infinitas, tantas como personas, y que el contexto marca —para bien o para mal— esas historias de vida.

Desde su inicio como asociación, allá por 2015, en Naizen siempre tuvimos claro que nuestro trabajo, por una vida digna para la infancia y adolescencia trans, tendría como ejes el amor y el conocimiento. Por amor decidimos acompañarles, a veces sin comprender, con dudas, con miedos, en ocasiones incluso con todo en contra y sin apoyo del entorno.

Y en la asociación encontramos, no solo ese apoyo, una red emocional, sino también conocimiento. Conocimiento que nos ha ido ayudando a comprenderles y que ha sido clave para avanzar en hacer visible esta realidad. Hace poco más de diez años la transexualidad en la infancia era impensable, y, sin embargo, lógicamente, las personas trans adultas tuvieron infancia. Escucharles fue, y sigue siendo, fundamental para aprender.

Con ellas como guía, comenzaron a aparecer familias que escuchaban y dejaban ser. No solo eso, sino que además luchaban a capa y espada para que todo el entorno lo hiciera. Surgieron cada vez más estudios que confirmaban lo que intuíamos, las investigaciones avalaban lo que el amor nos estaba llevando a hacer: dejar ser, acompañar respetando los ritmos de cada persona, eliminando obstáculos, es la mejor fórmula de cara a la calidad de vida de la infancia trans. Nuestra brújula siempre es su bienestar.

El aval de las investigaciones nos ha ayudado avanzar y ahora estamos aquí para poner en común ese conocimiento y para contribuir a difundirlo. Porque hemos dado importantes pasos, no cabe duda, pero vivimos un momento especialmente crítico en el que corremos el riesgo de perder lo conseguido. De hecho, ya asistimos a alarmantes retrocesos como la negación de derechos en algunos lugares o el incremento de los delitos de odio y de los casos de acoso escolar por motivo de identidad.

Para hacer frente a estos peligros, hemos querido generar aquí un espacio, en el que, desde diferentes marcos teóricos, podamos compartir saberes y construir así puentes entre distintas miradas. Porque, aunque partimos de prismas diversos, tenemos el mismo objetivo: una sociedad en la que la diversidad se celebre. Y es que, al margen de debates, la diversidad es y cuanto más conozcamos al respecto, más libres seremos para ser quienes somos.

Mundua guztiontzat beharko luke, baina oraindik ez da. Helburu hori galarazten duen beldurraren oinarrian ezjakintasuna dagoelakoan gaude eta horregatik ezagutza zabaltzera gatoz. Eskerrik asko gurekin bat egiteagatik.

Lehendakariaren hitzaldia

Discurso del Lehendakari

Imanol Pradales

Lehendakaria

Sailburuak, Herri Agintari eta ordezkariok, Nazioarteko Biltzar honen antolatzaile eta parte-hartzaileok, NAIZEN erakundeko lagunok, jaun-andreok, egun on guztioi!

Mutila zara zakila duzulako. Neska zara bulba duzulako. Hala erakutsi zidan gizarte eta kultura batean jaio eta hazi nintzen. Geroago ikasi dugu mundua ikusteko modu erredukzionista hura ezin okerragoa zela. Heziketa hura ez genuen guk aukeratu: hala zen. Baina gaur egun gure esku dago molde horiek beste begirada batez berreraikitzea.

«Ulertu, lagundu ahal izateko». Hala dio aukeratu duzuen leloak. Eta benetan uste dut aukera ezin hobea egin zenutela. Ulertzea ezinbestekoa baita aurrekoaren tokian jartzeko, aurreiritziak gainditzeko, benetako errespetua garatzeko.

Hori horrela, aukera hau baliatu nahiko nuke ulertzen lagundu zidan bizipen bat zuekin guztiekin partekatzeke. Sekula ahaztuko ez dudan benetako istorio bat da; noski, asmatutako izen bat erabiliz partekatuko dut hemen zuekin. Jaiotakoan, gurasoek Nekane jarri zioten izena ospitalean, eta handik ordu gutxira, erregistroan. Bulba zuen eta, beraz, ez zen zalantzarik: neska zen. Hala esan zien, gainera pediatrik jaio aurretik ere. Baina gurasoen logikarekin bat ez zetozen gertakariak berehala hasi ziren. Eta eguna bat-batean iritsi zen, bazkalorduan. Azalorea jateko gogorik ez, betiko eztabaida, eta 6 urte baino ez zituela bere gurasoei eta nebari oihukatu zien, haserre: ez naiz Nekane, Mikel naiz! Atea kolpean itxi zuen. Isilunea egin zen sukaldean.

«No soy Nekane, soy Mikel». 5 palabras que hicieron que las piezas encajaran. En un alarde de fuerza y valentía, completamente solo, un niño de 6 años rompió con todos los moldes que le habían impuesto. Unos moldes que ya estaban contruidos incluso antes de que hubiese nacido. Así comenzó su nueva vida.

Fallamos como sociedad si no somos capaces de garantizar el derecho de cada persona a ser quien es. Sin miedos ni barreras. Fallamos como sociedad si cada niña, niño, o adolescente no logra crecer y desarrollarse en libertad. Con todo el cariño, acompañamiento y apoyo de su comunidad.

En esta responsabilidad compartida NAIZEN lleva una década trabajando en defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes transexuales, así como de sus familias. Hoy

dais un nuevo paso gracias a este Congreso. Una iniciativa que nos brinda la oportunidad de escuchar, aprender y, sobre todo, entender.

A su vez, es responsabilidad del Gobierno Vasco que las personas Trans reciban una atención integral. También desarrollar de manera adecuada la nueva Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Siempre desde el compromiso absoluto con los Derechos Humanos, la equidad, la despatologización, y el respeto a la diversidad y a la autodeterminación de las personas.

Como sabéis, Osakidetza cuenta con una Unidad de Identidad de Género de referencia ubicada en el Hospital Universitario Cruces, que ha atendido a 1.308 personas desde su creación en el año 2011, realizando entre 2.500 y 3.000 consultas cada año. Recorremos este camino juntas y juntos. NAIZEN nos ayuda a dar una mejor respuesta cada día. Estamos trabajando conjuntamente en la elaboración de la nueva Guía sanitaria y vuestra participación está siendo fundamental.

Pero debemos ir más allá. Por eso Osakidetza pondrá en marcha a lo largo de este año los Servicios de Atención Primaria a Personas Trans. Un centro de servicio de referencia por territorio con el objetivo acoger y acompañar en un entorno extrahospitalario y amigable. Serán unidades compuestas por profesionales fundamentalmente de psicología, formados en diversidad de género.

Gizarte bezala asko dugu oraindik egiteko, asko hobetzeko: gizarte-sentsibilizazioa, profesionalen prestakuntza, osasun-protokoloen hobekuntza... Haur eta nerabe guztiek aske hazteko eskubide osoa dutelako. Komunitatearen maitasunarekin eta babesarekin pixkanaka nagusi egiteko.

Ez dugu atzerapausorik onartuko. Gure erabateko konpromisoa duzue.

Eskerrik asko eta onena opa dizuet kongresu honetan. Ondo segi!

¿Qué sabemos de las infancias
y adolescencias trans?

Zer dakigu haur eta gazte
transexualitateari buruz?

Comprender para poder acompañar

Aingeru Mayor

EHU. Naizen

aingeru.mayor@ehu.eus

Hace diez años, la transexualidad en la infancia no solo era invisible, sino que además era impensable. No se hablaba de ello porque, en realidad, no había siquiera capacidad de pensarlo. Por ello, nadie escuchaba lo que estas infancias expresaban. Es más, se les hacía callar, se les corregía, se les castigaba. Y por supuesto sufrían. Crecían sin poder ser quienes eran, dentro del disfraz que se les había impuesto.

Algunas madres y padres decidieron —decidimos— que, por nuestras hijas e hijos, cambiaríamos el mundo. Y en esas estamos. Hoy en día, por lo menos en estas latitudes, hemos conseguido que la transexualidad en la infancia sea no solo visible, sino —lo que es más importante— pensable. Ahora sí, podemos pensar que se puede ser niña y tener pene, que se puede ser niño y tener vulva.

Y porque podemos pensarlo, porque hemos empezado a comprenderlo, hemos podido también empezar a acompañarlo. De hecho, estamos conociendo ya a la primera generación de niñas y niños en situación de transexualidad que están pudiendo vivir su infancia con su identidad sexual respetada y aceptada.

En este texto voy a compartir algunos de los avances en investigación en los que hemos estado implicados los últimos años.

INTRODUCCIÓN

Muchas de las ideas aquí presentadas se encontraban ya en Mayor (2018) y se basan tanto en el marco conceptual del Hecho Sexual Humano desarrollado por Efigenio Amezáia (1999) como en las aportaciones para la comprensión sexológica de la transexualidad desarrolladas desde hace ya 25 años por Joserra Landarroitajauri (2000, 2013, 2018).

Estas reflexiones se inscriben en el marco de la episteme sexológica, desde el cual entendemos que todos los sujetos nos vamos sexuando con rasgos de ambos sexos. Todas, todos (e incluso todes) tenemos, en diferentes medidas, rasgos más o menos femeninos y rasgos más o menos masculinos. Femeninos y masculinos. No *o*, sino *y*.

La identidad sexual tiene que ver con procesos cognitivos y, obviamente, no se encuentra en los genitales. Es fundamental que vayamos diferenciando ya que una cosa es lo que

se tiene y otra lo que se es. Los genitales no determinan la identidad sexual, ni tampoco los cromosomas, ni los niveles hormonales, ni la capacidad gestante o fecundante, ni el tamaño de los pechos, ni la pilosidad corporal, ni los gustos y maneras, ni la orientación del deseo... Ninguno de estos rasgos determinan la identidad sexual.

Ser hombre, ser mujer (o no ser ni lo uno ni lo otro) tiene que ver con la autopercepción que cada quien tiene de sí. No es una cuestión de sentirse, sino de saberse. Y sobre esta autopercepción, y en diálogo con la mirada de los demás y el contexto social, se va a ir construyendo de manera biográfica la identidad sexual, es decir, la peculiar manera de ser el sujeto sexuado que soy.

Aunque por influencia del mundo anglosajón el sexo esté siendo borrado del lenguaje, sustituido por el género, yo hablo de sexo, de identidad sexual y de transexualidad.

Si el género son las expectativas e imposiciones sociales por ser de uno u otro sexo, usar el término género en vez de sexo, lleva a confundir lo que se es (la identidad sexual) con cómo se debe ser (las imposiciones de género).

George Orwell ilustró en la novela *1984* como la reducción del lenguaje limita el pensamiento, y esto es lo que está pasando al desvirtuar el término sexo (usándolo como sinónimo de genital) o eliminándolo directamente del lenguaje (en inglés, para ni siquiera nombrarlo, dicen «the three-letter word», «la palabra de tres letras»).

Yo hablo de transexualidad, no de trans, porque esta realidad va mucho más de *sexualidad* que de *trans*. Porque lo central en todo esto es la vivencia de ser chicas y de ser chicos (incluso de no ser ni lo uno ni lo otro). Y lo circunstancial es lo trans, es decir, que su sexo no es el que se suponía. De hecho, en la infancia no dicen «yo soy trans». Dicen «soy niña» o «soy niño» —o en negativo «no soy niña» o «no soy niño»—. Es decir, nos expresan su sexo. Y lo *trans* lo ponemos los demás.

Y voy a hablar solo de la realidad de la que, tras 10 años de acompañamiento e investigación, creo que dispongo de un poco de conocimiento para compartir: la de aquellas niñas, niños y jóvenes, cuya identidad sexual no se corresponde con aquella que se les supuso al nacer —aunque, quizás, sería más correcto decir que fue lo que se supuso al nacer, lo que no se corresponde con su identidad sexual— y que expresan con rotundidad «soy chico» o «soy chica».

Soy muy consciente de que hay otros muchos hechos de diversidad, por ejemplo, las realidades denominadas *no binarias*, sobre las que yo no tengo apenas conocimiento y sobre las que tendrán que hablar quienes sí lo tengan.

TRÁNSITOS

Cuando hace ya una década algunas familias empezaron a aceptar la identidad sexual que expresaban sus hijas e hijos y a acompañar sus tránsitos, el conocimiento sobre esta realidad no se hallaba en la academia. Era necesario entrar en esos hogares para conocer qué es lo que estaban viviendo.

Esto es lo que hicimos con la investigación cuyos frutos cristalizaron en el libro *Tránsitos* (Mayor, 2020) y cuyos resultados hemos publicado en varias revistas científicas (González

lez-Mendiondo, Moyano & Mayor, 2023; González-Mendiondo, Moyano & Mayor, 2024; González-Mendiondo, Mayor & Moyano, 2024).

En esta investigación contamos con 25 familias de la Asociación Naizen, que habían hecho el tránsito. Fueron las madres y los padres, informantes privilegiados, quienes recogieron por escrito lo que estaba sucediendo en sus hogares, para a partir de sus relatos de vida, empezar a construir un conocimiento estructurado de esta realidad.

Quiero compartir algunos de los resultados de esta investigación, que coinciden con los resultados de otras investigaciones, citando algunos fragmentos de los relatos recogidos en el libro *Tránsitos*. En cada fragmento se señala si es la madre o es el padre quien lo escribe.

Cuando hablamos de hacer el tránsito, en realidad no son estos chicos y chicas quienes realizan ningún tránsito. El tránsito lo hacemos los demás, y es principalmente un tránsito en la mirada; es ese proceso por el que vamos a ir dejando de ver al niño que se suponía que era, para poder ir viendo a la niña que en realidad es, o viceversa.

Hay niñas y niños que incluso desde antes de los tres años, empiezan a dar pistas de que su identidad sexual no es la que se predijo en su nacimiento. Lo hacen a través de comportamientos, gustos y maneras (a la hora de vestirse y de peinarse, de elegir juegos, juguetes, disfraces, de identificarse con personajes, etc.). Y en algún momento, antes o después, con mayor o menor claridad, expresan, a través de la palabra, su identidad sexual en primera persona del singular: «yo soy».

«Con dos añitos, recuerdo ese ‘guapo’ que te dije un día, cuando te mirabas al espejo. Apenas sabías hablar todavía y me corregiste diciendo: —Ama, apo no, japa! No eras aún capaz de decir ‘guapa’, pero ya sabías que eras una niña, ya sabías quién eras.» (madre)

La no aceptación de su identidad sexual genera malestar que se expresa en forma de tristeza, ansiedad, depresión, infelicidad, angustia... Es común el deseo de morir; suele haber, incluso, ideas, planes o comportamientos suicidas.

«Por las noches sacaba a relucir su enorme sufrimiento. ‘Me quiero morir’, repetía una y otra vez con un llanto desconsolado y desgarrador. Muchas veces me decía: ‘Papá, si me quieres, coge un cuchillo de la cocina y mátame’. Aquello era insoportable, imposible de aguantar.» (padre)

La aceptación de su identidad sexual produce mejoría. Dejan de llorar y de estar tristes, se terminan las batallas, las rabietas, los enfados, la ansiedad, la agresividad, los dolores, disminuyen las dificultades para relacionarse, los malos resultados escolares... Y no solo desaparece el sufrimiento y el malestar, sino que emerge el bienestar, la alegría, la esperanza... y la felicidad.

«Le pregunté a disgusto y con miedo, si quería comprar unos calzoncillos. Saltó de la silla, con los ojos como platos, se me echó encima y me abrazó con todas sus fuerzas. Me daba mil besos y me repetía una y mil veces lo mucho que me quería. Su ilusión, su fuerza, su mirada, su alegría... era desbordante. Él flotaba, yo me hundía. Me hundía por miedo, por la magnitud que estaba cogiendo todo, me hundía por no haberle comprado unos calzoncillos mucho antes, me hundía porque comenzaba a comprender el peso que arrastraba con tan solo cuatro años.» (madre)

«Hoy en día es simplemente una niña más. Ya no queda ni rastro del niño triste, tímido, que se hacía cacas encima y lloraba por la noches; todo aquello desapareció cuando dijimos adiós a Julen y dimos la bienvenida a Nerea.» (madre)

Las chicas y chicos transexuales que hacen el tránsito tras el inicio de la pubertad, expresan niveles de malestar y sufrimiento significativamente más altos, se encuentran con más dificultades, obstáculos y situaciones de acoso, siendo sus procesos de tránsito mucho más complejos y dolorosos. Además, tras el tránsito arrastran malestares en mucha mayor medida y durante más tiempo que quienes transitan a edades más tempranas. Es decir, lo que estamos observando es que cuanto más tarde se hace el tránsito, peor.

Hay, sin embargo, quienes dicen que es mejor esperar. Pero si esperar significa no atender las necesidades que se están expresando, y ello genera malestar y sufrimiento, si los tránsitos más tardíos acarrearán mayores sufrimientos, ¿qué sentido tiene esperar? ¿Esperar a qué? Porque la espera no es inocua.

LA REALIDAD Y EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

La investigación científica es fundamental para avanzar en el conocimiento de esta realidad, pero no hemos de olvidar que el conocimiento científico está permanentemente en construcción y que cuando una teoría no concuerda con la realidad, quizás tendremos que pensar, no en ajustar la realidad a nuestra teoría, sino en cambiar nuestra teoría.

Quiero reflexionar sobre ello a través de dos ejemplos de investigación.

El primero tiene que ver con el *Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)* de Esteva *et al.* (2015) en el que se afirmaba:

«Los datos de persistencia indican que una gran mayoría (80-95%) de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentado tras la pubertad la Disforia de Género²⁰⁻²²»

Como, en aquellos tiempos, en la realidad no estábamos observando de ninguna manera ese porcentaje de *desistimientos*, sospechamos de esas cifras, le seguimos la pista a las referencias 20-22 (Cohen-Kettenis, 2008; Steensma *et al.* 2013; Steensma *et al.* 2011) que da Esteva (2015) y, tirando del hilo de la cadena de referencias que les siguen a estas, pudimos descubrir, con bastante rubor por nuestra parte, la poca rigurosidad que había tanto en el uso de referencias, como en las fuentes originales de las que surgen esos porcentajes, desmascarando la falsedad de aquellos datos, como publicamos en un comentario (Mayor y Beranuy, 2017) a dicho *Documento de posicionamiento*.

Estudios recientes nos ofrecen porcentajes muchísimo más bajos: Olson *et al.* (2022) en un estudio longitudinal encuentran un 2,5% de retransiciones; van der Loos *et al.* (2022), un 2% de abandonos de tratamiento hormonal en la adolescencia; las Unidades de Género en España, a la espera de que publiquen sus datos, informan de porcentajes de «desistimientos» igual de bajos, alrededor de un 2% (García García *et al.*, 2024; García de Pablo *et al.*, 2024).

Es curioso observar que Asenjo-Araque, segunda autora del *Documento de posicionamiento* (Esteve *et al.* 2015) firma ese mismo año otro artículo (Asenjo-Araque *et al.* 2015) en el que afirman con una muestra de 45 menores de la Unidad de Género del Hospital Ramon y Cajal de Madrid que «El número (...) de casos (...) en los que persiste el diagnóstico y que continúan (...) el tratamiento (...) es de 43 (95% del total)» y añaden «El número de menores que abandonaron la UTIG (...) es 2 (4,4%) por motivos de cambio de residencia». O sea que, en su muestra, ¡hay 0 desistimientos!

Aún así, en el *Documento de posicionamiento* (Esteve *et al.* 2015), que también firma Asenjo-Araque (que no ha visto en su Unidad ningún desistimiento), después de afirmar que «Los datos de persistencia indican que una gran mayoría (80-95%) de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentado tras la pubertad la DG²⁰⁻²²», a renglón seguido, añadían: «Por consiguiente, las valoraciones psicológicas en niños deben ser más cuidadosas aún que en adultos, deben ser realizadas por personal especializado en DG y deben evitar en lo posible intervenciones médicas dañinas o irreversibles». Quienes firman este artículo, responsables de distintas Unidades de Género, son quienes mejor saben que con los niños (y niñas) prepuberales no se realiza ninguna intervención médica, ¡menos aún dañina o irreversible! Sin comentarios... Por cierto, esto era en 2015. Hoy en día, hay quienes sigue manteniendo esos argumentos

El segundo ejemplo de investigación sobre el que quiero reflexionar hace referencia al estudio que publican Olson *et al.* en 2016, con una muestra de 73 niñas y niños de entre 3-12 años que han realizado el tránsito social, y un grupo de control. Este estudio encuentra en su muestra tasas mucho más bajas de psicopatología internalizada que las que se venían dando en estudios anteriores sobre niños y niñas con *disforia de género* que no habían hecho el tránsito. Y comparando con su grupo de control, encuentran niveles de depresión normativos y niveles sólo marginalmente elevados de ansiedad. Es decir, que su salud mental es similar a la de sus iguales cis.

Este estudio fue muy del agrado de las asociaciones de familias porque demostraba que lo que las familias que aceptaban la identidad sexual expresada y acompañaban el tránsito estaban haciendo «estaba bien».

Esta publicación fue criticada por Schumm & Crawford (2020), quienes, señalando fallos metodológicos en el artículo de Olson *et al.* (2016), afirman que algunas de las conclusiones de dicho estudio no se sostienen a partir de los datos presentados. Es más, re-analizan los datos brutos de dicho estudio y afirman que si bien los niños y niñas trans tienen niveles de depresión solo ligeramente mayores que los niños y niñas cis, los niveles de ansiedad son significativamente mayores.

En realidad esto coincide con lo que la mayoría de familias venía observando; es decir, que a diferencia de lo que se afirmaba en el estudio de Olson *et al.* (2016), sus hijas e hijos, en relación a sus iguales cis, tenían algunas dificultades y malestares *extras*. Lo que de ninguna manera pone en cuestión el artículo de Schumm & Crawford (2020) es que los datos recogidos por Olson *et al.* (2016) de aquellas niñas y niños que habían hecho el tránsito eran muchísimo mejores que los de los estudios previos sobre menores diagnosticados con disforia de género que no habían hecho el tránsito.

Pero más allá de si los niños y niñas que han hecho el tránsito están igual de bien, o no, que sus iguales cis, la pregunta clave es si realizar dicho tránsito mejora su calidad de vida, o no.

Para ello, y tal como indican Olson *et al.* (2016) en su artículo, será necesario realizar estudios que analicen el bienestar de estos niños y niñas antes y después del tránsito, para conocer exactamente cuáles son las consecuencias en la salud mental de realizar dicho tránsito.

Eso es lo que hicimos en una investigación en la Universidad del País Vasco (Martxueta *et al.* 2020, informe interno) en la que participaron 335 personas: 229 madres y padres (71% madres) de niñas, niños y jóvenes (3-18 años) que habían realizado el tránsito, 49 tutoras/es escolares (80% mujeres), 57 adolescentes trans (20 chicas y 37 chicos), edad media 14 años. Diseñamos un cuestionario con 63 items en el que recogíamos situación socio-emocional, vivencia de la propia identidad y del cuerpo, y apoyo familiar y social percibido, tanto antes como después del tránsito.

Los resultados muestran que cada una de las variables estudiadas mejora de forma significativa tras el tránsito: disminuyen los niveles de depresión y ansiedad; disminuyen las autolesiones y los intentos de suicidio; en el ámbito escolar y social, aumenta el apoyo por parte de sus iguales y disminuye el acoso que sufren; mejora su autoestima, la seguridad que tienen en sí (especialmente en el caso de las chicas), y también la aceptación del propio cuerpo...

Desafortunadamente, debido a dificultades logísticas derivadas del hecho de que esta investigación se llevó a cabo sin ninguna financiación, los resultados no han sido aun publicados en ninguna revista científica. Cosas que pasan también con el método científico.

LA VIVENCIA DEL CUERPO

Querría terminar hablando de una cuestión que considero vital, sobre la que hasta ahora se ha investigado muy poco, y de la que es necesario conocer más para poder acompañarla: la vivencia que tienen estas chicas y chicos de su propio cuerpo, y especialmente de sus genitales.

Hay una idea extendida de que las personas transexuales odian sus genitales, los rechazan, les dan asco. Y que esto es algo *per se*. De hecho, hay muchas de estas niñas, niños y adolescentes que tienen una muy mala vivencia de sus genitales, que nunca los mencionan, que los ocultan incluso en el hogar, que no los quieren ni ver. Hasta hace muy poco tiempo a estas niñas y niños siempre se les decía (y en la mayoría de casos se les sigue diciendo) una y otra vez: «No puedes ser niña porque tienes pito» o «No puedes ser niño porque tienes rajiita». Es decir se les niega su identidad señalando sus genitales.

Estamos descubriendo que la vivencia negativa del propio genital está condicionada por el resultado de la siguiente ecuación mental: «Si no puedo ser quien soy por tener lo que tengo, entonces no quiero tener lo que tengo para poder ser quien soy». Terrible que a tan tempranas edades sea esto lo que están elaborando en sus cabecitas. Aterrador recoger testimonios de niñas que han intentado automutilarse los genitales.

Pero estamos ya observando una nueva realidad hasta hace muy poco tiempo desconocida: niñas y niños a quienes se les ha aceptado su identidad desde edades tempranas, a quienes no se les han contrapuesto sus genitales con su identidad, y que además han podido saber que «hay niñas con pene y niños con vulva». En su caso, se observa que están viviendo sus genitales con bastante más tranquilidad y armonía; en algunos casos, incluso con una ab-

solita aceptación. De hecho, hay quienes comparten su desnudez infantil con sus amigos y amigas, en las duchas, en la piscina, en la playa...

También observamos que la gran mayoría de niñas y niños que han hecho el tránsito en la infancia, incluso quienes han tenido en la infancia una buena vivencia de sus genitales, sienten incomodidad con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios al llegar a la pubertad, piden acceder a bloqueadores y a hormonación cruzada, y el acceso a estos tratamientos les aporta bienestar y mejora su calidad de vida.

Por otra parte, la mayoría de los chicos que hacen el tránsito tras la pubertad y han desarrollado ya el pecho decide practicar una mastectomía. En algunos casos, incluso aunque no sientan que tienen ningún problema con sus pechos, más allá de la dificultad que les supone su pecho en la mirada de los demás.

Tanto si han hecho el tránsito en la infancia como si lo han hecho tras la pubertad, también observamos que cuando alcanzan la mayoría de edad (y por razones diferentes) la mayoría de las chicas están decidiendo hacer cirugía en sus genitales, y la mayoría de los chicos, en cambio, no.

Será necesario seguir investigando para comprender mejor sus vivencias y necesidades. Y, decidan lo que decidan respecto a su cuerpo, el objetivo será que puedan tener una buena vivencia del mismo.

Claro que, como sociedad, tendremos que empezar a cuestionar la normativización de los cuerpos impuesta y que tanto daño causa a estas chicas y chicos (y a todas las personas); a celebrar la belleza de la diversidad y a cultivar la importancia de sentir, cuidar, amar, aceptar y gozar el propio cuerpo. Un precioso reto.

CONCLUSIONES

Para acompañar mejor, necesitamos comprender mejor. Para ello va a ser fundamental que quienes nos acercamos a esta realidad desde diferentes disciplinas académicas y desde diferentes ámbitos profesionales lo hagamos con humildad y escuchando a las infancias, adolescencias, y personas adultas trans, y a su familias.

Es más, tendremos que pasar de que las personas trans sean un objeto de estudio, a que sean sujeto activo en la generación de este conocimiento.

En los últimos 10 años los avances en la comprensión y el acompañamiento de las infancias y adolescencias trans han sido imparables pero visto lo que está sucediendo en otros países como Reino Unido o Italia, parece que se avecina tormenta. Por ello va a resultar imprescindible posibilitar diálogos, construir puentes y generar redes. Ese es uno de los objetivos de este Congreso.

Para poder seguir construyendo un mundo un poco más amable, un mundo donde se valore y se cultive la diversidad, un mundo en el que quepan todos los mundos... un mundo mejor.

REFERENCIAS

- Amezúa, E. (1999). Teoría de los sexos. La letra pequeña de la sexología. *Revista Española de Sexología - INCISEX*, (95–96).
- Asenjo-Araque, N., García-Gibert, C., Rodríguez-Molina, J. M., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., & Grupo GIDSEEN. (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes*, 2(1), 33–36. <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-19.pdf>
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1892–1897.
- Esteva, I., Asenjo, N., Hurtado, F., Fernández-Rodríguez, M., Vidal, A., Moreno-Pérez, O., Lucio, M. J., López, J. P., & Grupo GIDSEEN. (2015). Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, 1(6), 45–48. <http://dx.doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Mar.275>
- García de Pablo, I., Díaz Martín, C., Ontoria Betencort, M. C., Cabrera García, P., & Portela Liste, A. (2024). Destransiciones en los últimos 5 años en una unidad de atención a menores transexuales. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 15(Suppl 2), 272.
- García García, E., De Lara, I., & Dueñas, S. (2024). Adherencia al proceso asistencial en una cohorte de niños y adolescentes transgénero. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 15(Suppl 2), 116.
- González-Mendiondo, L., Mayor, A., & Moyano, N. (2024). The role of healthcare professionals in the transition process: A qualitative study of families of trans children and adolescents. *Healthcare*, 12(10), 974. <https://doi.org/10.3390/healthcare12100974>
- González-Mendiondo, L., Moyano, N., & Mayor, A. (2023). Acompañar la transexualidad desde la escuela: Un estudio cualitativo con las familias. *Revista de Psicodidáctica*, 29(5). <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2023.08.001>
- González-Mendiondo, L., Moyano, N., & Mayor, A. (2024). «I don't want to be a girl. I am a girl!»: Experiences before, during, and after transition in families with trans children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 33(6), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02832-z>
- Landarroitajauregi, J. (2000). Términos, conceptos y reflexiones para una comprensión sexológica de la transexualidad. *Anuario AEPS*, 6.
- Landarroitajauregi, J. (2013). Género genital o la obligación legal de estar genitalmente clasificado. En *Genus, genitales y generación*. Iesus.
- Landarroitajauregi, J. (2018). Sexo, identidad sexual y menores transexuales. En N. Barqui, G. Genise, & D. O. Tolosa (Eds.), *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans* (pp. 129–176). Buenos Aires: Akadia.
- Martxueta, A., Mayor, A., Cepa, E., Etxeberria, J., & Pizarro, J. J. (2020). La importancia del tránsito en el desarrollo psicosocial de menores transexuales. *Mirada y visión desde la propia vivencia, la familia y la escuela*. Informe interno. Universidad del País Vasco (EHU).
- Mayor, A. (2018). Avances en la comprensión y el acompañamiento de la transexualidad infantil. En N. Barqui, G. Genise, & D. O. Tolosa (Eds.), *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans*. Akadia.
- Mayor, A. (2020). *Tránsitos. Comprender la transexualidad infantil y juvenil a través de los relatos de madres y padres*. Bellaterra.
- Mayor, A., & Beranuy, M. (2017). Comentario a Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, 8(1), 59–60.

- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3), e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Schumm, W. R., & Crawford, D. W. (2020). Is research on transgender children what it seems? Comments on recent research on transgender children with high levels of parental support. *The Linacre Quarterly*, 87(1), 9–24. <https://doi.org/10.1177/0024363919884799>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499–516.
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590.
- van der Loos, M. A. T. C., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiegjes, C. M. (2022). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(12), 869–875. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00254-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00254-1)

¿A qué nos referimos cuando hablamos de evidencia en salud trans?

Prof. Dr. Jon Arcelus

Nottingham Young People Gender Service & University of Nottingham, Nottingham, UK.

jon.arcelus@nottingham.ac.uk

INTRODUCCIÓN

El campo de la salud trans está atravesando tiempos difíciles, en los que la desinformación promovida por diversos medios está pesando más que la ciencia y la evidencia. En los últimos años, el número de publicaciones cuestionando a las personas trans en periódicos europeos y estadounidenses ha aumentado de manera alarmante, contribuyendo a consolidar una narrativa anti-trans que está afectando directamente a los servicios de salud para estas personas.

Como resultado, muchos países han comenzado a replantearse la oferta de servicios de salud para personas trans, especialmente jóvenes trans. Durante años, muchos países europeos y americanos se han basado en estudios y modelos de atención de países con una larga trayectoria en salud trans, como los Países Bajos y el Reino Unido. Sin embargo, los recientes cambios en algunos de estos países, particularmente en el Reino Unido, están teniendo un impacto devastador en los servicios para personas trans en todo el mundo.

El elevado número de personas que acuden a los servicios de salud trans, reflejado en largas listas de espera en algunos países, ha llevado a cuestionar si estos servicios funcionan adecuadamente o si, en realidad, la existencia de estos servicios está fomentando que las personas se identifiquen como transgénero o de género diverso. Impulsados por ciertas ideologías, algunos modelos de atención han sido modificados, e incluso se han cerrado servicios con una larga trayectoria y experiencia, como el servicio para jóvenes trans de Londres (GIDS). Esta situación ha afectado principalmente a las personas jóvenes, ya que, erróneamente, se asume que solo a partir de los 18 años las personas pueden tomar decisiones sobre su cuerpo en el ámbito de la salud trans, algo que no ocurre en otras áreas de la medicina.

La justificación para cambiar y cerrar servicios en algunos de estos países ha sido la «falta de evidencia». Pero, ¿qué significa realmente la «evidencia» en medicina y, en particular, en la salud trans?

EVIDENCIA Y LOS STANDARDS OF CARE

Durante el desarrollo de las nuevas guías de la WPATH (Asociación Mundial de Profesionales que Trabajan en la Salud Trans), específicamente la octava edición de los Standards of Care (SOC-8) (Coleman *et al.*, 2022), se exploró en profundidad el concepto de evidencia y sus diferentes niveles. Con la colaboración de expertos de universidades de Estados Unidos y el Reino Unido, se diseñó un proceso para evaluar la evidencia en salud trans y elaborar recomendaciones para los profesionales de la salud.

En medicina, la mejor evidencia proviene de los estudios controlados aleatorios, que se consideran el estándar de oro para evaluar tratamientos, pero que, por razones éticas, no siempre pueden llevarse a cabo. Las revisiones sistemáticas y metaanálisis, que analizan la evidencia de múltiples estudios, permiten sintetizar la mejor información disponible, aunque esto requiere la interpretación de expertos. En muchas áreas de la salud, especialmente en campos emergentes, solo existen estudios cohortes, casos-control, y estudios transversales y descriptivos. Esto es lo que ocurre en el campo de la salud trans. La evidencia en estos casos se considera de baja calidad, lo que implica que en aquellos casos en que los estudios aleatorios no son posibles por razones éticas, la evidencia siempre será considerada más limitada.

Como señala el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE), es crucial también considerar la opinión de expertos al analizar la evidencia en campos de salud emergentes, donde los estudios aleatorios o longitudinales aún no existen.

EL PROCESO DE DESARROLLO DEL SOC-8

El desarrollo de las guías SOC-8 siguió los parámetros establecidos por NICE y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) para la formulación de guías de salud. El proceso incluyó cinco etapas: 1) definir las preguntas a responder, 2) seleccionar las bases de datos bibliográficas, 3) buscar y recopilar bibliografía, 4) resumir y evaluar los artículos existentes relacionados con las preguntas, y 5) interpretar los resultados por un comité compuesto por profesionales, proveedores y usuarios de los servicios.

Dado que el SOC-8 fue diseñado para profesionales de salud que trabajan con personas trans y de género diverso a nivel global, las guías debían ser flexibles. La necesidad de que las guías sean aplicables en diferentes contextos conlleva complejidades, especialmente en países donde las realidades sociales y políticas varían. Todas las guías de salud deben ser flexibles, ya que su propósito es guiar al profesional, quien es el encargado de elegir el tratamiento más adecuado según el caso específico.

El grupo encargado del desarrollo del SOC-8 estaba compuesto por profesionales y usuarios de todo el mundo, pero principalmente de Estados Unidos, Canadá y Europa, que son de donde proviene la mayoría de la literatura. Después de definir las preguntas, se utilizó el sistema PICO (Población, Intervención, Control, y Resultado (*Outcome*)) para estructurar las preguntas, un método recomendado para la creación de guías. Aunque el SOC-8 no se enfoca principalmente en tratamientos, va mucho más allá.

Basándose en estas preguntas, una reconocida universidad de Estados Unidos realizó 37 revisiones sistemáticas independientes. Los autores de estas revisiones encontraron que,

para muchas de las preguntas planteadas, la evidencia era de baja calidad. Esto no fue una sorpresa, ya que esto se debía a factores como el bajo número de participantes en los estudios, la naturaleza observacional de los mismos, el corto periodo de seguimiento, la falta de financiación, y la ausencia de estudios aleatorios.

Aunque la evidencia era baja, esto no significaba que no existiera. En muchas áreas de medicina se hacen recomendaciones a pesar de contar con evidencia de baja calidad. Por ejemplo, en el caso de los trastornos alimentarios, la evidencia sobre qué intervenciones psicológicas son efectivas es baja o muy baja, según el NICE, pero aun así se recomienda su uso. Nadie concluyó que, debido a la baja evidencia, se debieran cerrar servicios o no ofrecer tratamientos. ¿Por qué, entonces, la situación es diferente en el ámbito de la salud trans y por qué ha generado tanto debate?

Un punto interesante es que incluso el informe Cass —The Cass Report (Cass *et al.*, 2024), que ha generado gran controversia en el Reino Unido y a nivel mundial, desaconseja el uso de bloqueadores hormonales para jóvenes trans debido a la falta de evidencia, pero, curiosamente, recomienda intervenciones psicológicas, a pesar de que la evidencia sobre éstas es aún más limitada. Esto apunta a una posible agenda política peligrosa, orientada a discriminar a las personas trans.

Es cierto que la evidencia en salud trans es insuficiente y que se deben hacer mayores esfuerzos para aumentarla. Sin embargo, este reto se complica cuando gobiernos de tendencias conservadoras recortan financiamiento para la investigación en salud trans. Los expertos en el desarrollo de guías han señalado que, cuando la evidencia es baja, una buena práctica es recurrir a la opinión de expertos (Neumann & Schünemann, 2020), algo que el informe Cass decidió no hacer.

Para abordar este desafío, el SOC-8 incorporó el método Delphi, una estrategia ampliamente utilizada para desarrollar recomendaciones consensuadas basadas en la opinión de expertos. Un total de 128 personas expertas en salud trans votaron cada recomendación un máximo de tres veces, y solo cuando el 75% de los votantes aceptó una recomendación, esta fue incluida en el SOC-8.

Las recomendaciones se dividieron en fuertes y débiles, dependiendo de los contextos. Posteriormente, se abrió un periodo de comentarios públicos de 8 semanas, cuando se recibieron más de 2,000 comentarios. A partir de estos, se realizaron algunos ajustes, y las guías fueron publicadas en 2022, después de casi 5 años de trabajo.

Desde el inicio del proceso de desarrollo del SOC-8 hasta su finalización, el mundo había cambiado rápidamente en cuanto a la tolerancia y aceptación de las personas trans y de género diverso. Esto ha provocado que las guías sean criticadas en algunos países donde los avances en la no aceptación de estas personas han sido más notorios. No obstante, las guías se han traducido ya a 15 idiomas (noruego, portugués, mandarín, georgiano, ucraniano, tailandés, croata, montenegrino, italiano, checo, bosnio, español, francés, serbio, ruso) y muchas más traducciones están en camino. Esto es una señal positiva de su creciente influencia.

COMPARACIÓN DEL SOC-8 CON OTRAS GUÍAS DE SALUD TRANS

Al comparar el desarrollo del SOC-8 con otras guías similares en este campo, se observa una gran variación en el número de autores, el número de revisiones sistemáticas, el uso de

PICO o Delphi y la transparencia del proceso. Otras guías influyentes, que han impactado los servicios a nivel mundial, carecen de transparencia en su proceso y no cuentan con comités claros que interpreten la información, lo cual es crucial. Estas guías mencionan la falta de evidencia por la ausencia de estudios aleatorios, pero no ofrecen metodologías éticas para realizar investigaciones que puedan responder a las preguntas planteadas. Por lo tanto, la evidencia nunca podrá existir.

CONCLUSIÓN

El desarrollo de la octava edición del SOC fue un proceso largo y complejo que duró casi 5 años. Este nuevo SOC-8 ha sido creado utilizando una metodología diferente a la de la séptima edición (SOC-7) y combina revisiones sistemáticas con el proceso Delphi en todos los capítulos. Al igual que en cualquier artículo científico, es fundamental evaluar la metodología utilizada para desarrollar las recomendaciones. Este artículo tiene como objetivo presentar de manera crítica y transparente el proceso de creación del SOC-8 y compararlo con otras guías que han recibido más financiamiento y apoyo político.

Entender cómo se han formulado las recomendaciones del SOC-8, o de cualquier otra guía, es crucial para poder evaluarlas de manera crítica. Vivimos en una época en la que la influencia política está tratando de redefinir lo que entendemos por evidencia, y esto representa un peligro para el bienestar de las personas trans.

REFERENCIAS

- Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People commissioned by NHS England (2024)- The Cass report, NHSE, London
- Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, ... & J. Arcelus (2022). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl.1), S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644
- Neumann & Schünemann (2020) *Guideline groups should make recommendations even if the evidence is considered insufficient*. Canadian Medical Association Journal.192(2): E23-E24.
- WHO handbook for guideline development — 2nd ed. (2014) World Health Organization (ISBN 978 92 4 154896 0)

The Dutch Approach for Transgender Adolescents; Past, Present and Future Perspectives on Evidence and Ethics

Annelou LC de Vries, MD, PhD, Ass. Prof., PI

Amsterdam University Medical Center, Vrije Universiteit
Department of Child and Adolescent Psychiatry & Center of Expertise on Gender Dysphoria
alc.devries@amsterdamumc.nl

INTRODUCTION

Medical care for transgender adolescents has been provided for more than three decades in the Netherlands. This approach has become known as the ‘Dutch model’ (Shumer & Spack, 2015) and has become the internationally dominant care model (Coleman *et al.*, 2022; Hembree *et al.*, 2017). First it was possible for adolescents from age 16 years to access masculinizing or feminizing hormones (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997) followed by the introduction of gonadotropin releasing hormone analogues (GnRHa), also known as puberty blockers (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998), to prevent development of sex characteristics for those aged 12 to 16 years GnRHa treatment, which blocks puberty in a reversible manner, and meant to relieve the acute psychological distress of transgender youth when they experience the physical changes of puberty (Cohen-Kettenis, *et al.*, 2008). It aimed to provide time and peace of mind before making decisions regarding masculinizing or feminizing hormones and gender affirming surgeries with life-long consequences.

The increased visibility, acceptance and availability of medical gender affirming care has been accompanied by increased referral rates, the origins of which are being debated. Another concern involves the limited evidence base for the care model, especially for the more recently referred adolescents that may differ from the population that took part in earlier studies (Levine *et al.*, 2022; Ludvigsson *et al.*, 2023). In the US, many states have installed laws that criminalize this care and the current presidency announced to ban adolescent medical transgender care on a federal level (Harman, 2024; Montague, 2025). In Europe, some countries have restricted their national guidelines for medical affirming transgender care for adolescents, although puberty blockers can still be provided (Socialstyrelsen, 2022)). In contrast, other European countries have (re)authorized national guidelines in line with the Dutch approach as well as the World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care (Brezin *et al.*, 2024; *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* [DGKJP], 2025).

Against this background, this paper describes how the care for transgender adolescents involving medical interventions was started by Dutch clinicians and researchers three

decades ago. It describes the research that was done to evaluate its effects on a wide range of outcomes. These include gender dysphoria, mental health and general functioning and discontinuation rates as well as bone density, growth, neurodevelopment, fertility desires, sexuality and affirming surgery outcomes. Ethical studies on moral challenges, decision making capacity and ethical support are also described.

METHODS

Research evaluations of the Amsterdam Center of Expertise on Gender Dysphoria of this care focusing on gender dysphoria, mental health, general functioning and discontinuation rates as well as studies on bone density, growth, neurodevelopment, fertility desires, sexuality and affirming surgery outcomes will be summarized. Ethical studies around early interventions, decision making capacity and moral challenges are summarized.

RESULTS

With regard to desired effects, studies show that puberty suppression is effective in stopping (further) development of pubertal physical sex characteristics and gender affirming hormones and surgeries are effective in feminizing or masculinizing the body and gender dysphoria is relieved after gender affirming medical treatment (GAMT) (e.g. Boogers *et al.*, 2024a, Boogers *et al.*, 2024b, Boogers *et al.*, 2024c, Klaver *et al.*, 2018, Hannema *et al.*, 2017, Schagen *et al.*, 2016, Stoffers *et al.*, 2019, Bouman *et al.*, 2016, de Vries *et al.*, 2014, de Vries *et al.*, 2011, van der Miesen *et al.*, 2020, Vernimmen *et al.*, submitted). Mental health improved in several domains when on blockers, in a pre-post treatment design as well as in a cross-sectional design involving a control group, and was comparable to same age peers in young adulthood after hormones and surgery (Arnoldussen *et al.*, 2022b, de Vries *et al.*, 2014, de Vries *et al.*, 2011, van der Miesen *et al.*, 2020). Surgically, puberty suppression resulted in reduced need for mastectomy in transgender males, and less invasive approaches (van de Grift *et al.*, 2020). Mastectomy performed at age of 16 or 17 had no different short-term outcomes, including decisional regret, compared to when performed at age 18-20 (Vernimmen *et al.*, submitted).

With regard to undesired possible harmful effects, discontinuation rates of hormonal affirming treatment are very low in our cohort (Brik *et al.*, 2020, van der Loos *et al.*, 2022). Growth and bone density decline during puberty suppression but catch up after the introduction of sex hormones, although bone density not fully in trans women (Boogers *et al.*, 2023, Boogers *et al.*, 2022, van der Loos *et al.*, 2023b, van der Loos *et al.*, 2021, van der Loos *et al.*, 2024, Schagen *et al.*, 2020, Vlot *et al.*, 2017, Willemsen *et al.*, 2023). GnRHa had no effect on blood pressure and lipid profiles although obesity occurs at higher rates in transgender young adults compared to the Dutch population (Klaver *et al.*, 2020, Klaver *et al.*, 2018). Limited penis growth results in early puberty suppressed trans females to be less likely to undergo a penile inversion vaginoplasty (van der Grift *et al.*, 2020). Sexual milestones are delayed but increase after gender affirming care (Bungener *et al.*, 2020). Sexual satisfaction and ability to orgasm was similar in both early and late puberty suppressed adolescents (van der Meulen *et al.*, 2025). Two studies focusing on the effects of

puberty suppression on neurodevelopment, did not reveal any harmful effects (Arnoldussen *et al.*, 2022a, Staphorsius *et al.*, 2015).

Fertility and fertility preservation has become a topical subject in care for transgender adolescents. Survey and interview studies in early treated transgender adults looking back at their decisions when in adolescent age, show that a substantial part of them struggle with their (by law obliged) infertility, although they prioritized their GAMT above their child wish (Asseler *et al.*, 2024, de Nie *et al.*, 2024, Stolk *et al.*, 2025, Stolk *et al.*, 2024). Fertility preservation is now offered to all adolescents who start GAMT.

Ethically, adolescents are assessed to be able to make informed decisions, although ethical challenges are experienced by care-providers (Vrouenraets *et al.*, 2021). To support decision making in transgender care, ethical support tools are developed and moral case deliberations might be helpful (de Snoo-Trimp *et al.*, 2022, Gerritse *et al.*, 2018, Vrouenraets *et al.*, 2020).

DISCUSSION

In the Netherlands, adolescent transgender care development has been accompanied by evaluation studies on outcomes of this step-wise approach from least to increasingly invasive GAMT. Balancing the benefits and risks and factoring in the ethical dilemma's around adolescent transgender care has also always been part of the clinical as well as the research work.

When balancing the benefits and the potential risks, from the Dutch studies to date we can with more confidence conclude that the benefits outrisk the potential harms as we did in earlier publications during the early days of providing blockers (Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011).

FUTURE DIRECTIONS

That doesn't mean that there aren't several topics that deserve further research e.g. there is need for well-designed studies (Chen *et al.*, 2020) to further evaluate neurodevelopmental outcomes. Further studies with longer follow-up are also necessary to identify reasons for discontinuation of GAMT. How Dutch results compare with other centers and contexts is also important, as studies from other countries suggest their referred population and outcomes may not be the same (Boogers *et al.*, 2024d). Also, future research should aim to investigate how diverse developmental pathways or other baseline characteristics like autistic features relate to treatment outcomes and decision making practices throughout GAMT. Decision-aids and more long-term research are of importance to support this process, including evidence-based patient selection for treatment before 18 years. And on a more fundamental level there is a need for a discussion on how effectiveness of GAMT for adolescents should be assessed, for which it is important to include the perspectives and experiences of transgender adolescents and make use of e.g. participatory action research methods (Oosthoek *et al.*, 2024).

CONCLUSION

Although the Dutch findings are reassuring, uncertainties still exist around transgender adolescent medical care that ask for closely linked further research, which should include the transgender adolescents' perspectives and experiences. While waiting for the study results however, not providing early treatment with blockers and hormones in transgender adolescents is not a neutral option (de Vries & Hannema, 2023). Like Kreukels & Cohen-Kettenis already reported in their paper in 2011 (Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011), transgender young people who apply for GAMT, consider not experiencing the puberty of their experienced gender more harmful than missing the puberty of their birth sex. Not providing them with early GAMT, and letting them wait till adulthood, will hamper them in their adolescent development with a high likelihood of psychological suffering as well as life long consequences with regard to their physical appearance incongruent with their experienced gender.

ACKNOWLEDGEMENT

This article is a shortened version of an article that I co-authored with Thomas D. Steensma, Baudewijntje P.C. Kreukels, Tim C. van de Grift, Norah M. van Mello and Sabine E. Hannema that is submitted and under review to the European Journal of Developmental Psychology.

REFERENCES

- Arnoldussen, M., Hooijman, E. C., Kreukels, B. P., & de Vries, A. L. (2022a). Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 27(4), 1069–1076. <https://doi.org/10.1177/13591045221091652>
- Arnoldussen, M., van der Miesen, A. I. R., Elzinga, W. S., Alberse, A. E., Popma, A., Steensma, T. D., & de Vries, A. L. C. (2022b). Self-Perception of Transgender Adolescents After Gender-Affirming Treatment: A Follow-Up Study into Young Adulthood. *LGBT health*, 9(4), 238–246. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0494>
- Asseler, J. D., de Nie, I., van Rooij, F. B., Steensma, T. D., Mosterd, D., Verhoeven, M. O., Goddijn, M., Huirne, J. A. F., & van Mello, N. M. (2024). Transgender persons' view on previous fertility decision-making and current infertility: a qualitative study. *Human reproduction (Oxford, England)*, 39(9), 2032–2042. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae155>
- Boogers, L. S., Reijtenbagh, S. J. P., Wiepjes, C. M., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2024a). Time Course of Body Composition Changes in Transgender Adolescents During Puberty Suppression and Sex Hormone Treatment. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 109(8), e1593–e1601. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad750>
- Boogers, L. S., Sardo Infirri, S. A., Bouchareb, A., Dijkman, B. A. M., Helder, D., de Blok, C. J. M., Liberton, N. P. T. J., den Heijer, M., van Trotsenburg, A. S. P., Dreijerink, K. M. A., Wiepjes, C. M., & Hannema, S. E. (2024b). Variations in volume; Breast size in trans women in relation to timing of testosterone suppression. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, dgae573. Advance online publication. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae573>

- Boogers, L. S., Sikma, B. T., Bouman, M. B., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., Wiepjes, C. M., & Hannema, S. E. (2024c). Shaping the skeleton: impact of GnRH analogue and sex hormone therapy on skeletal dimensions in transgender individuals. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, dgae574. Advance online publication. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae574>
- Boogers, L. S., van der Loos, M. A. T. C., Wiepjes, C. M., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2023). The dose-dependent effect of estrogen on bone mineral density in trans girls. *European journal of endocrinology*, 189(2), 290–296. <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad116>
- Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Klink, D. T., Hellinga, I., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2022). Transgender Girls Grow Tall: Adult Height Is Unaffected by GnRH Analogue and Estradiol Treatment. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 107(9), e3805–e3815. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac349>
- Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Klink, D. T., Ciancia, S., Romani, A., Stolk, T. H. R., van den Boogaard, E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., Fisher, A. D., Cools, M., & Hannema, S. E. (2024d). A European Network for the Investigation of Gender Incongruence in adolescents. *The journal of sexual medicine*, 21(4), 350–356. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae014>
- Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., Buncamper, M. E., Özer, M., Mullender, M. G., & Meijerink, W. J. H. J. (2016). Primary Total Laparoscopic Sigmoid Vaginoplasty in Transgender Women with Penoscrotal Hypoplasia: A Prospective Cohort Study of Surgical Outcomes and Follow-Up of 42 Patients. *Plastic and reconstructive surgery*, 138(4), 614e–623e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002549>
- Brezin, F., Busiah, K., Leroy, C., Fiot, E., Bensignor, C., Amouroux, C., Caquard, M., Cartault, A., Castets, S., Delcour, C., Devernay, M., Feigerlova, E., Hoarau, M., Lebon-Labich, B., Lambert, A., Rouleau, S., Trouvin, M., Vautier, V., & Martinerie, L. (2024). Endocrine management of transgender adolescents: Expert consensus of the french society of pediatric endocrinology and diabetology working group. *Archives de Pédiatrie*. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2024.08.003>
- Brik, T., Vrouenraets, L. J. J., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria. *Archives of sexual behavior*, 49(7), 2611–2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
- Bungener, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A., & Steensma, T. D. (2020). Sexual Experiences of Young Transgender Persons During and After Gender-Affirmative Treatment. *Pediatrics*, 146(6), e20191411. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1411>
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., Dahl, R., ... Garofalo, R. (2020). Consensus Parameter: Research Methodologies to Evaluate Neurodevelopmental Effects of Pubertal Suppression in Transgender Youth. *Transgender health*, 5(4), 246–257. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European child & adolescent psychiatry*, 7(4), 246–248. <https://doi.org/10.1007/s007870050073>
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: changing insights. *The journal of sexual medicine*, 5(8), 1892–1897. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x>

- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., Nieder, T. O., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International journal of transgender health*, 23(Suppl 1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- de Nie, I., Asseler, J. D., Arnoldussen, M., Baas, S., de Vries, A. L. C., Huirne, J. A. F., Steensma, T. D., den Heijer, M., & van Mello, N. M. (2024). Reflecting on the Importance of Family Building and Fertility Preservation: Transgender People’s Experiences with Starting Gender-Affirming Treatment as an Adolescent. *Transgender health*, 9(4), 298–306. <https://doi.org/10.1089/trgh.2022.0135>
- de Snoo-Trimpp, J., de Vries, A.L.C., Molewijk, B., & Hein, I. (2022). How to deal with moral challenges around the decision-making competence in transgender adolescent care? Development of an ethics support tool. *BMC medical ethics*, 23(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00837-1>
- de Vries A. L. C. (2023). Ensuring Care for Transgender Adolescents Who Need It: Response to ‘Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents and Young Adults’. *Journal of sex & marital therapy*, 49(1), 108–114. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2084479>
- de Vries, A. L. C., & Hannema, S. E. (2023). Growing Evidence and Remaining Questions in Adolescent Transgender Care. *The New England journal of medicine*, 388(3), 275–277. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2216191>
- de Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- de Vries, A. L., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *The journal of sexual medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2025): S2k-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung. AWMF-Registernr. 028-014. Version 1.0, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-014>, accessed July 30th 2025
- Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral Challenges in Transgender Care: A Thematic Analysis Based on a Focused Ethnography. *Archives of sexual behavior*, 47(8), 2319–2333. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3>
- Hannema, S. E., Schagen, S. E. E., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2017). Efficacy and Safety of Pubertal Induction Using 17β-Estradiol in Transgirls. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 102(7), 2356–2363. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-00373>
- Harman, A. (2024, 4 december). *These 26 states have restricted Gender-Transition treatments for minors since 2021*. <https://www.nytimes.com/2024/12/04/us/gender-transition-bans-states.html#>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T’Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal Of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
-

- Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M. A. T. C., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2020). Hormonal Treatment and Cardiovascular Risk Profile in Transgender Adolescents. *Pediatrics*, 145(3), e20190741. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741>
- Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Early Hormonal Treatment Affects Body Composition and Body Shape in Young Transgender Adolescents. *The journal of sexual medicine*, 15(2), 251–260. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>
- Kwaliteitsstandaard transgenderzorg - somatisch. (2019, 22 november). Richtlijndatabase. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_transgenderzorg/startpagina_-_transgenderzorg.html
- Levine, S. B., Abbruzzese, E., & Mason, J. W. (2022). Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults. *Journal of sex & marital therapy*, 48(7), 706–727. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221>
- Ludvigsson, J. F., Adolfsson, J., Höistad, M., Rydelius, P. A., Kriström, B., & Landén, M. (2023). A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 112(11), 2279–2292. <https://doi.org/10.1111/apa.16791>
- Montague, Z. (2025, 28 januari). *Trump Signs Order Restricting Gender-Affirming Treatments for Minors*. New York Times. <https://www.nytimes.com/2025/01/28/us/politics/trump-trans-gender-affirming-care.html>
- Oosthoek, E. D., Stanwich, S., Gerritse, K., Doyle, D. M., & de Vries, A. L. C. (2024). Gender-affirming medical treatment for adolescents: a critical reflection on «effective» treatment outcomes. *BMC medical ethics*, 25(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01143-8>
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 105(12), e4252–e4263. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Treatment to Suppress Puberty in Gender Dysphoric Adolescents. *The journal of sexual medicine*, 13(7), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004>
- Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Paediatrics: Transgender medicine--long-term outcomes from 'the Dutch model'. *Nature reviews. Urology*, 12(1), 12–13. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2014.316>
- Socialstyrelsen. (2022). *Care of Children and Adolescents with Gender Dysphoria: Summary of National guidelines*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-1-8330.pdf>
- Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E., Wouters, F. M., Delemarre-van de Waal, H. A., & Bakker, J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: An fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 190–199. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.03.007>
- Stoffers, I. E., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The journal of sexual medicine*, 16(9), 1459–1468. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014>

- Stolk, T. H. R., van Mello, N. M., Boogers, L. S., Meißner, A., Huirne, J. A. F., Fisher, A. D., Ciancia, S., Klink, D., Cools, M., Hannema, S. E., & van den Boogaard, E. (2025). The attitudes of transgender and gender-diverse adolescents and their parents regarding fertility, parenthood, and fertility preservation before the start of puberty suppression or gender-affirming hormone therapy. *The journal of sexual medicine*, qdaf029. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf029>
- Stolk, T. H. R., van Mello, N. M., Meißner, A., Huirne, J. A. F., & van den Boogaard, E. (2024). The experience of transfeminine adolescents and their parents regarding fertility preservation via testicular sperm extraction (TESE): a qualitative study. *Human reproduction (Oxford, England)*, 39(11), 2512–2524. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae200>
- van de Grift, T. C., van Gelder, Z. J., Mullender, M. G., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Bouman, M. B. (2020). Timing of Puberty Suppression and Surgical Options for Transgender Youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>
- van der Loos, M. A. T. C., Boogers, L. S., Klink, D. T., den Heijer, M., Wiepjes, C. M., & Hannema, S. E. (2024). The natural course of bone mineral density in transgender youth before medical treatment; a cross sectional study. *European journal of endocrinology*, 191(4), 426–432. <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvae126>
- van der Loos, M. A. T. C., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2022). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands. *The Lancet. Child & adolescent health*, 6(12), 869–875. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00254-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00254-1)
- van der Loos, M. A. T. C., Klink, D. T., Hannema, S. E., Bruinsma, S., Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2023a). Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol. *The journal of sexual medicine*, 20(3), 398–409. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac029>
- van der Loos, M. A. T. C., Vlot, M. C., Klink, D. T., Hannema, S. E., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2023b). Bone Mineral Density in Transgender Adolescents Treated With Puberty Suppression and Subsequent Gender-Affirming Hormones. *JAMA pediatrics*, 177(12), 1332–1341. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.4588>
- van der Loos, M. A., Hellinga, I., Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2021). Development of Hip Bone Geometry During Gender-Affirming Hormone Therapy in Transgender Adolescents Resembles That of the Experienced Gender When Pubertal Suspension Is Started in Early Puberty. *Journal of bone and mineral research : the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 36(5), 931–941. <https://doi.org/10.1002/jbmr.4262>
- van der Meulen, I. S., Bungener, S. L., van der Miesen, A. I. R., Hannema, S. E., Kreukels, B. P. C., Steensma, T. D., Bouman, M. B., & de Vries, A. L. C. (2025). Timing of puberty suppression in transgender adolescents and sexual functioning after vaginoplasty. *The journal of sexual medicine*, 22(1), 196–204. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae152>
- van der Miesen, A. I. R., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(6), 699–704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>
- Vernimmen, A.M.J., van de Grift, T.C., Hannema, S.E., Steensma, T. D., van der Sluis, W.B., Elfering, L., de Vries, A. L. C. (Submitted) Mastectomy In 16–17 vs. 18-20-Year-Old Trans Individuals; A Study On Well-being, Gender Congruence and Decision-Making
-

- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>
- Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing Medical Decision-Making Competence in Transgender Youth. *Pediatrics*, 148(6), e2020049643. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643>
- Vrouenraets, L. J. J. J., Hartman, L. A., Hein, I. M., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., & Molewijk, B. A. C. (2020). Dealing with Moral Challenges in Treatment of Transgender Children and Adolescents: Evaluating the Role of Moral Case Deliberation. *Archives of sexual behavior*, 49(7), 2619–2634. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01762-3>
- Vrouenraets, L. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T., & de Vries, M. C. (2015). Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 57(4), 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004>
- Willemsen, L. A., Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Klink, D. T., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2023). Just as Tall on Testosterone; a Neutral to Positive Effect on Adult Height of GnRHa and Testosterone in Trans Boys. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 108(2), 414–421. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac571>

Diversidad en las miradas
sobre las realidades trans

Aniztasuna trans errealitateei
buruzko begiradetan

Conceptualizando lo trans desde el transfeminismo *queer*

Josebe Iturrioz Lopez

Activista Transfeminista. ORIARTE BHI

josebe.iturrioz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Escribo desde la incomodidad absoluta y completamente enrarecido por el formato y normatividad de este evento. Reviso el programa, sobre todo el de este primer día, y me abruma la cantidad de veces que me encuentro con el término «evidencia», se activa el miedo trans. El miedo a convertirme una vez más en un objeto de estudio. La mirada experta, la ciencia aséptica y supuestamente apolítica no ha hecho más que maltratar y violentar a mi colectivo, el colectivo trans. Al mismo tiempo comprendo perfectamente la necesidad de contribuir al saber colectivo, no solo por la necesidad del colectivo trans de ser tratado como parte de los seres humanos, sino también por la necesidad de visibilizar la violencia implícita en la adscripción normativa de los géneros y las definiciones de sexo.

No voy hablar desde la evidencia científica, más bien me basaré en el rigor del pensamiento. Me dispongo a compartir saberes que se han ido tejiendo la mayoría de las veces fuera de los muros académicos, en entornos políticos, en la colectividad de la militancia y el activismo. Tal vez pueda equivocarme, y seguro que arremeteré, sin querer, contra muchas de las evidencias que aquí se viertan, o contra muchas de las ideas que muchas de las personas expertas aquí presentes alojan en sus mentes. Seguro que, por otro lado, mis experiencias y algunas de mis palabras se entrelacen con las de otras personas compañeras de militancias y vivencias. Lo que les puedo asegurar es que mi intención es decir la verdad y aunque puede que me equivoque, vengo a defender mi punto de vista desde una mirada situada, política y vivencial.

¿QUÉ ES LO TRANS?

Antes de seguir hablando creo que es necesario definir aquello que nos ha traído aquí, que es tratar la realidad trans. No me voy a referir únicamente a la infancia trans, ya que ésta es parte de una realidad más compleja que creo que es necesario entender y tratar de definir. Bien, ¿qué es entonces lo trans? No es más que una desestabilización de la verdad aparente basada en el dimorfismo sexual y su correlato de género. Es decir, hablamos de una disrupción en la identidad de género adscrita al cuerpo humano.

Voy a tratar de diseccionar los términos con los que he definido lo trans. El primero evidentemente es el de dimorfismo sexual. Hace referencia al paradigma médico que define y produce los cuerpos a partir de la era moderna (Laqueur, 1994), donde se relegará la visión clásica y medieval de un sexo universal por dos sexos definidos como opuestos y excluyentes. Se trata pues de las definiciones de macho y hembra que aún en la actualidad consideramos como verdades de la sexuación humana y animal. El dimorfismo sexual no solo define cuerpos sino que también los produce sobre la base de que existen dos realidades ontológicas y esenciales dicotómicas, macho y de hembra, donde básicamente lo macho es lo que una hembra no es y viceversa. A esto se le une otra idea fundamental y es que existe un correlato o una coherencia entre sexo y género, a una marca biológica concreta le corresponde un género concreto. Normalmente este criterio es visual, se centra y reduce en los genitales, y se traduce de forma simple pensando que a un pene, sexo macho, le corresponde un género masculino y a una vulva, sexo hembra, le corresponde un género femenino.

Bien, la realidad trans viene a dinamitar todo este sistema de creencias y evidencia que la verdad de los sexos y de los géneros, no es más que una verdad aparente y que lejos de ser un sistema de conocimiento que describe la realidad, se trata más bien de un sistema que produce realidad, realidad corporal y que tiene que ver con un sistema de producir cuerpos y reproducir especie humana acorde a un régimen cis-hetero-patriarcal y capitalista.

Entiendo que muchas de las personas que estáis aquí esperáis llevaros herramientas para poder trabajar sobre todo con infancia y adolescencia trans, pero más bien creo que lo interesante es entender que las herramientas que necesitamos tienen que ver con desarticular todo este régimen de producir cuerpos con sexo y género determinados y sobre todo vehiculizados para producir la especie humana de una forma dada. Se trata de romper una matriz que ordena la sociedad y que genera una materialidad real donde ciertos cuerpos van a tener distintas funciones y donde se generan relaciones de poder acorde a la posición que cada cuerpo ocupa. No tiene que ver con la naturaleza del cuerpo, igual que no es natural ser obrero o capataz, no es natural ser hombre y mujer. (Wittig, 2005). Por ello, creo que no tiene sentido hablar de qué le pasa a ese objeto entendido como «cuerpo trans», sino más bien es importante ver qué nos pasa a todo el mundo con la cuestión del sexo y el género. Y lo que ocurre es que existen personas con el privilegio y la falsa creencia de que tienen identidades de género estables o verdaderas, y que en oposición, existimos otros cuerpos que tenemos identidades de género inestables, cuerpos problemáticos a los que hay que entender y reconducir a identidades estables y seguras. Es más, creo que es tremendamente peligroso naturalizar y esencializar categorías como «hombre» y «mujer» y no entenderlas como construcciones y ficciones cosmopolíticas. (Preciado, 2008)

PROBLEMATIZAR EL BINARISMO: CIS/TRANS, HOMBRE/MUJER, HETERO/HOMO

En 2008 salíamos a la calle con el lema «ni hombres ni mujeres, el binarismo nos enferma». El objetivo era despatologizar las identidades trans por un lado, y por otro visibilizar que lo verdaderamente enfermizo es una sociedad binaria que cree que existen hombres y mujeres naturales. A lo largo de la historia el sexo, la sexualidad, el género y la producción de la especie humana han variado dependiendo del lugar, la cultura y el tiempo en el que se materializaban (Feinberg, 2021).

La oposición de cis y trans no hace más que agudizar el problema, ya que estos términos descansan en el supuesto de que existe un género o sexo natural y otro que no lo es. Y además se definen en oposición, una persona cis es aquella que acepta el diagnóstico de género dado en su nacimiento y que no muta o cambia su identidad, y para poder comprenderlo debe explicarse en paralelo y en oposición al término trans. Pero hay muchas formas de no ser cis sin ser trans, existen muchas corporalidades expulsadas de las categorías normativas de género y sexo sin ser trans, como pueda ser el cuerpo gordo, bollero, marika o diverso funcional, y además invisibiliza por completo el cuerpo intersexual. Cuando naturalizamos a hombres y mujeres cis no atendemos a que son igualmente construidos y definidos, se genera además la idea de un original cis y una mala copia trans. Esto genera mucho dolor y frustración sobre todo en las infancias y adolescencias trans, ya que en la mayoría de las ocasiones las personas trans van a percibir que nunca van a poder ser el original cis.

Los pares conceptuales y corporales de hombre y mujer producen identidades definidas por oposición, es decir la esencia identitaria de cada género es no ser como el otro género. Además naturaliza ciertas características peligrosas, y más si hablamos de infancia o adolescencia. A saber, el hombre como cuerpo agenciado en la violencia, penetrador y proveedor, y la mujer como esencialmente débil, pasiva, penetrable y cuidadora. En los desfasados test de la vida real a los que sometían a personas trans lo alarmente no era tan solo la violencia que se ejercía contra el colectivo trans, hay que sumar la naturalización machista de la conceptualización y definición de los mal llamados géneros cis.

En cuanto a la sexualidad y las lógicas binarias de hetero y homo, o heterosexual/bollero/marika, se produce el mismo problema. La heterosexualidad tan solo designa una posición sexual normativa o dominante. Cuando se definieron estos términos, los de heterosexual y homosexual, la institución de la medicina-sexología definió primero la homosexualidad, es decir definió primero el afuera, lo otro. Ya que la heterosexualidad no es definible sin producir un margen, una subalternidad, un otro sobre el cual erigirse como normalidad. Es además una orientación débil que puede desestabilizarse fácilmente introduciendo prácticas sexuales no normativas, es decir si invertimos la relación de hombre penetrador y mujer penetrada, por hombre penetrado y mujer penetradora, la misma esencia de la heterosexualidad se tambalea. En cuanto a la homosexualidad, solo tiene sentido si se define en oposición a la heterosexualidad. De hecho si atendemos a la sopa de siglas que van definiendo el colectivo LGTBIQ+ nos damos cuenta de que en realidad nuestro colectivo cada vez agrupa a más realidades no normativas mientras que la heterosexualidad sigue siendo única e invariable ya que tan solo define una posición normativa.

Por último es necesario romper con la separación de identidad de género y orientación sexual. Ésto es una quimera, y genera muchos problemas cuando, por ejemplo, lo abordamos en aula o trabajamos realidades trans. Sobre todo las personas trans somos conscientes de que la identidad y la orientación están tremendamente relacionadas y que la mayoría de las veces todas estas clasificaciones conceptuales no pueden atrapar la complejidad de la realidad que habitamos. Puede servir, tal vez, de forma analítica, pero lo que muchas veces llamamos orientación vertebrata la identidad y viceversa.

Todas estas cuestiones son vitales a la hora de trabajar el género y la sexualidad, pero no solo con personas trans o con infancia y adolescencia trans, es necesario a la hora de abordar la complejidad de la especie humana y más si se trata de infancia o adolescencia.

UNA PROPUESTA TRANSFEMINISTA

Como apuntaba al principio, la realidad trans no es más que una muestra de que la forma en la que nuestras sociedades cis-hetero-patriarcales-capitalistas producen los cuerpos y reproducen la especie humana hace aguas, es falsa. Lo paradójico de todo esto es que hemos sido nosotres quienes hemos sido diagnosticadas como personas enfermas, personas con disforia de género, cuando en realidad es el mundo y nuestra sociedad la que es disfórica (Preciado, 2022). Sabemos que en principio la disforia de género ya no es un diagnóstico que puedan darnos, aunque muchas de las personas aquí presentes hemos pasado por ese terrible diagnóstico y aún cuelga de nuestro historial médico. Además, seguimos peregrinando en contra de nuestra voluntad por demasiadas consultas psiquiátricas. A eso debemos sumar que muchas personas jóvenes trans creen tener ataques de disforia, que básicamente se materializa en odiar a su propio cuerpo. Las instituciones médicas, psiquiátricas y estatales ya han conseguido su objetivo, hemos subjetivizado el diagnóstico, hemos hecho parte de nuestro ser el dolor que produce una sociedad disfórica, una realidad violenta basada en una segregación de los cuerpos acorde al género. Subjetivamos o hacemos nuestros, problemas y violencias que son de índole social. Lo que es verdaderamente enfermizo es que naturalicemos identidades de género machistas sin inmutarnos. Es enfermizo, por ejemplo, que pensemos que en el aula los chicos van a tender a la violencia y la disrupción y naturalicemos que las chicas vayan a portarse bien.

Al principio, en mi introducción, hablaba de la violencia que algunas personas hemos vivido en nombre de la ciencia. Me gustaría también aludir ahora a la violencia que se genera en nombre de la sacrosanta familia (Preciado, 2020). Otra de las creencias vinculadas al orden heteropatriarcal y capitalista es el de que las criaturas son propiedad de los padres y esto no es así. Las criaturas tienen derecho a ser cuidadas de la mejor forma posible pero no son propiedad de sus padres. Además, la familia nuclear está diseñada como garante de la transmisión de identidad de género y al mismo tiempo funciona como una célula privada que administra muchísima violencia machista. Creo que es necesario tener presente que en tanto y cuanto la mayoría de las personas pertenecemos a un núcleo familiar estamos obligadas a revisarnos y tratar de eliminar estos sesgos, además de entender que la educación y el cuidado de las criaturas no es tan solo una función familiar. Una cuestión que me preocupa de ciertos colectivos de familias vinculadas en torno a la realidad o infancias trans es la ruptura que generan con colectivos trans y discursos políticos trans. Entiendo que el objetivo es siempre la protección de las criaturas, pero muchas veces se despolitiza la cuestión trans y se naturaliza el binomio y esto me parece tremendamente peligroso. Sé por propia experiencia que no todos los colectivos de familias funcionan así, he colaborado en muchas ocasiones con Euforia, donde una de sus obsesiones es generar esos puentes entre referentes trans y jóvenes trans. Creo que es necesario ir más allá de la familia y generar organizaciones más híbridas y poliédricas.

La cuestión trans sobre todo es una cuestión política, y las infancias y adolescencias trans necesitan cuanto antes herramientas que les hagan entender que el problema no es suyo, no está en su cuerpo ni en su psique, no hay un sexo natural guardado en una esencia biológica. Se trata del derecho de autogestión del propio cuerpo, de cómo queremos nombrarnos y de cómo queremos ser. Creo además, que es necesario dejar la lógica identitaria a un lado, todas las infancias y adolescencias están produciendo género. El error está en hacerles creer que unas opciones son más naturales que otras. Al mismo tiempo me parece pe-

ligroso hacer pensar que existe un original al que llegar, un lugar corporal que te hará feliz. De hecho en el activismo trans lo que comprobamos es que cuanto más agenciamiento político, cuanto más realidad colectiva empoderada más libres son los géneros, más se cuestionan las hormonas y las operaciones. Eso no quiere decir que no las usemos, quiere decir que se enfatiza más en la autogestión, en cómo queremos definirnos y determinarnos cada una, y no en llegar a un ideal de hombre y mujer que no existe.

BIBLIOGRAFÍA

- Feinberg, L. (2021). *Borrokalari transgeneroak. Historia eginez, Joana Arc-ekotik Dennis Rodman-enganaino*. Katakarak.
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Cátedra.
- Preciado, P.B. (2008). *Testo Yonqui*. Espasa.
- Preciado, P.B. (2020). *Yo soy el monstruo que os habla. Informe para una academia de psicoanalistas*. Anagrama.
- Preciado, P.B. (2022). *Dysphoria mundi*. Anagrama.
- Wittig, M. (2005). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales.

Apuntes para comprender la interacción entre el «sexo que se es» y el cerebro¹

Joserra Landarroitajauregi Garai

Sexólogo, pedagogo, psicólogo

jotaerrelanda@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Ofrezco esta comunicación desde una disciplina: la Sexología Sustantiva, que es la ciencia que estudia «los sexos y sus interacciones». El objeto de este saber no es el sexo «que se hace» (conductas), ni el sexo «que se tiene» (atributos); sino, el sexo «que se es» (condición); por ello, estudia: a) las diferencias sexuales (entre uno y otro sexo, pero también, las que ocurren en el interior de cada uno de los sexos); b) las identidades de los sexos (especialmente, las individuales; pero, también, las colectivas); c) las mixturas intersexuales (o sea, la presencia de rasgos masculinos y femeninos en el seno de cada ser sexuado); d) las interacciones —tanto públicas como íntimas— entre seres sexuados. Su pilar central es la Teoría de la Intersexualidad, que señala que el proceso de diferenciación sexual (sexuación) produce gineandria universal; así que todos los seres sexuados son intersexuales y están constituidos por rasgos ándricos y gínicos. Además, esta disciplina se caracteriza por: mostrar empatía con los sujetos sexuados (aceptando, sin juzgar, su singularidad y diversidad); integrar todos los conocimientos sexuales (provenientes de cualquier tiempo y lugar), que aún permanecen desgajados e inconexos; dignificar lo que ha sido ancestralmente desatendido y vilipendiado.

Con más o menos intensidad, todos los órganos humanos (incluido el cerebro) reciben, en diferentes momentos de su biografía, la acción sexuate de la sexuación. Esto influye en su arquitectura y su funcionamiento. Así pues, actuando en diferentes localizaciones, y en diferentes momentos, la sexuación cerebral influye en multitud de variables psicológicas (conducta, cognición, percepción, motivación, habilidad, preferencia, emoción, actitud, interacción...).

En esta comunicación acotaremos la compleja interacción entre el sexo y el cerebro, centrándonos en dos cuestiones: la acción que produce el sexo en el cerebro (sexuándolo) y la acción que produce el cerebro en el sexo (categorizándolo).

¹ Este texto es un extracto del capítulo «Sexo, identidad sexual y menores trans» publicado en: N. Barqui, G. Genise y D. Tolosa (ed) (2018) «Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans». Editorial AKADIA, Argentina. Puede encontrarse el original, íntegro y gratuito, en la pestaña «Recursos» de la página web de Naizen, en: <https://naizen.eus/portfolio/sexo-identidad-sexual-y-menores-trans/>

IDENTIDAD SEXUAL: UNA CONDICIÓN Y UNA CONVICCIÓN

Vamos a usar el término *identidad sexual* para referirnos a lo que suele llamarse *identidad de género*. En sexología sustantiva más bien usamos *identidad sexuada* (en ocasiones he usado: *identidad sexada*; incluso, *identidad sexistencial*). Al margen de cuáles términos usemos, hablamos de una *condición identitaria* que se expresa como una *convicción* y una *categorización* a propósito de la *condición sexuada*. Se trata de una cuestión central en la *construcción del yo*. A partir de esta identidad sexual, cada quien va construyendo su sexualidad; esto es: su masculinidad y/o feminidad; su orientación, sus roles y guiones; sus interacciones, públicas e íntimas, con los otros; la significación de su cuerpo, sus emociones, motivaciones, experiencias...

Aunque se diga lo contrario, no se trata de un hecho *volitivo* (no hay *opción*). Tampoco es una *construcción social* o un hecho *aprendido* (mucho menos, *enseñado* o *enseñable*). Tampoco es una cuestión infantil, efímera, banal o caprichosa. Hablamos de una cuestión *psíquica* (íntima, simbólica, subjetiva...), de un *imperativo universal* que ocurre en todo tiempo y lugar, que suele iniciarse en la primera infancia, en torno a la adquisición del lenguaje, a partir de un hecho de autorreconocimiento sexual, y resulta fundamental para la construcción del «yo».

Los menores trans —igual que los cis— no *eligen* ni *deciden* la categoría sexual sobre la que construyen su identidad sexual. En el mejor de los casos, la conocen, la descubren, la aceptan, la expresan y la gestionan. Y, en el peor de los casos, no hacen ninguna de tales cosas; lo cual viene a ser una buena inversión en sufrimiento. Cuando uno no se conoce, no se descubre, no se acepta, no se expresa o no se gestiona: sufre; y, cuando uno pelea contra sí mismo, pierde. Se trata de una regla sin excepciones. En el caso de los niños y niñas trans, este viaje suele ser más difícil que en los niños y niñas cis. Esto ocurre por culpa de las *predicciones iniciales*; pero también, por culpa de las *prescripciones sexuales*. Conviene rebajar y relajar estas predicciones y estas prescripciones para facilitar estas peculiares biografías. Conviene asimismo caer en la cuenta de que muchas veces la «predicción sexual» (creer que alguien va a ser/sentirse varón o mujer) no es realmente una *previsión* (anticiparse pensando que probablemente lo sea), sino que es más bien una *prescripción* (o sea, un guion obligatorio de cómo se tiene que ser) que muchas veces acaba siendo una *proscripción* (un impedimento para que pueda ser de otro modo que aquel que ha sido prescrito); incluso, puede acabar siendo una *conscripción genésica* (esto es, un *servicio obligatorio coercido* que exige el cumplimiento de unos *roles genésicos* al servicio de la producción de prole).

Por debajo de la *identidad sexual* subyacen cinco hechos sexuales: a) una diferenciación prenatal neurológica a la que denominamos «egosexuación»; b) una diferenciación fetal de los genitales externos; c) una categorización del recién nacido (que se realiza en virtud de la apariencia de sus genitales) a la que llamamos «alosexuación neonatal»; d) una autocategorización temprana a la que llamamos «autosexuación»; e) una compleja dinámica de inducciones categorizantes (a las que llamamos «inducciones autosexuantes») constituidas por todo aquello que hacemos para propiciar que los otros nos categoricen así (o asá) pero también, de todo aquello que los otros nos hacen para que nos autocategoricemos así (o asá). En la interacción entre estos cinco hechos sexuales, se va construyendo, biográficamente, la identidad sexual. En el caso de los y las menores cis, estos cinco hechos suelen ser razonablemente coincidentes y no producen especial tensión o zozobra; sin embargo, en el caso de las personas trans, no sólo suelen no coincidir sino que, muchas veces compiten, incluso combaten.

NUEVOS TÉRMINOS Y NOCIONES

A lo largo de muchos años acompañando a personas trans, he ido acuñando nueva terminología para nombrar hechos que merecen ser discernidos; así, he denominado «*egoandria*» a la «convicción de ser varón» y «*egoginia*» a la «convicción de ser mujer». Estos términos describen la categorización sexual del propio yo, al margen de cómo alguien haya sido clasificado «*desde fuera*», o de cuáles sean sus genitales o sus papeles oficiales, y con independencia de cómo haya sido nombrado o criado. Considero importante diferenciar las dos categorías que señalan la *condición sexual*. Las etiquetas *varón* o *mujer* mencionan una categorización *política* que se corresponde con la clasificación sexual externa hecha al recién nacido («alosexación neonatal»). Las etiquetas *egoandria* y *egoginia* mencionan una categorización *psíquica* que se corresponde con la auto-clasificación sexual interna que cada quien hace de sí («autosexación»). En ocasiones suelen diferenciarse usándose las expresiones: *sexo asignado* y *sexo sentido*. En cualquier caso, se llamen como se llamen, conviene discernir: que son dos cosas, que son distintas y que pueden, o no, coincidir.

Todas las personas *egoándricas* se sienten varones (pues se han *autosexado* ándricamente) pero no todas han nacido con pene (que es el criterio que se usa en la *clasificación oficial*); por consiguiente, no todas las personas *egoándricas* son consideradas *varones*. Lo mismo pasa con la vulva, la categoría *mujer* y la *egoginia*. En el caso de las mujeres, esta cuestión de si lo son o no, que sólo afecta a las egogínicas nacidas con genitales masculinos, se ha convertido en materia de controversia y confrontación feminista (incluso con altas dosis de infamia, deprecio, crueldad y exclusión).

Una vez aclarado que no es lo mismo *alosexación* (categorización sexual externa) que *autosexación* (categorización sexual interna), es fácil corregir un error bastante extendido: las personas trans no *cambian de sexo*; mejor dicho, no cambian la *categoría sexual* que se dan a sí mismas. Lo que cambian (al menos, lo pretenden) es la categoría sexual que los demás les asignan. Dicho de otro modo, mantienen su autosexación, pero cambian (o lo pretenden) la alosexación de los otros. Ese es parte del lío: lograr ser «yo» en el diálogo con quienes «no me ven como me veo».

Por debajo de ambas condiciones (la de ser, o no, *varón* o *mujer*; y la de ser, o no, *egoándrico* o *egogínico*) subyacen dos hechos sexuales que a continuación abordaremos: la *sexuación* (que es quien produce las *diferencias sexuales*); y la *sexación* (que es quien produce las *categorías sexuales*).

SEXUACIÓN

El proceso de sexuación es complejo y se expresa en todas las células, tejidos y órganos del cuerpo; así, influye en los sistemas: nervioso, endocrino, inmunológico, musculo-esquelético, visceral... La sexuación es semejante en todas las especies vertebradas; muy similar en todos los mamíferos y prácticamente igual en todos los primates (incluidos, humanos). Los andrógenos y estrógenos producidos por las gónadas son exactamente los mismos en anfibios, reptiles, aves y mamíferos (incluso, dinosaurios); así pues, es la misma molécula de testosterona quien produce: la barba del hombre, la melena del león, la cornamenta del ciervo, el espolón del gallo, el colorido del lagarto o el trino del pájaro. En todos los casos,

andrizando estructuras. Ahora bien, esta molécula, actuando sobre genomas diferentes, produce distintos efectos. Aunque siempre *andrizar*, *andrizar* no siempre es lo mismo.

El proceso de sexuación siempre produce caracteres *ándricos* y caracteres *gínicos*, que interactúan entre sí, en el seno del organismo. En razón de la universalidad de este fenómeno *ginándrico*, podemos aseverar que la sexuación produce intersexualidad y que todos los seres sexuados son *intersexuados*. Los encargados de esto son los *sucesos transexuantes* que resultan de las muchas tensiones internas que caracterizan al proceso de sexuación (en este caso, humano). Hay *agentes andrizantes* que compiten con *agentes ginizantes* (incluso unos pueden transformarse en otros); además, se producen sucesos *demasculinizantes* (que reducen o impiden los efectos de ciertas *andrizaciones*) y sucesos *defeminizantes* (que reducen o impiden los efectos de ciertas *ginizaciones*). Se producen influencias externas causadas por: nutrición, fármacos, estrés, contingencias del embarazo y factores estocásticos (incidentes y accidentes). En virtud de todo ello, concurren multitud de acciones sexuales que pueden ser *positivas* o *negativas*, y que encienden o apagan, *andrizaciones* y *ginizaciones*. Todo ello produce interferencias, y fluctuaciones que propician variaciones respecto a los momentos, los niveles o los umbrales de los *agentes sexuales*; influyendo en cómo serán los *rasgos* resultantes. Así, en un momento otro, en un lugar o en otro, por unas influencias u otras, los sucesos transexuantes producirán rasgos heterotípicos (esto es, rasgos sexuales que no se corresponden con el plan inicial expresado en el cariotipo). Así, todos los óvulos fecundados por un espermatozoide Y (con cariotipo XY) producirán, también, rasgos gínicos y todos los fecundados por un espermatozoide X (con cariotipo XX) producirán, también, rasgos ándricos. Pueden ser muchos o pocos, grandes o pequeños, notorios o sutiles pero los rasgos ándricos y gínicos siempre estarán presentes, concuriendo e interactuando. La peculiar combinación de estos rasgos, y sus particulares modos de interacción son los responsables de la singularidad de cada quien. Así, soy diferente al resto de humanos, incluso de los más parecido/as a mí (p/madres, hermano/as e hijo/as) gracias a la acción diferenciadora de la sexuación (incluidos, los sucesos transexuantes).

La relevancia de un suceso transexuante es diferente en cada caso. A veces, sólo se produce una pequeña modificación de la cantidad de un determinado agente sexual en un momento puntual, concreto y localizado que sólo incide sutilmente en un rasgo que, a su vez, puede ser apenas perceptible. Por el contrario, un suceso transexuante puede provocar una radical transformación de la sexuación esperada, produciendo un *cambio de agujas* permanente que altera profundamente el proceso de sexuación.

En razón de ello, diferenciamos entre *sucesos transexuantes* producidos por *fluctuaciones* o por *disrupciones*. Llamamos *fluctuación* a cualquier alteración (bioquímica, física, genética, epigenética, inmunológica...), —que puede ser, o no, inherente al propio proceso de sexuación y a sus muchas tensiones internas—, que propicia variaciones puntuales en el *plan esperado*. Por el contrario, llamamos *disrupción* a toda influencia (química, física, biológica, inmunológica, social, comportamental, psíquica...), —que puede ser propia o ajena al propio proceso de sexuación— que impide, interrumpe o bloquea el curso típico del proceso, alterando la predicción inicial y afectando a varios hechos o niveles; incluso, a todos los hechos y niveles posteriores al suceso transexuante.

Por ejemplo, un determinado *disruptor* génico (puede ser una mutación) o epigenético (puede ser una metilación) puede impedir la formación —parcial o total— de los receptores androgénicos (así ocurre en el «síndrome de insensibilidad a los andrógenos»). En razón de

ello, cuando la insensibilidad es total (no hay ningún receptor en ningún sitio), emerge una mujer *muy femenina*; de hecho, puesto que no hay ningún hecho endocrino andrízante, resulta la más femenina de todas las formas de ser mujer. Ahora bien, tal mujer (que siempre es *egogínica* y *eroménica*) tiene cromosomas XY y testículos inguinales productores de testosterona que circula normalmente por el torrente sanguíneo (incluso en niveles superiores a la media masculina). En este caso, es igual cuál sea el nivel de producción de testosterona porque, al carecer de receptores, no hay *acción androgenizante* alguna (al menos, endocrina); de lo cual, no hay rasgos ándricos de origen endocrino. Ahora sí, aunque no hay andrización endocrina, sí hay rasgos ándricos (cromosomas XY, testículos y testosterona); de lo que, incluso en este caso excepcional de hiperfeminización, se mantiene el axioma de la *ginandria universal*.

En las personas trans, como en el resto, también hay sucesos transexuales. Lo peculiar en su caso es que, al menos uno de estos sucesos transexuales ha afectado a la estructura neuronal responsable de la autosexación, que aún no sabemos exactamente cuál es y cómo funciona, pero ya le hemos bautizado. Le llamamos *egosexuación* y parece concernir, al menos, a tres estructuras cerebrales distintas: el hipotálamo, la estría terminal y el neocórtex.

Es común que la sexuación de la egosexuación coincida con la sexuación de otras estructuras neurológicas *cercanas* (en el espacio y en el tiempo); por ejemplo, la que propicia la orientación sexual del deseo erótico. De hecho, es bastante común que los patrones de gestuación, las preferencias de juego infantil, la orientación del deseo y la identidad de las personas trans sean *coincidentes* (todas gínicas o todas ándricas). Ahora bien, no siempre es así; puede ser que un suceso transexual sea muy localizado y sólo afecte a uno de estos hechos, sin afectar a los otros.

Los hechos de sexuación ocurren de un modo que un fenómeno puede influir en otro posterior o en su vecindad. No obstante, cada hecho de sexuación es genuino y ocurre en un momento y lugar específico, distinto del resto. Así, aunque sea menos común, podemos encontrarnos una egogínica, nacida con genitales masculinos, que presenta un patrón de gestuación masculino y un deseo *ginerasta* («desea a mujeres»). Con tales características, es probable que tenga dificultades para reconocerse, o ser reconocida, como «mujer trans»; no obstante, puede perfectamente serlo.

SEXACIÓN

Decimos «*sexación*» para referirnos al fenómeno animal del *reconocimiento sexual* y al fenómeno humano de la *categorización sexual*. Usamos el término en relación a la categoría sexual que cada quien se da a sí mismo (autosexación) y a la categoría sexual que cada quien asigna a cada uno de los interlocutores con los que interactúa (alosexación). Hablamos de un fenómeno universal; así que: todos estamos *alosexados* (por los demás) y *autosexados* (por nosotros mismos). Ahora bien, no siempre coinciden estas sexaciones. Es precisamente esta falta de coincidencia entre categorías, la interna y la externa, lo que da lugar al *fenómeno trans*.

Aunque no hay *sexación* si no ha ocurrido, previamente, sexuación; tampoco hay *noción de sexo* sin que se haya producido sexación (propia o ajena). Esto es, la noción de sexo no emerge de la compleja y objetiva sexuación, sino de la simplificada y subjetiva sexación.

Aunque sea la sexuación quien produce la complejidad de los hechos que constituyen al sujeto sexuado, es la sexación quien produce la noción de sujeto sexuado. La mente humana no opera con la enorme complejidad de la sexuación, sino con la dicotómica simpleza de la sexación. Así, la *sexación* resulta ser una *sinécdoque* de la sexuación que transforma el *todo* del continuo intersexual en una *parte* que queda contenida en una categoría sexual dicotómica y simplificada. Para construir esta categoría sexual, el cerebro realiza una *reducción* mediante la cual convierte un complejo continuo de señales en el que no hay entidades discretas, ni discontinuidad, en dos variables que sí son perfectamente identificables; así, *dicotomiza* una realidad que, de sí, no es binaria o dimórfica (al contrario, es un continuo indiviso de sucesos múltiples). En ocasiones aparecen dificultades en la categorización sexual que se resuelven mediante un nuevo *ciclo sexante*; por consiguiente, mediante la reiteración de la *sinécdoque reductora*. Entender esto permite explicar muchos de los desatinos históricos en la gestión del conocimiento de los sexos y sus diversidades.

Asignamos al otro una *etiqueta sexual* que es: «definitoria, definitiva, binomial, disyuntiva y finalística». *Es definitoria* porque pretende *definir* la categoría sexual del *objeto alosexado* (más que *descubrir*, *construye* la realidad del sexo; en realidad, el *alosexador inviste* al *alosexado*). *Es definitiva* porque tiende a permanecer en el tiempo, produciendo una inercia y una resistencia al cambio de magnitud considerable. *Es binomial* (o dicotómica) porque se expresa con dos —y sólo dos— categorías. *Es disyuntiva* porque la asignación de una categoría presume la imposibilidad de la otra. *Es finalística* porque persigue un fin: filtrar las interacciones con los otros y generar un marco de interpretación de señales. Definitivamente, la etiqueta sexual acuñada actúa como un *filtro perceptivo*.

ALOSEXACIONES FORMALES E INFORMALES

Diferenciamos dos tipos de *alosexaciones*: las *informales* y las *formales*. Las *informales* son las que hacemos en cada instante de interacción con los demás; las *formales* son actos solemnes que actúan como *mecanismos garantistas* que sirven a las necesidades de regulación sexual de las sociedades en las que el sexo es un *organizador social*.

Entre las *alosexaciones formales*, hay una que es especialmente relevante en la biografía del ser humano *burocratizado*: la «*alosexación neonatal*» (que propicia el denominado sexo de *asignación* o *sexo legal*). Esta *alosexación* tiene una importancia capital en la *sexistencia* humana pues determina el lugar en el mundo, influyendo en muchos aspectos como: nombre, guion de vida, expectativas, posibilidades laborales y salarios, derechos y obligaciones, estatus familiar y social, etc. Inexplicablemente, este *sexo legal* queda registrado en el DNI con lo que incide en una enorme cantidad de actos cotidianos sexualmente irrelevantes; así: contratos, pagos con tarjeta, operaciones bancarias, controles de carretera, viajes en avión... Convendría revisar esta cuestión que tanto interfiere en la cotidianidad de las personas trans.

La *alosexación informal* es un acto interpersonal que sirve a las necesidades del individuo y usa como *indicadores alosexantes*, a ciertos estímulos («*señales sexualmente significativas*») que señalan (indican, subrayan, enmarcan, destacan...) ciertos hechos de sexuación ya existentes. Ahora bien, hay indicadores alosexantes que nada tienen que ver con la sexuación (sino con la propia categorización). Se trata de estímulos no-sexuales que han adquirido sig-

nificación sexual (nombre, vestimenta, dedicación, estatus, peinado, corte de pelo, accesorios, vivacidad cromática...) convirtiéndose en «*señales sexualmente significadas*» que señalan que algo es *gínico* o *ándrico*. En cualquier caso, unas y otras, son signos con significación sexual que sirven a la comunicación sexual. (sexmiótica) Con ellos, a lo largo de la historia, las culturas, han ido produciendo una *gramática* y una *pragmática* de la sexación, que es diferente en cada lugar y tiempo. Así, determinados signos pueden ser ándricos, gínicos o indistintos, según contextos o códigos de significación. Por ello, la gestión alosexante puede ser compleja (malintencionada, arbitraria, performativa, ambivalente, confusa...). Puede hacerse con intención de informar, seducir, subrayar o provocar, o con intención de: confundir, engañar, ocultar, disimular, conmovir, divertir, transgredir, subvertir, transformar... Con más o menos tolerancia, todas las culturas han convertido el hecho sexual de la sexación en un hecho político y en un precepto de obligado cumplimiento. Con más o menos severidad, todas ellas han prescrito la obligación de señalizar, y hacer pública, la condición sexual, mediante la pública exposición de signos inequívocos (significativos o significados) supuestamente honestos. Además, las culturas que han alcanzado cierto grado de burocratización, llevan a cabo un registro formal de esta categoría sexual, convirtiéndola en una instancia esencial, axiomática, prescriptiva e invariable, que se usa a efectos de control y regulación social. Llegados a este grado de conocimiento, merece la pena reflexionar sobre la pertinencia de todo ello.

INDUCCIONES SEXANTES

El *objeto alosexado* no es un objeto pasivo de la alosexación ajena, sino que es un sujeto activo que la induce. El objeto alosexado normalmente pretende hacerse clasificar en coherencia con su identidad sexual; aunque también puede hacerlo en coherencia con el *dictado genital* o produciendo equívocos o transgresiones intencionales a propósito de: intenciones, intereses, tendencias, modas o ideologías. El cualquier caso, la alosexación emerge de la interacción entre el *sujeto sexante* y el *objeto sexado*, a través de la emisión y recepción de *señales sexualmente significativas*. Así pues, no es el *sujeto alosexador* quien alosexa sino que es el propio *objeto alosexado* quien, usando las posibilidades que ofrece el manejo de una gramática y una pragmática de la comunicación sexual, hecha con señales sexualmente significativas (y significadas), produce las condiciones para que el sexador le asigne una determinada categoría sexual. Para hablar de esta compleja dinámica, usamos el término *inducción sexante* (que puede ser alosexante o autosexante).

La *inducción sexante* es central por dos razones: cómo uno es sexualmente clasificado determina cómo los demás interaccionan con él y cuál es su lugar en el mundo; por otro lado, cómo nos clasifican sexualmente, condiciona la construcción biográfica de nuestra propia identidad sexual. Pues no sólo nos sentimos varón o mujer por nuestro propio diálogo interior, sino que también, nos sentimos varón o mujer a resultas de cómo los demás nos clasifican y cómo interactúan con nosotros. Por esa razón, el niño o la niña *trans*, desde su más tierna infancia pretende que le categoricen con la categoría sexual que siente como propia. Para ello, usa indicadores que, lógicamente, son infantiles, inmaduros y estereotipados (así: color rosa o azul, disfraz de princesa o de superhéroe, jugar a las muñecas o al balón.) Tales iconos son simplificaciones simbólicas elaboradas con una gramática muy elemental; o sea, materia típicamente infantil.

ALOSEXACIÓN NEONATAL

Antes de nacer, durante la biografía prenatal, han ocurrido muchos hechos de sexualización, pero la categorización sexual neonatal sólo considera uno: la apariencia de los genitales externos. Llegados al siglo XXI, podría hacerse esta clasificación sexual tomando otros hechos; por ejemplo: los cromosomas, las gónadas o los genitales internos (que también son sexuaciones prenatales), pero siguiendo una tradición milenaria, se usa como criterio: la apariencia de los genitales externos. Por lo tanto, si hay pene, escroto y testículos, se asigna la categoría masculina; y si hay vulva y clítoris se asigna la categoría femenina. Sólo si hay ambigüedad en la evaluación neonatal, se consideran otros criterios.

Si cambiásemos el criterio para llevar a cabo la categorización sexual neonatal, seguiría habiendo personastrans; pero no serían exactamente las mismas. Habría unas, muy pocas, que saldrían de la categoría y otras, muchas más, que entrarían. Si así fuere, el colectivo trans seguiría siendo minoritario, pero sería algo mayor. En cualquier caso, que es lo que ahora quiero señalar, cuál sea el criterio de la clasificación sexual neonatal determina quién queda dentro y quién queda fuera. Por ejemplo, una mujer con genitales femeninos y papeles oficiales de mujer puede quedar «descalificada como mujer» en ciertas competiciones deportivas por presentar un patrón cromosómico masculino (XY) o por tener determinados niveles de testosterona. Si esa mujer hubiese sido *diagnosticada* el día de su nacimiento, y hubiese sido clasificada como hombre, habría sido socializada como hombre y obligada a sentirse, definirse y vivir como hombre. Estaríamos ante otra modalidad de transexualidad.

No se trata de cuestionar cuál sea el criterio de la clasificación sexual, si este o aquel. En realidad, si se piensa bien, usar el criterio genital (o cualquier otro) no es, en sí, un disparate; de hecho, resulta ser un buen *predictor* de la futura identidad sexual, y es, sin duda, fácil, barato y bastante certero. Ahora bien, con las personas trans no se acierta nunca; mejor dicho, se yerra siempre. Por lo tanto, el disparate no está en el propio criterio (pasaría lo mismo con cualquier otro), sino en la obcecación por convertirlo en un *prescriptor* cuando es sólo un *descriptor* y un *predictor*. Hoy tenemos conocimiento suficiente para afirmar que los genitales externos neonatales son «una buena hipótesis, pero un mal axioma».

Ya, puestos a repensar las cosas, no estaría mal cuestionar la razón de la prescriptiva y universal *politización* y *publicitación* de la clasificación sexual neonatal. Aunque no seamos muy conscientes de ello, aún sostenemos un sistema que sigue politizando, publicitando y burocratizando algo que es estrictamente íntimo. Lo hacemos sin consentimiento y, seguramente, sin legitimidad. Si se piensa bien, es difícil de entender por qué seguimos llevando a *Polis* una materia que pertenece a *Psique*, a *Oikos* o a *Eros*; en cualquier caso, se trata de material íntimo que debería ser tratado con cuidado, respeto, discreción y confidencialidad.

TENSIONES SEXANTES

A lo largo de su vida —pero, especialmente, en la primera infancia— las personas trans están sometidas a importantes «*tensiones sexantes*» (entre sus propias sexuaciones internas y las sexuaciones externas, entre las sexuaciones de «los que sí» y las sexuaciones de «los que no»...). Al mismo tiempo que no quieren ser sexualmente clasificadas de una determinada manera, ellas mismas clasifican al resto de las personas (incluso usando parecidos sistemas de clasifica-

ción que los que sienten como inadecuados para sí mismas). Del mismo modo, hay tensión entre sus propias inducciones alosexantes (lo que hacen para ser clasificadas de una determinada manera) y las inducciones autosexantes ajenas (lo que hacen los demás para que se autclasifiquen de una determinada manera). Frente a la *inducción alosexante* del menor hay una *inducción autosexante* de su medio (que, especialmente, emerge de los responsables de su ¿correcta? socialización). Hay una presión socializante que, desde fuera, se lleva a efecto para lograr que el infante se clasifique a sí mismo, y desde dentro, con la categoría que, desde fuera, se le ha asignado (que se considera «la adecuada»). En estas *tensiones sexantes* compiten fuerzas que muchas veces son disyuntivas y antitéticas; por lo tanto, siendo mutuamente excluyentes, la afirmación de lo uno irremisiblemente niega lo otro. Los efectos de esta disyunción pueden llegar a ser terribles.

Normalmente, la familia y la escuela producen una *inducción autosexante* sutil que pretende que el niño o la niña se identifiquen en coherencia con la alosexación neonatal. Esta *inducción autosexante* se lleva a efecto mediante los sistemas ordinarios de la socialización. En el caso de los niños y niñas trans, esta inducción deja de ser sutil e implícita, para tornarse explícita y prescriptiva; incluso, puede llegar a ser: intensa, pertinaz y notoria (hasta cruel). Reducir esta presión es, de sí, un valor y una buena práctica; especialmente, cuando concierne a personitas manifiestamente frágiles y vulnerables.

Respecto de esta cuestión, la escuela se comporta como un agente socializador *ambivalente y doble-vinculante*. En cuanto a su discurso explícito, es una institución que pretende formar *personas* (o sea, «*humanos desposeídos de su sexo*»); más aún, como consta en su ideario, pretende formar personas «con independencia de su sexo» (por consiguiente: obviando, desconsiderando, menospreciando o negando esta importantísima condición de la naturaleza humana); sin embargo, contradictoria e inexplicablemente, la escuela trata a quienes han sido alosexadas como niñas y niños *como si* axiomáticamente lo fuesen (y no pudiese ser de otra manera). Con ello, muchas veces, la escuela (o la familia) se convierten en *aval garantista* de un sistema de categorización sexual que es *genitalista* y *burocratista*; por lo tanto, tendente a priorizar los genitales y los papeles registrales sobre las peculiaridades psíquicas, singulares y subjetivas, de cada quien.

Podría ser de otra manera y está empezando a poder ser de otra manera. Los resultados, psicológicos y biográficos, son mucho mejores de lo que otrora fueron. Es ilusionante ser testigo privilegiado de este cambio benéfico; incluso, es emocionante poder contribuir a ello. Sirva esta comunicación a ese propósito de producir cambios benéficos que son perfectamente posibles.

REFERENCIAS

- Adkins-Regan E (2005). *Hormones and animal social behavior*. Princeton: University Press.
- Alexander MA y Hines M (2002). «Sex differences in response to children's toys in nonhuman primates (*Cercopithecus aethiops sabaeus*)». *Evolution and Human Behavior* 23, 467-479.
- Allen LS *et al.* (1991). «Sexual dimorphism of the anterior comisure and massa intermedia of the human brain». *Journal of Comparative Neurology* 312, 97-104.
- Ardekani BA, Figarsky K y Sidtis JJ (2013). «Sexual dimorphism in the human corpus callosum; an MRI study using OASIS brain database». *Cerebral Cortex* 23, 2514-2520.

- Arnold, AP (2009). «The organizational-activational hypothesis as the foundation for a unified theory of sexual differentiation of all mammalian tissues». *Hormones and Behavior* 55, 570-578.
- Auyeung, B, Baron-Cohen, S, Ashwin, E et al (2009). «Fetal testosterone predicts sexually differentiated childhood behavior in girls and in boys». *Psychological Science* 20, 144-148.
- Bagemihl, B (1999). *Biological exuberance: Animal homosexuality and natural diversity*. New York: StMartin's Press.
- Bao AM y Swaab DF (2011) «Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders». *Frontier in Neuroendocrinology* 32, 214-226.
- Baron-Cohen S, Knickmeyer RC y Balmonte MK (2005). «Sex differences in the brain: implications for explaining autism». *Science* 310, 819:823.
- Baron-Cohen S (2003). *The essential difference: Men, women, and the extreme male brain*. New York: Penguin.
- Becker JB et al. (Eds) (2007). *Sex differences in the brain: From genes to behavior*. New York: Oxford University Press.
- Berglund H, Lindstrom P et al. (2008). «Male-to-female transsexuals show sex-atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids». *Cerebral Cortex* 18, 1900-1908.
- Botella Llusía y Fernández Molina (eds.) (1998). *La evolución de la sexualidad y los estadios intermedios*. Madrid: Ed. Diaz de Santos.
- Breedlove SM et al. (1999). «The Orthodox View of Brain Sexual Differentiation». *Brain, behavior and evolution* 54, 8-14.
- Cahill L (2005). «His brain, her brain». *Scientific American* 292 (5), 49-63.
- Cohen-Kettenis P y Gooren L, (1998). «Transsexualism: review of etiology, diagnosis and treatment». *Journal of Psychosomatic Research* 46, 315-333.
- Colapinto J (2000). *As nature made him: The boy who was raised as a girl*. New York: Harper Collins.
- Cooke BM et al (1998). «Sexual differentiation of the vertebrate brain: principles and mechanisms». *Frontiers in NeuroEndocrinology* 19, 323-362.
- DeLascoste-Utamsing C y Holloway RL (1986). «Sex differences in the fetal human corpus callosum». *Human Neurobiology* 5, 93-96.
- Forger NG (2009). «The organizational hypothesis and final common pathways: Sexual differentiation of the spinal cord and peripheral nervous system». *Hormones and Behavior* 55, 605-610.
- Garcia-Falgueras A y Swaab DF (2008). «A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity». *Brain* 131, 3132-3146.
- Halpern DF (2000). *Sex differences in cognitive abilities*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Hassett JM, Siebert ER y Wallen K (2008). «Sex differences in rhesus monkey toy preferences parallel those of children». *Hormones and Behavior* 54, 359-364.
- Hines M (2011). «Gender development and the human brain». *Annual Reviews Neuroscience* 34, 69-88.
- Hines M, Golombok S, Rust J, Johnston KJ, Golding J (2002). «Testosterone during pregnancy and gender role behavior of preschool children: a longitudinal population study». *Child Development* 73, 1678-1687
- Jazin E y Cahill L (2010). «Sex differences in molecular neuroscience: from fruit flies to humans» *Nature Reviews Neuroscience* 11, 9-17.
- Johnson KL, Tassinary LG (2005). «Perceiving sex directly and indirectly: meaning in motion and morphology». *Psychological Science* 16, 890-897.

- Kimura D (1999). *Sex and cognition*. Boston: MIT Press.
- Kimura D (1992). «Sex differences in the brain». *Science* 267, 118-125.
- Landarroitajauregi, J (2018). «Sexo, identidad sexual y menores trans». En Gabriel Genise, Dante Tolosa y Nora Barqui, (ed). *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans*. AKADIA. Argentina
- Landarroitajauregi J (2001). «Términos, conceptos y reflexiones para una comprensión sexológica de la transexualidad». *Anuario de Sexología* 6, 79-126.
- Landarroitajauregi J (2000). «Homos y Heteros». *Revista española de sexología*, nº 97-98 (monografía).
- LeVay S (2011). *Gay, stright and reason of why: The science of Sexual Orientation*. Oxford University Pres.
- Lippa RA (2005). *Gender, nature and nurture*. New York: Lawrence Erlbaum.
- McCarthy M, Arnold A, Ball G *et al.* (2012). «Sex differences in the brain: the not so inconvenient truh». *Journal of Neurosciences* 15,32(7):2241-2247.
- Madeira MD *et al.* (1995). «Sexual dimorphism in the mammalian limbic system». *Progress in Neurobiology*, 45, 275-333.
- Maggi A *et al.* (1987). «Sexual differentiation of mammalian frontal cortex». *Life Science* 40, 1155-1160.
- Maynard Smith, J (1978). *The evolution of sex*. Cambridge University Press.
- Marañón G (1930). *Evolución de la sexualidad y los estadios intersexuales*. Madrid: Morata.
- McCarthy MM y Arnold AP (2011). «Reframing sexual differentiation of the brain». *NatureNeuroscience* 14, 677-683.
- McKlintock MK y Stern K (2000). «Definitive evidence of human pherormones». *Nature* 392, 177-179).
- Meyer-Bahlburg HF (2005). «Gender identity outcome in female raised 46, XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation». *Archives of sexual behavior* 34, 423-438.
- Migeon CJ y Wisniewski AB (1998). «Sexual differentiation: from genes to gender». *Hormone Research* 50, 241-251.
- Money J (1988). *Gay, Straight and In-between: The Sexology of Erotic Orientation*. New York: Oxford University Press.
- Money J (1985). «Gender, history, theory and usage of the term in sexology and its relationship to nature/nurture». *Journal of Sex and Marital Therapy* 11, 71-9.
- Mong JA *et al.* (1996). «Evidence for sexual differentiation of glia in rat brain». *Hormones and Behavior* 30, 553-562.
- Moore DS, Johnson SP (2008). «Mental rotation in human infants: a sex difference». *Psychological Science* 19, 1063-1066.
- Morris JA, Jordan CL y Breedlove SM (2004). «Sexual differentiation on the vertebrate nervous system». *Nature Neuroscience* 7, 1034-1039.
- Murray EK, Hien A *et al.* (2009). «Epigenetic control of sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis». *Endocrinology* 150, 4241-4247.
- Ngun TC, Ghahramani N, Sánchez FJ *et al.* (2011). «The genetics of sex differences in brain and behavior». *Frontiers in Neuroendocrinology* 32, 227-246.
- Pasterski V, Hindmarsh P, Geffner M, Brook C, Brain C, Hines M (2007). «Increased aggression and activity level in 3- to 11-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia (CAH)». *Hormones and Behavior* 52, 368-374.

- Pfaff DW, Arnold AP, Etgen AM *et al.* (2002). *Hormones, Brain and Behavior*. San Diego: Academic Press.
- Poiani A (2010) *Animal homosexuality: A biosocial perspective*. Cambridge University Press.
- Reiner WG, Gearhart JP (2004). «Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth». *New England Journal of Medicine* 350, 333-341.
- Roselli CE, Stormshak F (2009). «The neurobiology of sexual partner preferences in rams». *Hormones and Behavior* 55, 611-620.
- Savic I, Berglund H, Gulyas B y Roland, P (2001). «Smelling of odorous sex hormone-like compounds causes sex-differentiated hypothalamic activations in humans». *Neuron* 31, 661-668.
- Serbin LA, Poulin-Dubois D, Colburne KA, Sen MG, Eichstedt JA (2001). «Gender stereotyping in infancy: Visual preferences for and knowledge of gender-stereotyped toys in the second year». *International Journal of Behavioral Development* 25, 7-15.
- Shah NM, Pisapia DJ, Maniatis S *et al.* (2004). «Visualizing sexual dimorphism in the brain». *Neuron* 43 313-319.
- Sisk CL, Zerb JL (2005). «Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior». *Frontiers in Neuroendocrinology* 26, 163-174.
- Sommer V, Vasey PL (Eds) (2006). *Homosexual behaviour in animals: An evolutionary perspective*. Cambridge NJ: Cambridge University Press.
- Stowers L, Holy TE, Meister M, Dulac C, Koentges G (2002). «Loss of sex discrimination and male-male aggression in mice deficient for TRP2». *Science* 295, 1493-1500.
- Su R, Rounds J y Armstrong P. I (2009). «Men and things, women and people: A meta-analysis of sex differences in interests». *Psychological Bulletin* 135, 859-884.
- Swaab DF y Garcia-Falgueras A (2009). «Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation». *Functional Neurology* 24, 17-28.
- Swaab D, Chung W, Kruijver F *et al.* (2001). «Structural sex differences in the human hypothalamus». *Hormones and Behavior* 40, 93-98.
- Swaab DF, Hofman MA y Gooren L (1992). «The human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation». *Progress in Brain Research*, 93, 205-219.
- Swaab DF y Fliers E (1985). «A sexually dimorphic nucleus in the human brain». *Science* 228, 1112-1114.
- Tobet SA *et al.* (1997). «Ontogeny of sex differences in the mammalian hypothalamus and preoptic area». *Cellular and Molecular Neurobiology* 17, 565-601.
- Vasey P y Sommer V (2006). *Homosexual behavior in animals: an evolutionary perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Wilhelm D, Palmer S y Koopman P (2007). «Sex determination and gonadal development in mammals». *Physiological Reviews* 87, 1-28.
- Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF (1995). «A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality». *Nature*, 378, 68-70.

La atención en los servicios de salud

Osasun-zerbitzuetako arreta

Evidence on the use of puberty blockers and cross-hormones

Alessandra Fisher

Endocrinologist

alessandra.fisher@gmail.com

Hormone therapy generally comprises two phases, namely pubertal suppression followed by the addition of gender affirming hormonal therapy.

During the first phase, pubertal development is halted to allow the youth to explore their gender identity and embodiment goals to prepare for the next phase, which may include. The Standards of Care 8th edition recommends health care professionals begin pubertal hormone suppression in eligible transgender and gender diverse adolescents only after they first exhibit physical changes of puberty (Tanner stage 2). In general, the goal of GnRH analogs administration in TGD adolescents is to prevent further development of the endogenous secondary sex characteristics corresponding to the sex designated at birth. Since this treatment is fully reversible, it is regarded as an extended time for adolescents to explore their gender identity by means of an early social transition. Treatment with GnRH analogs also has therapeutic benefit since it often results in a vast reduction in the level of distress stemming from physical changes that occur when endogenous puberty begins. For those prepubertal TGD children who have been persistent in their gender identity, any amount of permanent development of secondary sex characteristics could result in significant distress.

While one might consider use of a GnRH analogs to prevent initiation of puberty in such individuals who remain at Tanner Stage 1, this use of GnRH analogs has not been recommended. When a child reaches an age where pubertal development would normally begin (typically from 7-8 to 13 years for those with ovaries and from 9 to 14 years for those with testes), it would be appropriate to screen the child more frequently, perhaps at 4-month intervals, for signs of pubertal development (breast budding or testicular volume > 4 cc). Clinical assessment of the stages of puberty is based on physical features that reflect that reactivation. In individuals with functioning ovaries, Tanner stage 2 is characterized by the budding of the mammary gland. The development of the mammary gland occurs from exposure to estrogen produced by the ovaries. In individuals with functioning testes, Tanner stage 2 is characterized by an increase in testicular volume (typically greater than 4ml). The growth of the testes is mediated through the gonadotropins luteinizing hormone (LH) and follicle stimulating hormone (FSH). In the later stages, the testes produce enough testosterone to induce masculinization of the body.

Given the typical tempo of pubertal development (3.5–4 years for completion), it would be very unlikely for permanent pubertal changes to develop if one is only in puberty for 4 months or less. Thus, with frequent follow-up, the initiation of puberty can easily be detected before there are irreversible physical changes, and GnRH analogs can be started at that time with great efficacy.

GnRH analogs use is generally safe with the development of hypertension being the only short-term adverse event reported in the literature.

GnRHs prevent the pituitary gland from secreting LH and FSH. When the gonadotropins decrease, the gonad is no longer stimulated to produce sex hormones (estrogens or androgens), and the sex hormone levels in the blood decrease to prepubertal levels. GnRHa treatment leads to partial regression of one Tanner stage. Thus, if there is only Tanner stage 2 breast development, it typically fully regresses to the prepubertal Tanner stage 1; the same is typically true with Tanner stage 2 testes (often not even discernable to the patient and is not associated with development of secondary sex characteristics). TGD adolescents with functioning ovaries will experience diminished growth of breast tissue, and if treatment is started at Tanner stage 2, the breast tissue may disappear completely. Menarche can be prevented or discontinued following the administration of GnRHs in adolescents with a uterus. In TGD adolescents with functioning testes, testicular volume will regress to a lower volume. When GnRHa treatment is started in adolescents at the later phases of pubertal development, some physical changes of pubertal development, such as late-stage breast development in TGD adolescents with functioning ovaries and a lower voice and growth of facial hair in TGD adolescents with functioning testes, will not regress completely, although any further progression will be stopped. GnRHs have been used since 1981 for the treatment of central precocious puberty, and their benefits are well established. The use of GnRHs in individuals with central precocious puberty is regarded as both safe and effective, with no known long-term adverse effects. However, the use of GnRHs in TGD adolescents is considered off-label because they were not initially developed for this purpose. Nonetheless, data from adolescents prescribed GnRHs in a similar dose and fashion demonstrate effectiveness in delaying the onset of puberty although the long-term effects on bone mass have not been well established.

Although long-term data are more limited in TGD adolescents than in adolescents with precocious puberty, data collection specifically in this population are ongoing. A prolonged hypogonadal state in adolescence, whether due to medical conditions such as hypergonadotropic hypogonadism, iatrogenic causes such as GnRHa monotherapy or physiological conditions such as conditional delay of growth and development, is often associated with an increased risk of poor bone health later in life. However, bone mass accrual is a multifactorial process that involves a complex interplay between endocrine, genetic, and lifestyle factors. When deciding on the duration of GnRHa monotherapy, all contributing factors should be considered, including factors such as pretreatment bone mass, bone age, and pubertal stage from an endocrine perspective and height gain, as well as psychosocial factors such as mental maturity and developmental stage relative to one's adolescent cohort and the adolescent's individual treatment goals. For these reasons, a multidisciplinary team and an ongoing clinical relationship with the adolescent and the family should be maintained when initiating GnRHa treatment. The clinical course of the treatment, e.g., the development of bone mass during GnRHa treatment

and the adolescent's response to treatment, can help to determine the length of GnRHa monotherapy

Sex steroid hormone therapy generally comprises two treatment regimens, depending on the timing of the GnRHa treatment. When GnRHa treatment is started in the early stages of endogenous pubertal development, puberty corresponding with gender identity or embodiment goals is induced with doses of sex steroid hormones similar to those used in peripubertal hypogonadal adolescents. In this context, adult doses of sex steroid hormones are typically reached over approximately a 2-year period. When GnRHa treatment is started in late- or postpubertal transgender adolescents, sex steroid hormones can be given at a higher starting dose and increased more rapidly until a maintenance dose is achieved, resembling treatment protocols used in transgender adults. An additional advantage of GnRHa treatment is sex steroid hormones do not have to be administered in supraphysiological doses, which would otherwise be needed to suppress endogenous sex steroid production. For TGD individuals with functioning testes, GnRHa treatment (or another testosterone-blocking medication) should be continued until such time as the TGD adolescent/ young adult ultimately undergoes gonadectomy, if this surgical procedure is pursued as a medically necessary part of their gender-affirming care. Once adult levels of testosterone are reached in TGD individuals with functioning ovaries who have been initially suppressed with GnRHa's, testosterone alone at physiological doses is typically sufficient to lower ovarian estrogen secretion, and GnRHAs can be discontinued as discussed below. For TGD adolescents with functioning ovaries who are new to care, GAHT can be accomplished with physiological doses of testosterone alone without the need for concomitant GnRHa administration. Gender-affirming sex steroid hormone therapy induces the development of secondary sex characteristics of the gender identity. Also, the rate of bone mineralization, which decreases during treatment with GnRHa's, rapidly recovers. During GnRHa treatment in early-pubertal TGD adolescents, the bone epiphyseal plates are still unfused. Following the initiation of sex steroid hormone treatment, a growth spurt can occur, and bone maturation continues. In postpubertal TGD adolescents, sex steroid hormone treatment will not affect height since the epiphyseal plates have fused, and bone maturation is complete. In TGD adolescents with functioning testes, the use of 17- β -estradiol for pubertal induction is preferred over that of synthetic estrogens, such as the more thrombogenic ethinyl estradiol. It is still necessary to either continue GnRHa's to suppress endogenous testosterone production or transition to another medication that suppresses endogenous testosterone production. Breast development and a female-typical fat distribution are among a number of physical changes that occur in response to estrogen treatment. For TGD adolescents seeking masculinizing treatment, androgens are available as injectable preparations, transdermal formulations, and subcutaneous pellets. For pubertal induction, the use of testosterone-ester injection is generally recommended by most experts initially because of cost, availability, and experience. It is advised to continue GnRHAs at least until a maintenance level of testosterone is reached. In response to androgen treatment, virilization of the body occurs, including a lowering of the voice, more muscular development particularly in the upper body, growth of facial and body hair, and clitoral enlargement.

Unidad de Identidad de Género de Euskadi

Itxaso Rica Echevarría, Gema Grau Bolado

Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario Cruces. UIG Euskadi. BioBikaia. Osakidetza.

CIBERER. EndoERN

itxaso.ricaechevarria@osakidetza.eus

La Unidad de Identidad de Género de Euskadi (UIG-E) es un equipo multidisciplinar integrado por facultativos de especialidades médicas, quirúrgicas y psicólogos, que prestan atención sanitaria en Osakidetza a las personas transexuales que lo solicitan. Está ubicada en el Hospital Universitario Cruces (HUC) y se creó en el año 2009. Euskadi fue la primera comunidad en la que los especialistas pediátricos nos incorporamos a la UIG-E, y lo hicimos en el año 2013, tras conocerse la primera solicitud de asistencia sanitaria de un menor de 5 años de edad con diversidad de género. La UIG-E da cobertura a toda la población de Euskadi que según los datos del Eustat 2024 incluye a 2.208.007 personas (278.309 menores de 14 años y 391.000 menores de 20 años).

La UIG-E sigue las últimas recomendaciones de atención sanitaria publicadas por la Endocrine Society (1), por la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH v8) (2) y por la Guía clínica de atención a menores trans* de la Asociación Española de Pediatría (3). Los 3 documentos comparten parte de su contenido y cuentan con el apoyo de muchas sociedades científicas. Es necesario adaptar las recomendaciones a las peculiaridades concretas de cada entorno sanitario. En el nuestro, la asistencia se facilita dentro del marco de la Cartera de Servicios del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, con los recursos (materiales y humanos) que facilita Osakidetza.

En 2016 se publicó la «Guía de Asistencia Integral a Personas en situación de Transexualidad del Gobierno Vasco: actuaciones recomendadas desde los ámbitos social, educativo y sanitario» (4). Desde entonces se han llevado a cabo muchas modificaciones en la asistencia facilitada en la UIG-E. Estamos finalizando la redacción de una nueva guía exclusivamente sanitaria, donde se refleja el funcionamiento actual de la UIG-E con la implementación que va a suponer la próxima creación de 3 Servicios de Atención a la Transexualidad ubicados en Atención primaria (SAT-AP), recientemente anunciada por Osakidetza. Cada servicio estará situado en un territorio histórico e integrado por psicólogos clínicos expertos en diversidad de género. De esta manera se facilitará una asistencia individualizada en cercanía a las personas transexuales y sus familias. Funcionalmente estos servicios trabajarán en red con la UIG-E y asumirán parte de la asistencia que hasta ahora se ha dado desde la misma.

Los protocolos clínicos que seguimos apoyan la idoneidad de prestar asistencia sanitaria a los menores que así lo requieran, dentro de equipos multidisciplinarios especializados. La terapia endocrinológica incluye habitualmente dos fases; la primera dirigida a la supresión de la pubertad endógena (bloqueo puberal) y una posterior para conseguir, en la medida de lo posible, el desarrollo de caracteres sexuales secundarios acordes con la identidad sexual o sentimiento

de género del menor (terapia hormonal de afirmación de género). Recomiendan, además, ofrecer un acompañamiento adecuado, valorar la madurez emocional y cognitiva del menor, descartar comorbilidades físicas o emocionales, facilitar la preservación de la fertilidad en las situaciones en las que es factible, y hacer una transición planificada al servicio de Endocrinología.

La experiencia en el tratamiento hormonal en hombres y mujeres transexuales es cada vez más amplia. Existen publicaciones que ponen de manifiesto el beneficio de la transición médica sobre su salud (5,6,7,8) pero sigue siendo escasa la evidencia científica relacionada con la administración de bloqueadores (9). La falta de datos de evolución a largo plazo de los menores que han recibido bloqueadores en fases iniciales del desarrollo puberal, y la heterogeneidad en la metodología de los estudios que han sido publicados, justifican, al menos parcialmente, la ausencia de resultados claros. Por este motivo, algunos países de nuestro entorno cercano han llevado a cabo recientemente políticas estatales limitando estrictamente su uso. No disponer de publicaciones que demuestren claramente el beneficio de este tratamiento no implica que no exista, pero sin duda, nos obliga a considerar su indicación de forma cuidadosa y a transmitir este aspecto a los menores y sus familias. A la hora de prescribir cualquier terapia médica es necesario informar con detalle de los beneficios y posibles perjuicios de la misma. En el caso de los bloqueadores o de la terapia hormonal, además es necesario buscar el momento idóneo (orgánico y emocional) para el inicio de la misma con las mayores garantías de eficacia y seguridad. Cada menor es único, y como tal, su tratamiento debe ser individualizado.

¿QUIÉNES SOMOS Y CÓMO TRABAJAMOS?

La puerta de entrada a la unidad es el servicio de Endocrinología Pediátrica, para menores que acuden por primera vez con edad inferior a 15 años (inferior a 16 hasta el año 2023), y el de Endocrinología para el resto. Ambos servicios actúan como coordinadores del proceso asistencial global. La unidad actualmente está integrada por facultativos de las siguientes especialidades:

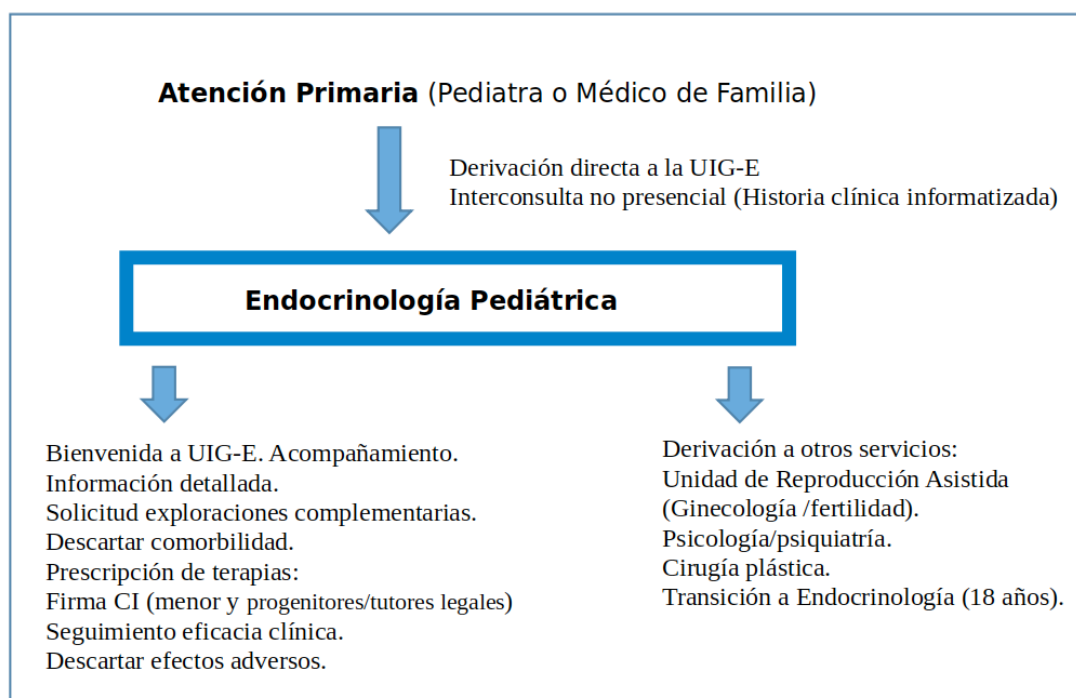
- Endocrinología Pediátrica (ENDPED)
- Endocrinología de adultos
- Psicología clínica
- Cirugía Plástica
- Psiquiatría Pediátrica y de adultos
- Ginecología/Fertilidad
- Urología
- Farmacología clínica

Es una unidad funcional. Planificamos reuniones periódicamente para comentar aspectos asistenciales o aquellos que puedan surgir de otra índole en relación con la asistencia sanitaria a personas transexuales. Uno de los objetivos de las reuniones es avalar la idoneidad física y emocional de los menores que inician tratamientos, y planificar la transición de menores a Endocrinología de adultos.

Los nuevos Servicios de Asistencia a la Transexualidad de Atención Primaria se integrarán en el funcionamiento de la UIG-E trabajando en red. La existencia de una historia clí-

nica informatizada compartida entre atención primaria y especializada, que incluye prescripción de medicamentos es una herramienta que facilita el trabajo.

En el siguiente gráfico, se refleja de forma esquemática el proceso asistencial teórico completo de un menor, de edad inferior a 15 años, que acude a UIG-E. Dado que la asistencia es «personalizada» en muchas ocasiones no se llevan a cabo todas las intervenciones sanitarias que son posibles.



Cuando los SAT-AP funcionen se modificará parcialmente este proceso. Desde atención primaria (pediatra o médico de familia) se derivará a las personas con diversidad de género que soliciten asistencia sanitaria a los SAT-AP. Los psicólogos clínicos de estas unidades, llegado el momento y tras conocer a los menores y sus familias, derivarán a quienes lo soliciten, a los servicios de Endocrinología Pediátrica o Endocrinología del HUC. En este nuevo escenario la labor de Psicología/Psiquiatría de la UIG-E quedará limitada a la valoración y/o tratamiento de personas con problemas complejos psicoemocionales, a solicitud de los psicólogos de los SAT-AP o de los usuarios.

¿QUÉ LÍNEAS NOS PARECEN IMPORTANTES?

Nuestro objetivo es facilitar la asistencia sanitaria que cada menor requiera en un clima de respeto, empatía y seguridad, siguiendo las recomendaciones de la Endocrine Society (1) adaptadas a la filosofía y cartera de servicios actual del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y con los recursos disponibles en Osakidetza. Son ideas claves:

1. La *identidad de género (identidad sexual)*, sentirse hombre, mujer o persona con género no binario, es un reflejo de la diversidad del ser humano. En Osakidetza, hasta el momento actual, se ha facilitado asistencia sanitaria a personas transexuales bina-

- rias que así lo han solicitado. La transición médica, que implica el uso de medicaciones, aunque no sea la única opción, si es una necesidad que requieren muchas personas transexuales para alcanzar su bienestar.
2. Es necesario optimizar la *salud global* de los menores, prestando un interés especial a cuidar la *salud ósea*, durante todo el proceso asistencial en la UIG-E. Debemos de conseguir transmitir la necesidad de mantener hábitos de vida saludable, incluyendo una alimentación equilibrada con ingesta adecuada de calcio, mantener un peso corporal normal, practicar deporte de forma regular, tomar suplementos de vitamina D en caso de presentar insuficiencia de la misma, evitar el consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol y drogas) y seguir el calendario de vacunación adecuado en cada situación.
 3. El uso de *bloqueadores* (Triptorelina mensual) se inicia en los menores que lo requieren cuando alcanzan un desarrollo sexual Tanner II estable, o fases posteriores, dependiendo de la edad a la que acuden a la UIG-E. Previamente se solicitan exploraciones complementarias (analítica, densitometría y edad ósea) para confirmar que todo está bien. En el caso de detectarse alguna patología se debe indicar el tratamiento que precise. Antes de prescribir la terapia explicamos con detalle la pauta, su reversibilidad, los beneficios clínicos esperables y las dudas razonables de posibles perjuicios, según la situación concreta de cada menor. Dado que es una indicación fuera de ficha técnica se dispensan en la farmacia hospitalaria previa firma de un consentimiento informado (progenitores y/o tutores legales y/o menor en función de la edad). Cuando esta terapia se inicia en estadio puberales precoces impide la progresión de la fertilidad hecho que se debe conocer.
 4. El uso de *terapia hormonal de afirmación de género* (estradiol en chicas y testosterona en chicos) se inicia a una edad «individualizada», en general superior a los 14 años de edad. Para tomar esta decisión se consideran muchos aspectos importantes que incluyen: peso, talla y desarrollo puberal, edad ósea, uso o no de bloqueadores, potencial de crecimiento, resultados de las exploraciones complementarias realizadas, grado de malestar del menor, madurez emocional y cognitiva del menor, edad de inicio de la diversidad de género, percepción de padres o tutores legales, existencia de comorbilidades, uso de medicaciones y práctica o no, de hábitos de vida saludables. Antes de prescribir la terapia se explica con detalle las posibles pautas de administración, los efectos clínicos esperables y la irreversibilidad parcial de los mismos, así como los efectos adversos conocidos de la testosterona o del estradiol. Dado que es una indicación fuera de ficha técnica se requiere de la firma de un consentimiento informado (progenitores y/o tutores legales y/o menor).
 5. Hasta la fecha en la UIG-E se ha requerido de un *acompañamiento psicoemocional* personalizado de los menores y sus familias, lo que a su vez ha permitido valorar necesidades determinantes a este nivel en el avance de la transición médica. Esta labor se ha llevado a cabo por los especialistas en psicología/psiquiatría de la unidad y en breve, se desarrollará desde los SAT-AP. Su objetivo será conocer a los menores/familias y las necesidades de cada uno de ellos, incentivar a los menores a autoevaluar su identidad de género, facilitar herramientas útiles para gestionar la diversidad, conocer la madurez emocional y cognitiva de los menores, coordinarse con el entorno escolar si fuera necesario o con servicios de psiquiatría infanto-juvenil de atención primaria, si el menor está siendo controlado en alguno de ellos. Desde los SAT-AP se derivará a Endocrinología Pediátrica o Endocrinología, a los menores en el momento adecuado para cada situación.

6. La *preservación de la fertilidad* está incluida dentro de las prestaciones de la UIG-E, en las situaciones en las que sea factible porque el menor tenga desarrollo puberal avanzado, y así lo desee. La criopreservación de ovocitos en chicos y la vitrificación de muestra de esperma en chicas, se hacen preferentemente antes de iniciar la terapia hormonal a criterio de los facultativos de Ginecología/Fertilidad y previa firma de consentimiento informado. Debemos recordar la infertilidad que se deriva de iniciar un bloqueo en fases iniciales del desarrollo puberal seguido de la terapia hormonal.
7. A los 18 años de edad se hace una *transición planificada* y consensuada con los menores, al servicio de Endocrinología que es el coordinador del proceso asistencial en personas transexuales mayores de edad.
8. A partir de los 18 años las personas transexuales que lo desean son atendidos por el servicio de *Cirugía Plástica. Urología o Ginecología* para valorar y programar posibles actos quirúrgicos adecuados a cada situación. Las prestaciones de Osakidetza incluyen la cirugía torácica (mastectomía en chicos y feminización torácica en chicas) y la cirugía genital (orquiectomía, histerectomía, vaginoplastia o faloplastia).

¿A CUÁNTAS PERSONAS HEMOS ATENDIDO?

En la tabla se representa el número de personas que han acudido a la UIG-E desde el año 2011, divididos en 3 grupos en función de su edad en la consulta inicial, según datos facilitados por el servicio de documentación del Hospital Universitario Cruces. De un total de 1308 personas, el 49% han sido menores de edad.

Si nos centramos en el subgrupo de menores de 16 años, el primer niño acudió en 2013 y a diciembre de 2024 habían sido atendidos un total de 390. Entre los años 2013 y 2021 hubo un intenso incremento de primeras consultas, similar al objetivado en otros países de nuestro entorno. En los últimos 3 años, la cifra de primeras consultas parece estar estabilizándose, en torno a 50-55 por año.

Edad	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
< 16 años			1	2	3	5	10	33	48	48	82	55	55	48	390
16 - 18	5	3	3	2	7	4	6	26	29	30	48	38	25	22	248
> 18 años	46	37	17	14	21	21	23	48	51	49	126	75	72	70	670
Total	51	40	21	18	31	30	39	107	128	127	256	168	152	140	1.308

Hay dos aspectos que se están modificando con el paso del tiempo en los menores que atendemos en Endocrinología Pediátrica. Inicialmente había un leve predominio de menores con sexo asignado femenino (53%) y con el transcurso del tiempo se ha visto un incremento progresivo de este subgrupo. Por otro lado, desde los primeros años objetivamos que las niñas acudían a una edad más temprana a la UIG-E y esta diferencia también ha ido creciendo.

En el año 2024, en Endocrinología Pediátrica atendimos a 47 menores por 1ª vez. El 68 % de los ellos tenían sexo asignado femenino al nacer. La edad media en la 1ª consulta era de 9,5 años para las niñas y 11,5 para los niños. Ambos datos son acordes con lo publicado por otros autores (10, 11).

En el siguiente gráfico se muestra el total de consultas de la UIG-E atendidas desde el año 2015, incluyendo todas las especialidades (pediátricas, de adultos, médicas y quirúrgicas). Se objetiva un incremento progresivo hasta el año 2022 con disminución a partir de entonces.



¿QUÉ HEMOS APORTADO AL CONOCIMIENTO?

Los profesionales de Endocrinología Pediátrica de la UIG-E hemos participado en actividades formativas y de investigación a lo largo de estos años, colaborando en congresos organizados por sociedades científicas a nivel regional (SEDyNE), nacional (SEEP y SEEN) e internacional (ESPE). Formamos parte de grupos de trabajo relacionados con la asistencia sanitaria a personas transexuales de la SEEN (GIDSEEN) y de la ESPE. Hemos participado en jornadas de formación a nivel hospitalario, en diferentes OSIs de Osakidetza, en los colegios de médicos de Bizkaia y Donosti, y en el entorno de la UPV. Hemos formado parte de iniciativas de divulgación en la sociedad, y finalmente hemos publicado algunos artículos incluyendo la colaboración en la redacción de la guía clínica de atención a menores transexuales, transgénero y de género diverso que se publicó en Anales de Pediatría (3).

En 2022 publicamos datos epidemiológicos y de DMO, con resultados acordes con los descritos por otros autores (12). Describimos el incremento de la demanda asistencial en la UIG-E desde 2013 a 2019, con un discreto predominio de menores con sexo asignado femenino al nacimiento (53%). Las chicas consultaban y hacían la transición social antes que los chicos. La DMO Z-score previa a las terapias era normal en la mayoría de los menores, pero un porcentaje no desdeñable de chicas mostró una DMO baja en la zona lumbar (12).

En 2023 publicamos la «Evolución demográfica y morbilidad en la población transexual de Euskadi, 2009-2020» (13). En base a este estudio se estima una prevalencia mínima de personas trans en Euskadi de 2,4 por cada 10.000 habitantes. Al comparar las personas que han acudido a la UIG-E en el periodo 2015-2020, frente a las que lo hicieron antes, actualmente las personas acuden con menor edad (17 *vs* 27 años) y tiene mejor nivel académico.

Nuestras contribuciones a congresos han versado sobre aspectos epidemiológicos y la repercusión de los distintos abordajes médicos en la mineralización ósea (14-17). Como re-

sumen global, en nuestro entorno, las mujeres consultan antes y en los últimos años existe un mayor porcentaje de varones. Las mujeres tienen una DMO en general normal pero por debajo de la media, desde antes de iniciar la transición médica; sus niveles de vitamina D son insuficientes y la mayoría no hace deporte programado. Los varones que han seguido tratamiento con bloqueadores y testosterona, a los 18 años tiene una DMO normal y su talla final ha superado la diana para sexo asignado.

Los resultados anteriormente expuestos son acordes con lo publicado por otros grupos. En relación con la evolución de la DMO en adolescentes que llevan a cabo transición médica, no existe la certeza de que finalmente el pico de masa ósea que alcancen vaya a ser normal (18) y esta preocupación es mayor en las mujeres (19). Parcialmente si hay datos tranquilizadores (19, 20) y el acuerdo indiscutible de la necesidad de hacer un seguimiento muy minucioso de este aspecto (21).

En relación con la influencia de la transición médica en talla final, hay pocas publicaciones (22,23,24). El beneficio que hemos objetivado en chicos que iniciaron terapia con Triptorelina con un desarrollo puberal avanzado, y posteriormente recibieron testosterona, no ha sido evidenciado hasta la fecha por otros grupos. Solo uno de los estudios ha demostrado beneficio de talla final en un grupo de chicos que recibieron doble terapia, iniciando los bloqueadores en una fase temprana del desarrollo puberal (24). Estos resultados en talla final son esperanzadores y requieren de la comprobación en series con tamaños muestrales mayores.

¿HACIA DÓNDE NOS DIRIGIMOS EN LA UIG-E?

A pesar de que la asistencia sanitaria a menores transexuales en Osakidetza lleva una década de andadura, siguen existiendo incertidumbres y aspectos a mejorar. Estamos en un momento complicado a nivel internacional. Recientemente, algunos países de nuestro entorno han establecido claras restricciones en el uso de la terapia con bloqueadores, aludiendo a la falta de evidencia demostrada de su beneficio. Para las personas que asistimos a estos menores, no hay duda del beneficio que supone que las niñas transexuales no se virilicen y la ausencia de desarrollo mamario, en muchos de los chicos. Se trata, además, de una terapia reversible que facilita tiempo para continuar explorando la identidad de género sin sufrir el malestar que para muchos menores ocasiona la progresión de cambios puberales. Dada la escasa certidumbre es deseable que se indique con las máximas garantías de seguridad en el seno de unidades multidisciplinarias. El probable avance en el conocimiento, en un futuro próximo, facilitará optimizar el uso de esta medicación en menores con diversidad de género.

En al UIG-E apostamos por mantener una postura razonable, siguiendo las guías clínicas internacionales de asistencia sanitaria a personas transexuales en sus versiones más actualizadas. Creemos, realmente, que contar con una unidad multidisciplinar facilita el tratamiento adecuado y seguro de los menores con diversidad de género. No sería deseable optar por el desmantelamiento de la UIG-E siguiendo los pasos de otras CCAA en España, ni adoptar políticas limitantes en el uso de bloqueadores, tal como está sucediendo en algunos países europeos.

Necesitamos mejorar algunos aspectos de la UIG-E. La incorporación de los SAT-AP va a suponer un avance en asistencia en cercanía a los menores y sus familias. Existen demoras en la atención en algunas especialidades de la unidad que no son deseables, y solo serán resueltas con un incremento de recursos (personal y tiempo), para adaptarlos al notable aumento de solicitud de asistencia evidenciado en los últimos años. La resolución de estos te-

mas depende de que mantenga una clara apuesta por parte de Osakidetza y del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, que permita optimizar el funcionamiento de la UIG-E.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Wylie C Hembree, Peggy T Cohen-Kettenis, Louis Gooren, Sabine E Hannema, Walter J Meyer, M Hassan Murad, Stephen M Rosenthal, Joshua D Safer, Vin Tangpricha, Guy G T'Sjoen (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 102, Issue 11, Pages 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- 2 Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, Arcelus J (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23 (supl 1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- 3 Amadora Moral-Martos, Julio Guerrero-Fernández, Marcelino Gómez Balaguer, Itxaso Rica Echevarría, Ariadna Campos-Martorell, María Jesús Chueca-Guindulain, Emilio García García, Raúl Hoyos-Gurrea, Diego López de Lara, Juan Pedro López-Siguero, José María Martos Tell, Cristina Mora Palma, Isolina Riaño Galán, Diego Yeste Fernández (2022). Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. *Anales Pediatría*, 96 (4), 349.e1-349.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.02.002>
- 4 Grupo de Trabajo para el abordaje integral de la atención a personas transexuales. Guía de atención integral a las personas transexuales. Actuaciones recomendadas desde los ámbitos educativo, social y sanitario (2016). Gobierno Vasco. Impresión: Gráficas Dosbi, S.L. Depósito Legal: VI-418/2016 DOI: 10.13140/RG.2.1.5182.1686 https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia_transexualidad/es_def/adjuntos/guia_transexuales_es.pdf
- 5 T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V (2018). Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocr Rev*. Oct 10; 40 (1): 97-117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- 6 Chew D, Anderson J, Williams K, May T, Pang K (2018). Hormonal Treatment in Young People With Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Pediatrics*, 141 (4) e20173742; <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>
- 7 López de lara D, Pérea Rodríguez O, Cuellar Flores I, Pedreira Masa JL, Campos-Muñoz L, Cuesta Hernández M, Ramos Amador JT (2020). Psychosocial assessment in transgender adolescents. *An Pediatr (Barc)*. 93 (1): 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.01.019>
- 8 Annelou LC de Vries, Jenifer K McGuire, Thomas D Steensma, Eva C F Wagenaar, Thoe A H Doreleijers, Peggy T Cohen-Kettenis (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*;134(4):696-704. [10.1542/peds.2013-2958](https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958)
- 9 Taylor J, Mitchell A, Hall R, *et al*. Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review (2024). *Arch Dis Child*; 109:s48–s56. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326670>
- 10 Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, Zucker KJ (2018). Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988-2016). *J Sex Marital Ther* 44(7):713-715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>
- 11 Nastasia M de Graaf, Polly Carmichael, Thomas D Steensma, Kenneth J Zucker (2018). Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data From the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *J Sex Med*; Oct. 15(10): 1381-1383. DOI: [10.1016/j.jsxm.2018.08.002](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002)

- 12 Paula Díaz Fernández, Gema Grau Bolado, Amaia Vela Desojo, Itxaso Rica Echevarría (2022). Menores en situación de transexualidad: ¿existen diferencias en función del sexo? Aspectos epidemiológicos y de metabolismo fosfocálcico. Paula Díaz Fernández, Gema Grau Bolado, Amaia Vela Desojo, Itxaso Rica Echevarría. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*;13(2):41-50 | [https://DOI. 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2022.Aug.762](https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2022.Aug.762)
- 13 González P, Grau G, Fernández C, Ponce de León S, Guadilla ML, Vázquez F, Bellido V and Rica I (2023). Changing trends in transgender demographics and morbidity: baseline data from a Spanish cohort. *Sexual Health*; 20(1), 96–98. DOI:10.1071/SH22171. PMID: 36653020.
- 14 Rica I, Grau G, Diaz P, Vela A, Guadilla ML. Menores en situación de transexualidad: ¿existen diferencias en función del sexo? (2020). *Rev Esp Endocrinol Pediatr*;11 suppl(1):127-146 | DOI. 10.3266/revespEndocrinolpediatr.pre2020.oct.607
- 15 Rica I, Garcia M, Grau G, Vela A, Rodríguez A, Guadilla ML (2021). Is the recommended dual therapy for transsexual boys harmless? *Horm Res Paediatr*; 94 (suppl 1): 381-382. 59th Annual Meeting of the ESPE. DOI: 10.1159/000518849
- 16 Rica I, Sánchez A, Peña A, Grau G, Vela A, Guadilla ML(2023). Treatment with triptorelin and estradiol in transgender girls. Should we use SDS for assigned sex or SDS for affirmed gender? *Horm Res Paediatr*; 96 (suppl 4): 395
- 17 Rica I, Sanchez A, Peña A, Vela A, Portillo N, Grau G (2024). Repercusión en la fertilidad y en la masa ósea de la terapia con triptorelina y estradiol en chicas transexuales. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*; vol 15, suppl 2: 222.
- 18 Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex-hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J Clin Endocrinol Metab*; 100 (2):E270-5. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- 19 Sebastian E E Schagen, Femke M Wouters, Peggy T Cohen-Kettenis, Louis J Gooren, Sabine E Hannema (2020). Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 105, Issue 12, dgaa604. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- 20 Rothman MS, Iwamoto SJ (2019). Bone Health in the Transgender Population. *Clin Rev Bone Miner Metab*; 17(2):77-85. <https://doi.org/10.1007/s12018-019-09261-3>
- 21 Lee JY, Finlayson C, Olson-Kennedy J, Garofalo R, Chan YM, Glidden DV, et al (2020). Low Bone Mineral Density in Early Pubertal Transgender/Gender Diverse Youth: Findings From the Trans Youth Care Study. *J Endocr Soc*. 2; 4 (9):bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>
- 22 Willemsen LA, Boogers LS, Wiepjes CM, Klink DT, van Trotsenburg ASP, den Heijer M, Hannema SE (2023). Just as Tall on Testosterone; a Neutral to Positive Effect on Adult Height of GnRHa and Testosterone in Trans Boys. *J Clin Endocrinol Metab*; 108 (2): 414-421. PMID: 36190924; <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac571>
- 23 Norup PB, Haahr ME, Christiansen P, Aksglaede L, Cleemann L, Johannsen TH, Juul A, Main KM (2024). Growth and Adult Height Attainment in Danish Transgender Adolescents Treated With GnRH Analog and Sex Hormones. *J Clin Endocrinol Metab*; 109(11):2764-2773. doi: 10.1210/clinem/dgae263. PMID: 38627922; PMCID: PMC11479706. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae263>
- 24 Persky RW, Apple D, Dowshen N, Pine E, Whitehead J, Barrera E, Roberts SA, Carswell J, Stone D, Diez S, Bost J, Dwivedi P, Gomez-Lobo V (2024). Pubertal Suppression in Early Puberty Followed by Testosterone Mildly Increases Final Height in Transmasculine Youth. *J Endocr Soc*. 2;8(6): bvae089. doi: 10.1210/jendso/bvae089. PMID: 38752206; PMCID: PMC11094470. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvae089>

Trànsit, promoción de la salud de las personas trans* de Catalunya

Rosa Almirall

Presidenta Asociación Kasa Trans*

kasatrans20@gmail.com

CREACIÓN DE TRÀNSIT, PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS TRANS*

Trànsit nace a finales de 2012 en el servicio de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva Esquerra de un centro público de atención primaria de Barcelona, perteneciente al Institut Català de la Salut. Su objetivo era ofrecer atención específica a las necesidades sexuales y reproductivas de las personas trans* de Catalunya, con un acceso directo a través de un correo electrónico institucional.

Previamente, se había contactado con personas trans* para definir sus necesidades y diseñar un modelo de atención adecuado a sus necesidades. El servicio se presentó, públicamente, el 20 de octubre de 2012 durante la jornada «Stop Pathologization», organizada por la comunidad trans* de Barcelona en apoyo al movimiento internacional nacido en 2006, que reivindicaba la despatologización de las identidades trans*. Este movimiento exigía la retirada de los diagnósticos psiquiátricos del DSM-V y el CIE-10, y el reconocimiento de las identidades trans* como parte de la diversidad humana. Además, solicitaba eliminar la evaluación psicológica o psiquiátrica, la atención psicoterapéutica obligatoria y la «experiencia de vida real» como criterios de elegibilidad para acceder a tratamientos hormonales.

Después de unos meses de funcionamiento y escucha activa de las personas atendidas, Trànsit amplía sus objetivos hacia un modelo centrado en las necesidades de las personas trans* y de su entorno familiar, afectivo y social, eliminando el requisito de diagnóstico psicológico o psiquiátrico para acceder a tratamientos hormonales.

En 2015 se crea la Plataforma TransForma la Salut, integrada por colectivos y personas de la comunidad trans*, quienes redactan un protocolo de atención sanitaria basado en derechos de organismos internacionales, la despatologización y el modelo biopsicosocial que ya aplicaba Trànsit. Este protocolo fue presentado a distintos partidos políticos, al Parlament, al Síndic de Greuges y, tras negociaciones con el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en octubre de 2016 se reconoce oficialmente a Trànsit como la puerta de entrada al sistema público de salud de las personas trans* en Catalunya.

Este modelo implica la creación de equipos multidisciplinares distribuidos en distintas localidades del territorio catalán (actualmente existen 8 unidades), que ofrecen atención

biopsicosocial. La atención psicoterapéutica, tanto individual como grupal, es opcional. La relación entre profesionales y personas trans* se establece como una relación entre personas expertas: profesionales con experiencia en el acompañamiento y personas con conocimiento profundo de su propia identidad. Se valida la identidad de género sin juicio ni cuestionamiento, sea binaria o no binaria, respetando siempre la autonomía de las decisiones individuales. Algunas personas pueden necesitar hacer la transición social, la hormonal y la quirúrgica, mientras que otras solo necesitarán alguna de ellas e incluso habrá personas trans* que no quieran hacer ninguna.

También se atiende a las personas del entorno afectivo, familiar y social, entendiendo que su respeto y apoyo en el proceso de transición de las personas trans* mejora significativamente su bienestar. Además, se da información sobre recursos y servicios específicos para personas trans* y entidades trans*, que permitan la creación de redes de apoyo entre iguales.

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

Los equipos multidisciplinares están formados por profesionales de distintas áreas, entre ellos:

- Atención a la ciudadanía: Son la puerta de entrada de las personas trans* y sus familias al servicio Trànsit y en algunas unidades son personas trans*. Atienden vía correo electrónico, teléfono o presencialmente, informando sobre el funcionamiento del servicio, entidades y otros recursos, programando atenciones con profesionales de Trànsit en función de sus necesidades, atendiendo sus dudas y dificultades, presentándose y atendiendo como personas referentes trans* en las unidades donde las hay y derivando a otros profesionales o recursos según la demanda.
- Trabajo social: Acompaña las necesidades del entorno afectivo, familiar y social, atendiendo especialmente a familias de menores de 9 años, y facilitando su socialización en centros educativos y en otros espacios sociales, cuando es necesario. También atiende a personas adultas con necesidades de recursos sociales, coordinándose con servicios sociales, entidades trans*, LGTBI y profesionales de la salud de otros servicios.
- Enfermería y matronería: Atienden las primeras visitas de personas adultas y se coordinan con profesionales de la medicina o prescriptores médicos en caso de patología o decisión de iniciar tratamientos hormonales. Además, ofrecen consejo, información y realizan actividades preventivas en salud. Las matronas también atienden las necesidades de atención sexual y reproductiva de adolescentes y personas adultas trans*.
- Medicina de familia y ginecología: Atienden a menores entre 9 y 18 años, así como a personas adultas. Desde ginecología, además se atienden las necesidades de atención especializada.
- Psicología: La atención psicoterapéutica es opcional para personas trans* de cualquier edad que necesiten apoyo en su proceso de autoidentificación, aceptación o visibilización social. Se ofrece atención individual y grupal:

- Grupo multifamiliar
- Grupo de adolescentes (13-18 años)
- Grupo de personas adultas (18-40 años)
- Grupo de personas adultas mayores de 40 años
- Grupo de personas trans* neurodivergentes

—Pediatria y endocrinología: No están presentes en todas las unidades. Pediatria atiende a menores en edad pediátrica y endocrinología, además atiende a personas adultas.

Las atenciones en salud, que no están relacionadas con su identidad, son derivadas a profesionales de atención primaria, de salud mental u otras especialidades de servicios públicos de salud del area geográfica donde viven.

Todas las personas profesionales de Trànsit comparten una visión no binaria del sistema sexo/género, un compromiso con los derechos de las personas trans*, y un conocimiento profundo de sus realidades y vivencias. Se actualizan constantemente según nueva evidencia científica, legislación y protocolos, y tienen vínculos con entidades y recursos trans*. Además, imparten formación y participan en investigaciones.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN EN TRÀNSIT

La escucha activa y asertiva es esencial para ofrecer una atención individualizada. Por ello en Trànsit se ofrece tiempo para escuchar:

- Las vivencias de infancias y adolescencias en su cuestionamiento, exploración o autoidentificación como personas trans*, así como su impacto emocional.
- El relato de padres o tutores legales, entendiendo que pueden experimentar dificultades, miedos o cambios emocionales, que influyen en su capacidad de acompañar las vivencias de infancias y adolescencias en estos procesos.
- Cómo se posicionan en este proceso la familia extensa, los centros educativos y los espacios sociales con los que se relacionan las infancias y adolescencias, padres y tutores legales, para compartir estrategias que favorezcan entornos respetuosos.

Además de la escucha, hay una serie de conceptos que son fundamentales en la atención a las infancias y adolescencias trans* y a sus familias. A continuación, mencionamos algunos:

- No existe ninguna historia personal, prueba psicológica o médica, que pueda determinar con certeza si una persona tiene una identidad trans* o cis. Por ello, la incertidumbre es una constante tanto para las propias personas, como para sus familias y, también, para quienes las acompañamos desde el ámbito profesional.
- Solo podemos saber que una infancia o adolescencia se reconoce con una identidad trans* cuando, tras un proceso —más o menos largo— de cuestionamiento, exploración y reflexión interna sobre el género, se autoidentifica como tal.

- Tener una identidad trans* no implica necesariamente identificarse con el género opuesto al asignado al nacer. En la adolescencia, es muy común encontrar personas que no se reconocen ni en el género asignado al nacer ni en el contrario, ubicándose en cualquier punto intermedio o incluso fuera del binarismo. Es fundamental tener presente que hay personas que se identifican con identidades trans* binarias y otras que lo hacen con identidades trans* no binarias.
- La vivencia del género, su expresión y las necesidades asociadas con ellas pueden variar, a lo largo del tiempo y en distintos espacios, tanto en personas cis como trans*, en función de la edad, los espacios sociales que habitan, las personas con quienes se relacionan y las personas referentes trans* con las que se identifican.
- Cada persona trans* tiene un recorrido único. Aunque hay ciertas necesidades comunes que pueden repetirse, es esencial evitar imponer recorridos preestablecidos y, es necesario, centrar la atención en las necesidades específicas de cada persona en un momento dado, entendiendo además que esas necesidades pueden cambiar a lo largo del tiempo.
- El malestar emocional y corporal es una experiencia frecuente en las infancias y adolescencias trans*. Buena parte de este malestar es inducido socialmente por la rigidez del modelo binario que impone normas sobre los cuerpos, la expresión y la identidad de género. Aunque este malestar puede mejorar con la transición social, hormonal y/o quirúrgica, también puede persistir incluso tras haber dado todos estos pasos.
- La presencia de una enfermedad mental o una neurodivergencia puede dificultar que una persona pueda avanzar en su proceso de afirmación de género. También puede hacer que las personas de su entorno tengan más dificultades en creerlas y acompañarlas y que profesionales de la salud, tengan más dificultades para atenderlas. A pesar de ello, es esencial comprender que ni una enfermedad mental ni una condición neurodivergente niegan o invalidan la posibilidad de tener una identidad trans*.
- La atención psicoterapéutica, tanto individual como grupal, puede ser clave para muchas infancias y adolescencias trans* y sus familias, ayudando a avanzar en procesos de autoidentificación, aceptación y desarrollo de estrategias para vivir su identidad en todos los espacios sociales. Sin embargo, como cualquier proceso terapéutico, debe ser percibido como útil y necesario por la propia persona, y puede recomendarse, pero no imponerse ni exigirse por parte de las familias o del equipo profesional.
- Las necesidades y decisiones de cada persona deben situarse en el centro de la atención, incluso cuando puedan entrar en contradicción con aquello que, desde lo profesional, consideraríamos más adecuado. En estos casos, será importante respetar dichas decisiones, acompañarlas con espacios de reflexión sobre otras posibilidades —con sus ventajas e inconvenientes— e incluir siempre que sea posible a quien tenga su tutoría en dicho proceso.

ATENCIÓN A LAS INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS TRANS*

En Trànsit, la atención desde los primeros signos del desarrollo puberal hasta los 18 años comparte una serie de principios comunes. Damos las distintas opciones existentes en función de la etapa del desarrollo puberal, con información basada en la evidencia disponible: cambios reversibles e irreversibles, implicaciones sobre la anatomía genital, la sexualidad y la fertilidad (y la posibilidad o no de preservarla), contraindicaciones, experiencias de retransición, estado emocional, seguimiento, actividades preventivas, etc.

Las decisiones clínicas son agencia de la persona trans* y sus adre o quien tenga su tutoría, siempre que tengan capacidad cognitiva y emocional para comprender, asentir y consentir el tratamiento elegido, y no existan contraindicaciones médicas. En España, a los 16 años, se alcanza la mayoría de edad legal en el ámbito sanitario. No obstante, se procura contar siempre con el consentimiento, al menos, de uno de sus adre.

En el caso de infancias trans* socializadas en su identidad desde edades tempranas, es frecuente que soliciten atención incluso antes del inicio de la pubertad. En estas situaciones, es apropiado explicar las etapas del desarrollo puberal, su cronología y duración, y explorar tanto las vivencias de la persona como las de quienes las cuidan respecto a esta etapa, con sus expectativas implícitas y explícitas. También puede ser útil realizar una valoración del desarrollo puberal basada en el relato de cambios físicos observados.

A partir del estadio II de Tanner, las opciones pueden incluir permitir la maduración gonadal y el desarrollo espontáneo de la pubertad, intervenir bloqueándola mediante bloqueadores puberales (agonistas de la GnRH), o enlentecer o suprimir algunos de los efectos no deseados de las hormonas sexuales. Por ejemplo, los antiandrógenos a dosis bajas pueden ralentizar la masculinización del cuerpo, mientras que la progesterona puede utilizarse para suprimir las menstruaciones. La investigación sobre la eficacia de estos tratamientos, así como la búsqueda y elección de nuevos tratamientos, que por sus propiedades farmacológicas, impidan el desarrollo de algunas características sexuales secundarias no deseadas, sin impedir la maduración gonadal, teniendo, por ello, un menor impacto negativo en el desarrollo genital, la sexualidad y la fertilidad y garantizando su seguridad, ha de estar presente en la atención a las personas trans* en esta etapa inicial de la pubertad.

El tratamiento hormonal con estrógenos o testosterona se prescribe si es deseado a partir de la edad en que se diagnosticaría una pubertad retardada en personas cis. Así, si la pubertad ya ha comenzado, se puede iniciar el tratamiento con estrógenos en chicas trans* alrededor de los 13 años y con testosterona en chicos trans* a partir de los 14 años.

CONCLUSIONES

En Trànsit tenemos la certeza de que todos los cuerpos, independientemente de su expresión y/o identidad de género, serían perfectos si como sociedad así lo decidiéramos. Mientras tanto, como profesionales celebramos, acompañamos y cuidamos la diversidad, atendiendo necesidades que nos cuesta distinguir si tienen razones internas o son inducidas por una sociedad que tiene dificultades para celebrarla

REFERENCIAS

- Rosa Almirall *et al.* Personas con identidades trans*: su salud en la atención primaria. FMC. 2018;25(6):324-32.
- Implantació del Model d'atenció a les persones trans en l'àmbit del CatSalut. CatSalut. Instrucció 14/2017. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3275/catsalut_instruccio_14_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Model d'atenció a la salut de les persones trans*. 2017 Generalitat de Catalunya. https://igualtat.gencat.cat/web/.content/Ambits/LGBTI/Servei_Atencio_Integral/Model-atencio-a-la-salut-persones-trans.pdf
- Rosa Almirall *et al.* Anàlisi de les dades de persones ateses per primera vegada als serveis Trànsit. Període 2017-2022. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut (2023). https://ics.gencat.cat/web/.content/assir/serveis/199-AD-Informe-trans_CAT-1.pdf
- Rosa Almirall y Aina Sánchez Cuerpos y Géneros en transición: Atención a la pubertad de las infancias que cuestionan y exploran su identidad de género y se reconocen en una identidad trans*^binaria o no binaria. Barcelona, Noviembre 2024 <https://drive.google.com/file/d/1JJYC-MH8yUfHBy8iN7PIRukY1sqN5zibT/view?usp=sharing>

Cambios de dirección en los tránsitos y sus implicaciones

Norabide-alaketak trantsituetan eta horien inplikazioak

Desistencias, destransiciones, interrupciones: Un acercamiento a la complejidad de las trayectorias de género

Pablo Expósito-Campos

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación, Facultad de Psicología,
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea | Programa de Investigación Predoctoral del
Departamento de Educación del Gobierno Vasco

pablo.exposito@ehu.eus

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha producido un cambio de paradigma en cuanto a la visibilidad e interés acerca de las experiencias de las personas transgénero y de género diverso (TGD). En parte, esto se ha debido a un aumento significativo en el número de personas que afirman una identidad TGD (Twenge *et al.*, 2024) y que buscan ayuda profesional para realizar procesos de *transición de género* (Sun *et al.*, 2023). Dichos procesos comprenden medidas sociales, administrativas y médicas orientadas a reconocer y apoyar el género afirmado por la persona (Dorsen *et al.*, 2022). En muchos casos, se busca también aliviar el malestar asociado a la incongruencia experimentada entre la identidad de género y las características físicas sexuales, conocido en el ámbito clínico como disforia de género (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022). Se estima que el porcentaje de personas TGD se sitúa entre el 2,5-8,4% en niños y adolescentes y entre el 0,5-4,5% en adultos (Zhang *et al.*, 2020).

Aunque suele asumirse que las identidades, trayectorias y deseos de afirmación de género de las personas TGD son lineales e inmutables (Pehl, 2020), evidencia reciente sugiere que algunas personas embarcadas en procesos de transición de género deciden detenerlos o revertirlos. Este fenómeno, sin embargo, no es históricamente novedoso. Por ejemplo, algunas personas dentro de la propia comunidad TGD lo abordan ya en los años 80 (Feinberg, 1980), y algunos trabajos de la década de los 90 intentaron comprender las experiencias y motivaciones de las personas que tomaban la decisión de detener o revertir su transición (p. ej., Kuiper y Cohen-Kettenis, 1998). No obstante, estas vivencias han adquirido nuevas dimensiones y significados en los últimos años, debido en parte al surgimiento de importantes debates en torno a la medicina transgénero, así como al aumento en la cantidad y visibilidad de testimonios personales, algunos de ellos altamente mediatizados (de Vries *et al.*, 2021). Hoy en día, la *destransición de género*, que es como suele denominarse al acto de detener o revertir una transición, es quizá uno de los temas más polarizados dentro del ámbito de la medicina transgénero.

El objetivo de esta ponencia es contribuir a una mejor comprensión de la destransición siguiendo las investigaciones realizadas en los últimos años. Para ello, me centraré en aclarar

primero qué se entiende por una destransición y qué es lo que la distingue de otras realidades, para luego centrar la mirada en comprender las experiencias, necesidades y opciones de acompañamiento para las personas que atraviesan estos procesos.

TERMINOLOGÍA Y CONCEPTOS

El término «destransición» es relativamente nuevo y carece de una definición consistente en la literatura académica. Generalmente, se utiliza para describir el proceso por el que una persona detiene o revierte los cambios sociales, administrativos y/o médicos involucrados en su transición de género, ya sea parcial o totalmente, temporal o definitivamente. Aunque «destransición» es el término más comúnmente utilizado, existen diversas propuestas y perspectivas en cuanto a su uso. Debido a esta ausencia de consenso, se han producido también algunas confusiones con otros fenómenos relacionados, pero cualitativamente distintos. Por tanto, es importante revisar qué enfoques e ideas se han ofrecido en la literatura a nivel conceptual y terminológico, así como ofrecer un repaso de los conceptos relacionados más importantes y cuáles son sus diferencias y similitudes.

Propuestas terminológicas

Actualmente no se dispone de una definición establecida de lo que constituye una destransición. Esto se debe principalmente a la complejidad y la heterogeneidad de las acciones, motivos e identidades de quienes atraviesan estos procesos, así como a sus propias perspectivas sobre lo que constituye o no una destransición. Aunque habitualmente el término se utiliza para englobar experiencias de cambio, detención o reversión de una transición de género, diversos autores han ofrecido alternativas orientadas a contrarrestar la poca claridad conceptual que lo rodea. En general, podemos clasificar estas propuestas alternativas en tres «frentes»: (1) quienes abogan por retener el concepto de destransición, pero haciendo énfasis en aspectos concretos que permiten distinguir subtipos; (2) quienes abogan por abandonar el término «destransición» y utilizar otros conceptos más precisos; y (3) quienes sugieren términos alternativos, aunque también generales, para capturar estas experiencias.

En el primer frente hay varias propuestas. El factor común entre todas ellas es el uso del término «destransición», pero distinguiendo diversos tipos de destransiciones en función de aspectos como la presencia o no de un cambio en la identidad, los motivos que conducen a destransicionar o los sentimientos asociados. Por ejemplo, Julie Graham (2017), en base a su propia experiencia clínica, propone cuatro subgrupos de personas que destransicionan:

1. Los que han conseguido todo lo que necesitaban de la transición y no sienten arrepentimiento;
2. Los que se han visto forzados a destransicionar;
3. Los que sienten arrepentimiento, pero consideran que no había otra forma de saber si transicionar era lo correcto; y
4. Los que se arrepienten de transicionar y consideran que fue un error hacerlo.

Turban y colaboradores (2021) proponen distinguir entre destransiciones motivadas por factores internos, como un cambio en la identidad, y destransiciones motivadas por factores externos, como falta de apoyo social o la discriminación. MacKinnon y su equipo (2025a), analizando las narrativas de 28 personas que destransicionaron, proponen cuatro subtipos:

1. Destransiciones motivadas por factores externos;
2. Destransiciones en las que una preocupación de salud coincide con un cambio en la identidad o expresión de género;
3. Destransiciones en las que se produce un cambio de un género binario a uno no binario; y
4. Destransiciones marcadas por la adopción de nuevos marcos de comprensión en torno al sexo/género (p. ej., feminismo radical).

Janssen (2021), por su parte, propone distinguir entre destransiciones con o sin arrepentimiento, mientras que mi propuesta (Expósito-Campos, 2021) consiste en distinguir entre destransiciones nucleares o primarias, en las que la persona deja de identificarse como TGD y se reidentifica con su sexo de nacimiento (habitualmente por motivos internos), y destransiciones no nucleares o secundarias, en las que la persona interrumpe la transición, pero no deja de identificarse como TGD (habitualmente por motivos externos).

En el segundo frente encontramos dos propuestas principales. Turban y colaboradores (2022), por su parte, sugieren abandonar el uso del término «destransición», en gran medida debido a la variedad de experiencias y perspectivas de las personas que destransicionan, para en su lugar utilizar categorías más específicas, como «descontinuación del tratamiento afirmativo de género», «arrepentimiento relacionado con el tratamiento afirmativo de género» o «evolución de la conceptualización de la propia identidad de género». Walls y colaboradores (2025) sugieren hablar de «transición interrumpida» o «interrupción de la transición» y proponen las siguientes categorías:

1. Rescisión de la identidad de género;
2. Transición adaptativa interpersonal/estructural, provocada por presiones o contextos adversos;
3. Recalibración de género, referida a cambios identitarios dentro del espectro de identidades TGD, sin una reidentificación con el sexo de nacimiento;
4. Alcance de metas corporales, es decir, logro de los cambios físicos deseados; y
5. Otras interrupciones por motivos no contemplados en las categorías anteriores.

En el tercer frente se encuentran las propuestas que coinciden en el uso de expresiones alternativas a «destransición» para capturar experiencias de cambio, detención o reversión de la transición de género. No obstante, dichas expresiones son igual de amplias que «destransición» y no hacen referencia a los motivos o factores que influyen en la decisión de destransicionarse. Entre ellas, destacan algunas como «identidades/presentaciones de género dinámicas», «trayectorias de género no lineales» o «deseos dinámicos/cambiantes de tratamientos

médicos de afirmación de género» (Cohen *et al.*, 2023; Dolotina y Daniolos, 2023; Turban *et al.*, 2022). Algunos autores también optan por denominar «retransición» a las experiencias de destransición (p. ej., Durwood *et al.*, 2022), considerando que una destransición es una transición hacia otro género, aunque, como veremos más adelante, «retransición» se suele emplear con un significado completamente distinto.

Como puede observarse, la variedad conceptual es notable y no existe una salida fácil, ya que todas las propuestas revisadas presentan fortalezas y debilidades. Quizá podría utilizarse «interrupción de la transición» para casos en los que los motivos para destransicionar son puramente médicos o externos y no se produce una modificación identitaria, y reservar «destransición» para aquellas situaciones en las que existen motivos internos y se produce una modificación de la identidad. Sin embargo, esto tampoco está exento de problemas. Imaginemos, por ejemplo, el caso de una persona que se ve obligada a abandonar el tratamiento hormonal tras haberse realizado una gonadectomía, teniendo por tanto que realizar una terapia hormonal de reversión y recuperando las características físicas de su sexo de nacimiento, e incluso el rol social de género previo a la transición. ¿Se trata de una interrupción o de una destransición? La respuesta no es en absoluto sencilla.

Hildebrand-Chupp (2020) propone utilizar «destransición» como *concepto paraguas* para englobar diversas experiencias y trayectorias, similar al término paraguas «transgénero» (Davidson, 2007). Para Hildebrand-Chupp (2020), «destransición» captura el *acto* de destransicionar (p. ej., detener el tratamiento hormonal), la *identidad* de quien destransiciona (p. ej., mujer destransicionada) y la *experiencia de transición negativa* (p. ej., arrepentimiento). Esta conceptualización es útil porque engloba la heterogeneidad de las experiencias reflejadas en la investigación empírica y, además, evita la complejidad asociada al uso de múltiples términos o tipologías. Por otro lado, el término «destransición» es el favorecido y utilizado por un gran número de personas para dar sentido a sus experiencias, por lo que parece razonable reconocer esta preferencia comunitaria a la hora de abordar el fenómeno (MacKinnon *et al.*, 2023a). En cualquier caso, el debate continúa abierto y resulta fundamental respetar las preferencias y perspectivas de cada persona para interpretar su experiencia.

Relación con otros conceptos

Un problema de este ámbito de estudio emergente es la confusión de la destransición con otros fenómenos que, en muchas ocasiones, son cualitativamente distintos, pero que también pueden darse simultáneamente. Es precisamente este solapamiento el que añade complejidad conceptual y hace que resulte complicado realizar distinciones nítidas y definitivas. Con todo, como señalan Walls y colaboradores (2025), resulta importante distinguir la destransición de otros dos fenómenos: la desistencia y el arrepentimiento.

La definición de desistencia ha cambiado desde que fue acuñada por primera para referirse a la remisión de la disforia de género en niños que cumplían los criterios diagnósticos establecidos por los manuales clínicos (Zucker, 2018). De hecho, este fue el uso que se le dio al término «desistencia» en los denominados «estudios de desistencia» (Zucker, 2018), cuyos resultados sugerían bajas tasas de persistencia diagnóstica de la disforia de género infantil al alcanzar la adolescencia o la vida adulta. Obviando los debates que han surgido en

torno a la adecuación conceptual y metodológica de dichos estudios (Temple-Newhook *et al.*, 2018), lo importante es recordar que, en su concepción original, el término «desistencia» se utilizaba en un sentido puramente diagnóstico, es decir, hacía referencia a la continuación o no del diagnóstico de disforia de género en la infancia, independientemente de la identidad o expresión de género de la persona.

Actualmente, sin embargo, el foco se ha puesto en la identidad, ya que el término se emplea para referirse al cese de la identidad TGD, lo cual no implica que la persona deje de experimentar disforia de género, es decir, no tiene por qué concurrir con una remisión diagnóstica de este malestar. Además, es importante señalar que el término «desistencia» se puede utilizar para personas en cualquier momento de su vida (no solamente para quienes han comenzado a experimentar disforia de género en la infancia) y engloba exclusivamente ceses identitarios que se producen antes de realizar cualquier tipo de intervención médica afirmativa de género (Walls *et al.*, 2025).

Un problema asociado a esta distinción entre destransición y desistencia es que prioriza el aspecto médico como elemento constitutivo de una transición (ya que en ambos casos existe una transición a nivel social que se detiene o se revierte). Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha han incluido ambas poblaciones simultáneamente (Littman *et al.*, 2024; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023; Vandenbussche, 2022). No obstante, la distinción entre desistencias y destransiciones es relevante dentro de las comunidades de personas que desisten o destransicionan, pues se considera que el hecho de haber realizado un proceso a nivel médico (y no solo a nivel social) conlleva una serie de implicaciones importantes a nivel de salud mental y física.

Por otro lado, el arrepentimiento puede entenderse como un estado emocional en el que una decisión previa se percibe posteriormente como incorrecta, generando sentimientos negativos (Narayan *et al.*, 2021). En la literatura más antigua, las destransiciones eran denominadas «arrepentimientos» porque se asumía que el deseo de detener o revertir la transición implicaba una valoración negativa del mismo, incluso aunque la persona no expresara dicha emoción (Expósito-Campos *et al.*, 2023; Kuiper y Cohen-Kettenis, 1998). Aunque en muchos casos una destransición puede ir acompañada de arrepentimiento, existen motivos muy convincentes, derivados de la investigación empírica, por los que evitar equiparar ambos conceptos.

El primer motivo es que no todas las destransiciones van acompañadas de arrepentimiento con respecto al proceso de transición inicial. De hecho, algunas personas, aun considerando que la transición no era el camino adecuado, reportan sentimientos positivos, como satisfacción con los cambios sociales o físicos realizados o gratitud por haber podido transicionar (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023). El segundo es que no todos los arrepentimientos necesariamente conducen a una destransición, por lo que una persona TGD puede experimentar arrepentimiento con respecto a su transición de género sin llegar nunca a detenerla o revertirla (Expósito-Campos *et al.*, 2023). El tercer motivo es que el arrepentimiento asociado a una transición no tiene por qué derivarse del hecho de haber realizado la transición en sí misma, sino que puede derivarse de otras condiciones o acontecimientos sucedidos durante la transición, como una respuesta negativa por parte del entorno, un mal resultado quirúrgico o dificultad para conseguir empleo (Walls *et al.*, 2025). El cuarto motivo es que, aunque el arrepentimiento parece ser una emoción prevalente entre quienes destransicionan (Littman, 2021; MacKinnon *et al.*, 2022b; Pullen Sansfaçon *et*

al., 2023), en muchos casos coexiste con otros sentimientos positivos, generando ambivalencia (MacKinnon *et al.*, 2022b; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023). El último motivo es que, para algunas personas que han destransicionado, el término «arrepentimiento» no captura adecuadamente la intensidad y complejidad de sus sentimientos negativos hacia la transición realizada.

Por otro lado, resulta interesante distinguir la destransición de otros fenómenos relacionados como la discontinuación, el abandono y la retransición. El término «descontinuación» se refiere habitualmente a la detención temporal o definitiva del tratamiento hormonal afirmativo de género. Ésta puede producirse por diversos motivos, aunque generalmente es causada por intolerancias farmacológicas, complicaciones de salud asociadas al tratamiento o la presencia de efectos secundarios indeseados. Asimismo, no suele ir asociada a una modificación en la identidad de género, ya que el motivo de la discontinuación es de carácter puramente médico. Sin embargo, como se ha visto, el término «destransición» se ha utilizado en la literatura para englobar también este tipo de situaciones, e incluso algunas personas consideran que dicho concepto captura de alguna manera su propia experiencia. Por ello, es importante tener en cuenta las preferencias de cada persona y respetar el lenguaje con el que deciden dar sentido a sus vivencias.

El término «abandono» se utiliza habitualmente para referirse a aquellas personas que, tras haber acudido a un servicio especializado en identidad de género, deciden dejar de acudir a las citas o desvincularse. Puesto que en algunos lugares solo se proporciona asistencia especializada en estos servicios, el hecho de que una persona abandone o se desvincule antes de haber comenzado el tratamiento médico puede indicar que, o bien se ha producido una desistencia de la disforia de género o la identidad TGD, o bien se ha decidido no iniciar ningún tratamiento médico. Sin embargo, en muchos lugares existen diversos puntos de atención, por lo que también existe la posibilidad de que la persona haya decidido buscar asistencia en otro servicio, ya sea por preferencia personal o cambio de residencia. También es posible que la persona haya decidido obtener el tratamiento hormonal por otras vías sin prescripción profesional. Para las personas que ya han comenzado un tratamiento médico, el abandono puede producirse debido a un cambio de servicio o residencia, así como a la decisión de detener o revertir la transición. De hecho, algunos estudios indican que solamente un pequeño porcentaje de las personas que destransicionan informan a los profesionales de su decisión y la mayoría se desvincula del servicio (Littman, 2021; Littman *et al.*, 2024). El problema de los abandonos es que impiden el seguimiento de la trayectoria evolutiva de las personas, impidiendo por tanto evaluar resultados a largo plazo y limitando el estudio de sus experiencias. Asimismo, impiden conocer cuál es la prevalencia real de las destransiciones.

Por último, como se ha mencionado, algunos autores han empleado el término «retransición» como sinónimo de «destransición» (Durwood *et al.*, 2022), considerando que una destransición constituye una transición a un género distinto, ya sea dentro del espectro TGD (por ejemplo, de binario a no binario) o alineado con el sexo de nacimiento. En algunas ocasiones, por ejemplo, se han utilizado ambos términos simultáneamente para capturar una mayor variedad de experiencias y perspectivas (p. ej., MacKinnon *et al.*, 2022b). Sin embargo, «retransición» se utiliza mucho más frecuentemente para indicar el reinicio de un proceso de transición previamente detenido o revertido (MacKinnon *et al.*, 2023a).

Algunas reflexiones

Esta diversidad conceptual y terminológica en el fondo responde a la diversidad de experiencias y perspectivas que pretende capturar. Sin embargo, supone un importante escollo para su comprensión y estudio a nivel formal. Cualquier operacionalización de lo que constituye una destransición determinará su prevalencia y características asociadas. Así, no es lo mismo operacionalizar la destransición de manera estricta (p. ej., expresión explícita de arrepentimiento tras gonadectomía e inicio de una terapia hormonal de reversión; Wiepjes *et al.*, 2018) que hacerlo de una manera más amplia (p. ej., identificarse como persona destransicionadora; Vandenbussche, 2022). Cada una de estas decisiones conducirá a resultados y conclusiones distintas, que además serán difícilmente comparables entre sí. Al mismo tiempo, resulta imposible prescindir de una operacionalización del fenómeno a estudiar, por lo que es difícil que cualquier elección represente adecuadamente todas las experiencias y perspectivas únicas de las personas incluidas en los estudios.

Por ello, quizá lo más útil sea utilizar «destransición» como un término paraguas que aúne un gran número de experiencias, en línea con la propuesta de Hildebrand-Chupp (2020). De hecho, exigir unos límites más claros y definidos a la categoría «destransición», pero no a la categoría «trans», supone en cierto modo un doble estándar ontológico (The One Percent, 2025). Ambas admiten múltiples realidades, todas igualmente válidas, por lo que sus bordes y características no tienen por qué ser nítidas. Además, exigir condiciones restrictivas a la categoría «destransición» corre el riesgo de reforzar la misma comprensión trans-normativa y binaria del género y de las transiciones que tanto se ha intentado superar. Quizá usar «destransición» como término paraguas conlleve una pérdida de poder explicativo, pero aporta valor práctico y permite recoger una diversidad de experiencias que quedarían opacadas por el uso de otros términos o definiciones más estrictas. En cualquier caso, podría ser interesante investigar qué terminología prefieren las personas que destransicionan para referirse a sus experiencias, tal y como se ha hecho con las personas TGD (Zwickl *et al.*, 2024).

COMPLEJIZANDO LA MIRADA: CONOCIENDO Y ACOMPAÑANDO LAS DESTRANSICIONES

Una vez revisado el debate terminológico, es importante prestar atención a las experiencias que se incluyen en esta categoría de «destransición», entendida en este sentido amplio que se ha argumentado anteriormente. La evidencia existente, aunque limitada, sugiere que dichas experiencias son muy diversas, por lo que resulta inadecuado imaginar las destransiciones como una vivencia única o monolítica. Por ejemplo, en cuanto a los factores que subyacen a una destransición, para algunas personas está motivada fundamentalmente por factores externos, como la discriminación o la falta de apoyo y recursos (Turban *et al.*, 2021), mientras que para otras predominan los motivos internos, como un cambio identitario o darse cuenta de que la disforia de género estaba causada por otros problemas (Littman, 2021; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023). Sin embargo, esta distinción entre factores internos y externos no siempre es del todo adecuada, ya que, en ocasiones, un factor externo puede desencadenar un factor interno, produciendo un «efecto cascada» (p. ej., una persona TGD que comienza a cuestionar su transición tras sufrir una complicación médica). En realidad, la destransición se comprende mejor como un fenómeno multifactorial: no existe una explicación única para todas las experiencias.

Lo mismo sucede con las emociones y perspectivas que tienen las personas que destransicionan sobre sus procesos de transición iniciales. Así, algunas personas reportan principalmente sentimientos positivos, como satisfacción con los cambios sociales y físicos conseguidos o gratitud por la oportunidad de haber transicionado, mientras que en otras personas predominan los sentimientos negativos, como el arrepentimiento o la vergüenza. En muchos otros casos, los sentimientos positivos y negativos coexisten, creando ambivalencia (MacKinnon *et al.*, 2022b; Maragos *et al.*, 2025; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023). Asimismo, mientras que algunas personas que destransicionan consideran que la transición era la decisión adecuada y que no cambiarían su trayectoria, otras expresan no haber recibido suficiente información o apoyo en la toma de decisiones o no haber contado con otras alternativas que hoy en día desearían haber elegido (Gelly *et al.*, 2025a; MacKinnon *et al.*, 2023b; Maragos *et al.*, 2025). Al mismo tiempo, algunas personas, incluso aunque desearían no haber transicionado y expresan sentimientos negativos hacia su transición, también reportan haber crecido y aprendido a aceptarse durante el proceso (Maragos *et al.*, 2025; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023).

Una observación importante es que los sentimientos y perspectivas de las personas que destransicionan sobre su transición de género parecen estar relacionados con los factores que las condujeron a destransicionar. Algunos estudios, por ejemplo, sugieren que quienes reportan motivos internos para detransicionar tienden a expresar más sentimientos negativos o ambivalentes (Littman, 2021; Vandenbussche, 2022). Además, se da la circunstancia de que la mayoría de los participantes de estos estudios, en los cuales predominan los motivos internos para destransicionar, son de sexo femenino (Littman, 2021; Littman *et al.*, 2024; MacKinnon *et al.*, 2022b; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023; Vandenbussche, 2022), por lo que parece existir una relación entre estas variables. De hecho, los motivos externos parecen ser más predominantes entre personas de sexo masculino (MacKinnon *et al.*, 2025a; Turban *et al.*, 2021), probablemente debido al mayor estigma asociado a la transfeminidad (Miller y Grollman, 2015). Puesto que, en estos casos, la destransición no se produce genuinamente, sino por presiones externas, muchas de estas personas deciden retransicionar cuando el entorno es más seguro u ofrece mayor apoyo para continuar la transición (MacKinnon *et al.*, 2025a).

Otro apunte relevante es que las identidades y la toma de decisiones de las personas que destransicionan son enormemente variadas. Pudiera parecer, en parte debido a las representaciones que existen de la destransición en los medios, que ésta implica una vuelta al género asignado y una reversión de los pasos tomados durante la transición. Aunque para algunas personas sí se da esta circunstancia, los datos ofrecen una imagen distinta, pues la mayoría de los participantes que forman parte de los estudios de destransición de los que disponemos afirman expresiones e identidades sexuales y de género no normativas (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023; MacKinnon *et al.*, 2022b). Por ejemplo, en el estudio más grande realizado hasta la fecha, con 957 participantes, tan solo una minoría (19,6%) se identificó con la etiqueta de «cisgénero» (MacKinnon *et al.*, 2025b). De hecho, hay personas que se siguen identificando dentro del espectro TGD, como TGD y con su sexo de nacimiento simultáneamente, únicamente con su orientación sexual o que incluso rechazan la idea de tener una identidad de género (Littman, 2021; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023; MacKinnon *et al.*, 2022b). Por otro lado, algunas personas que destransicionan desean mantener, y no revertir, algunos de los cambios sociales y físicos conseguidos durante su transición (Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023). Parece evidente que la complejidad es la norma, y no la excepción, a la hora de comprender los procesos de destransición.

Por último, es importante señalar que, incluso aunque algunas personas reportan una mejora en su salud mental y bienestar tras destransicionar (Littman *et al.*, 2024; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023), la realidad es que esta experiencia puede resultar muy desafiante. Muchas personas que destransicionan reportan importantes dificultades a nivel emocional, psicológico y social, incluyendo sentimientos negativos, problemas de salud mental previos o posteriores al proceso de transición y destransición, incomodidad con los cambios físicos experimentados, problemas en sus relaciones interpersonales, alienación o dificultades continuadas con respecto a su propia identidad (Littman, 2021; Lomax y Butler, 2025; MacKinnon *et al.*, 2022b; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023; Sanders *et al.*, 2023; Vandenbussche, 2022). De hecho, algunos estudios indican altas tasas de problemas psicológicos, incluyendo trastornos emocionales, del neurodesarrollo y relacionados con el estrés y la conducta alimentaria (Gould *et al.*, 2024; Littman, 2021; Littman *et al.*, 2024; Vandenbussche, 2022). Asimismo, muchas reportan otras dificultades relacionadas con la falta de información y recursos, con un insuficiente apoyo a nivel profesional, y con el estigma y la falta de comprensión a nivel social, creando importantes necesidades psicológicas, médicas y sociales no satisfechas (MacKinnon *et al.*, 2022a, 2022b; Gelly *et al.*, 2025a, 2025b; Maragos *et al.*, 2025; Pullen Sansfaçon *et al.*, 2023; Vandenbussche, 2022).

Esta visión panorámica y pormenorizada de la literatura ayuda a entender que no existe una única vivencia de destransición y que, por tanto, los acompañamientos que se realicen deberán estar adaptados a las características y necesidades de cada situación. Así, no será lo mismo acompañar a una persona que ha destransicionado por motivos internos que a una que lo ha hecho por motivos externos y que desearía no haber tenido que destransicionar. Por desgracia, en la actualidad no existen recursos o servicios formales para las personas que destransicionan, más allá de algunas iniciativas de terapeutas privados o asociaciones. Por ello, la creación de estos servicios debería establecerse como una prioridad a subsanar.

Con este objetivo, y en base a todo lo que se ha revisado hasta ahora, se ofrecen las siguientes recomendaciones de acompañamiento (extraídas de Expósito-Campos *et al.*, 2024):

1. *Reconocer y validar la presencia de emociones y perspectivas complejas y a veces contradictorias.* Es importante explorar y estar abiertos a recoger una mezcla de emociones y perspectivas sobre los procesos vividos. Debemos esforzarnos en crear un espacio terapéutico donde toda esta complejidad pueda expresarse libremente y sin juicio, siempre desde la curiosidad, la apertura, la sensibilidad y el respeto.
2. *Reconocer los sentimientos de pérdida y duelo.* Estos sentimientos se derivan no solamente de los posibles cambios físicos asociados al proceso de transición médica, sino también de la sensación de haber perdido lo que imaginaban que sería su futuro o las comunidades a las que pertenecían. Es importante ayudar a quienes destransicionan a enfrentar y aceptar estos cambios, y a reconocer que la vida quizá nunca sea igual.
3. *Abordar las dificultades psicológicas preexistentes o asociadas al proceso.* Debemos estar preparados para ofrecer un apoyo individualizado que aborde tanto las necesidades pasadas (p. ej., problemas no resueltos durante la transición) como las presentes (p. ej., nuevos malestares). Esto incluye también abordar aspectos específicos que pudieron haber sido negativos o problemáticos en el pasado, como la rigidez de género.

4. *Evitar suposiciones y narrativas rígidas.* La destransición no tiene el mismo significado para todas las personas y las identidades y trayectorias posteriores son múltiples. Además, la manera en que una persona comprende su proceso puede evolucionar con el tiempo. Debemos ser conscientes de esta diversidad y evitar conclusiones prematuras, procurando estar preparados para apoyar la exploración de la identidad y la toma de decisiones (p. ej., en el caso de personas que se plantean retransicionar). También debemos evitar asumir que la destransición siempre implica un retorno al estado previo a la transición o que siempre implica arrepentimiento.
5. *Apoyar la construcción de significado y las narrativas centradas en fortalezas.* Muchas personas que destransicionan dan sentido a sus experiencias y experimentan crecimiento personal, autenticidad y una mejor comprensión de sí mismas. Por tanto, debemos enfocarnos en sus fortalezas, reconociendo su resiliencia, reconstruyendo su autoestima e identificando oportunidades para su desarrollo personal. Por ejemplo, reconocer el deseo de cambio positivo que motivó su transición inicial puede ayudar a las personas a reconectarse con la experiencia universal de búsqueda de sentido y bienestar.
6. *Fomentar las conexiones sociales y reducir el aislamiento.* Las personas que destransicionan suelen expresar sentirse aisladas e incomprendidas. Por ello, debemos esforzarnos en ofrecer o derivar a estas personas hacia fuentes de información, apoyo y conexión con otras personas o comunidades con experiencias similares y que sean inclusivas con las experiencias de destransición.
7. *Combatir el estigma.* Muchas personas en proceso de destransición temen ser juzgadas, lo cual puede conducir a que oculten su proceso, sientan vergüenza o se desvinculen de los sistemas de atención. Debemos trabajar activamente para desafiar los estereotipos negativos que existen en torno a la destransición y tratarla como una experiencia legítima y válida, incrementando así la confianza y la búsqueda de ayuda profesional.

Los profesionales se encuentran en una posición crucial para apoyar y acompañar a las personas que destransicionan. Construir una sociedad más abierta y tolerante con la diversidad de género requiere también comprender sus experiencias y trayectorias, ya que todas las personas merecen que sus historias sean escuchadas y comprendidas.

CONCLUSIÓN

La destransición es un fenómeno emergente, pero aún poco estudiado y comprendido. La diversidad y complejidad de las experiencias de quienes destransicionan ha dificultado el desarrollo de un lenguaje común y compartido, y las dificultades experimentadas por las personas que atraviesan estos procesos ponen de relieve la necesidad de desarrollar servicios que cubran sus necesidades. Puesto que la destransición es una de muchas posibles trayectorias, se necesitan más investigaciones que ayuden a comprender la naturaleza y características de estas vivencias, así como a trazar mejores vías de apoyo y acompañamiento en todos los ámbitos, en lugar de fomentar la controversia y la polarización que la rodean.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª edición, texto revisado). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Cohen, A., Gomez-Lobo, V., Willing, L., Call, D., Damle, L. F., D'Angelo, L. J., Song, A. y Strang, J. F. (2023). Shifts in gender-related medical requests by transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 72(3), 428-436. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.10.020>
- Davidson, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender. *Sexuality Research & Social Policy*, 4(4), 60-80. <https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.60>
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J. y Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 217-224. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>
- Dolotina, B. y Daniolos, P. T. (2023). Dynamic gender identities and expressions: Detransition and affirming non-linear gender pathways among transgender and gender diverse youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 32(4), 803-813. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2023.05.002>
- Dorsen, C. G., Leonard, N., Goldsamt, L., Warner, A., Moore, K. G., Levitt, N. y Rosenfeld, P. (2022). What does gender affirmation mean to you? An exploratory study. *Nursing Forum*, 57(1), 34-41. <https://doi.org/10.1111/nuf.12648>
- Durwood, L., Kuvalanka, K. A., Kahn-Samuelson, S., Jordan, A. E., Rubin, J. D., Schnelzer, P., Devor, A. H. y Olson, K. R. (2022). Retransitioning: The experiences of youth who socially transition genders more than once. *International Journal of Transgender Health*, 23(4), 409-427 pp. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2085224>
- Expósito-Campos P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270-280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Expósito-Campos, P., Salaberria, K., Pérez-Fernández, J. I. y Gómez-Gil, E. (2023). Destransición de género: Una revisión crítica de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 53(1), 98-119. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/36>
- Expósito-Campos, P., Pérez-Fernández, J. I. y Salaberria, K. (2024). A qualitative metasummary of detransition experiences with recommendations for psychological support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(2), 100467. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100467>
- Feinberg, L. (1980). *Journal of a transsexual*. Digital Transgender Archive. <https://www.digital-transgenderarchive.net/files/bn999696f>
- Gelly, M. A., Atgé-Delbays, S., Gravel, É. y Pullen Sansfaçon, A. (2025a). Gender-related medical experiences of youth who have detransitioned. *Journal of Homosexuality*, 72(6), 1002-1024. <https://doi.org/10.1080/00918369.2024.2362268>
- Gelly, M. A., Atgé-Delbays, S. y Pullen Sansfaçon, A. (2025b). «They're unable to see my decision to detransition for what it is»: How detrans youth perceive and receive discourses on detransition. *Sexuality Research and Social Policy*. Publicación avanzada en línea. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-01079-z>
- Gould, W. A., MacKinnon, K. R., Lam, J. S. H., Enxuga, G., Abramovich, A. y Ross, L. E. (2024). Detransition narratives trouble the simple attribution of madness in transantagonistic contexts:

- A qualitative analysis of 16 Canadians' experiences. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 48(2), 247-270. <https://doi.org/10.1007/s11013-023-09838-0>
- graham, j. (13-15 de octubre de 2017). Detransition, retransition: What providers need to know [Conferencia]. 3ª Conferencia «Advancing Excellence for Transgender Health» de Fenway Health, Boston, Estados Unidos.
- Hildebrand-Chupp, R. (2020). More than 'canaries in the gender coal mine': A transfeminist approach to research on detransition. *The Sociological Review*, 68(4), 800-816. <https://doi.org/10.1177/0038026120934694>
- Janssen, A. (2021). Understanding gender «detransition» with and without regret. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(10), S4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.07.023>
- Kuiper, A. J. D. y Cohen-Kettenis, P. (1998). Gender role reversal among postoperative transsexuals. *International Journal of Transgenderism*, 23(2).
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353-3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
- Littman, L., O'Malley, S., Kerschner, H. y Bailey, J. M. (2024). Detransition and desistance among previously trans-identified young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 53(1), 57-76. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1>
- Lomax, J., & Butler, C. (2025). Narratives of adults registered female at birth who started a medical transition and later detransitioned. *Archives of Sexual Behavior*, 54(4), 1671-1686. <https://doi.org/10.1007/s10508-025-03083-9>
- MacKinnon, K. R., Gould, W. A., Ashley, F., Enxuga, G., Kia, H. y Ross, L. E. (2022a). (De)transphobia: Examining the socio-politically driven gender minority stressors experienced by people who detransitioned. *Bulletin of Applied Transgender Studies*, 1(3-4), 235-259. <https://doi.org/10.57814/8nd4-6a89>
- MacKinnon, K. R., Kia, H., Salway, T., Ashley, F., Lacombe-Duncan, A., Abramovich, A., Enxuga, G. y Ross, L. E. (2022b). Health care experiences of patients discontinuing or reversing prior gender-affirming treatments. *JAMA Network Open*, 5(7), e2224717. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.24717>
- MacKinnon, K. R., Expósito-Campos, P. y Gould, W. A. (2023a). Detransition needs further understanding, not controversy. *BMJ*, 381, e073584. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073584>
- MacKinnon, K. R., Gould, W. A., Enxuga, G., Kia, H., Abramovich, A., Lam, J. S. H. y Ross, L. E. (2023b). Exploring the gender care experiences and perspectives of individuals who discontinued their transition or detransitioned in Canada. *PLOS ONE*, 18(11), e0293868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293868>
- MacKinnon, K. R., Kia, H., Gould, W. A., Ross, L. E., Abramovich, A., Enxuga, G. y Lam, J. S. H. (2025a). A typology of pathways to detransition: Considerations for care practice with transgender and gender diverse people who stop or reverse their gender transition. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 12(1), 142-153. <https://doi.org/10.1037/sgd0000678>
- MacKinnon, K. R., Khan, N., Newman, K. M., Gould, W. A., Marshall, G., Salway, T., Pullen Sansfaçon, A., Kia, H. y Lam, J. S. (2025b). Introducing novel methods to identify fraudulent responses (sampling with Sisyphus): Web-based LGBTQ2S+ mixed-methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e63252. <https://doi.org/10.2196/63252>
- Maragos, A. C. (2025). Lived experiences: Exploring detransition narratives. *International Journal of Transgender Health*, 26(1), 215-234. <https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2458696>

- Miller, L. R. y Grollman, E. A. (2015). The social costs of gender nonconformity for transgender adults: Implications for discrimination and health. *Sociological Forum*, 30(3), 809-831. <https://doi.org/10.1111/socf.12193>
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langer, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L. y Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation—types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605-605. <https://doi.org/10.21037/atm-20-6204>
- Pehl, E. P. (2020). (Trans)gender fluidity. *Body Studies Journal*, 2(1), 1-8.
- Pullen Sansfaçon, A. P., Gelly, M. A., Gravel, R., Medico, D., Baril, A., Susset, F. y Paradis, A. (2023). A nuanced look into youth journeys of gender transition and detransition. *Infant and Child Development*, 32(2), e2402. <https://doi.org/10.1002/icd.2402>
- Sanders, T., du Plessis, C., Mullens, A. B. y Brömdal, A. (2023). Navigating detransition borders: An exploration of social media narratives. *Archives of Sexual Behavior*, 52(3), 1061-1072. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02556-z>
- Sun, C. F., Xie, H., Metsutnan, V., Draeger, J. H., Lin, Y., Hankey, M. S. y Kablinger, A. S. (2023). The mean age of gender dysphoria diagnosis is decreasing. *General Psychiatry*, 36(3), e100972. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100972>
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A. y Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and «desistance» theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212-224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- The One Percent. (2025). *Are more people detransitioning?* Substack. <https://theonepercentdetrans.substack.com/p/are-more-people-detransitioning?r=4m6w70>
- Turban, J. L., Brady, C., & Olson-Kennedy, J. (2022). Understanding and supporting patients with dynamic desires for gender-affirming medical interventions. *JAMA Network Open*, 5(7), e2224722. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.24722>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to «detransition» among transgender and gender diverse people in the united states: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273-280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Twenge, J. M., Wells, B. E., Le, J. y Rider, G. N. (2024). Increases in self-identifying as transgender among us adults, 2014–2022. *Sexuality Research & Social Policy*, 22(2), 755-773. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-01001-7>
- Vandenbussche, E. (2022). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602-1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Walls, N. E., Call, J., Holloway, B. T., Mammadli, T. y Whitfield, D. L. (2025). Grappling with the complexities of gender transition interruptions: Toward conceptual clarity on «detransitioning» experiences. *International Journal of Transgender Health*, 26(1), 50-62. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2440881>
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Blok, C. J. M. de, Klaver, M., Vries, A. L. C. de, Wensing-Kruger, S. A., Jongh, R. T. de, Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C. y Heijer, M. den. (2018). The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R. y Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125-137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>

- Zucker, K. J. (2018). The myth of persistence: Response to «A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children» by Temple Newhook *et al.* (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 231-245. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>
- Zwickl, S., Skewis, F., Ruggles, T., Murray, J., Cook, T. y Cheung, A. S. (2024). Language and terminology to describe transgender communities; Perspectives from people with lived experience. *International Journal of Transgender Health*. Publicación avanzada en línea. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2415684>

Destransición en unidades de género pediátricas de España: qué nos dicen los datos

Atilano Carcavilla

Unidad Multidisciplinar de Identidad de Género del Niño y el Adolescente. Hospital Universitario La Paz
atilano.carcavilla@salud.madrid.org

EL FENÓMENO DE LA DESTRANSICIÓN Y SU ESTUDIO

En la última década, el panorama de la atención sanitaria a las personas trans ha experimentado una rápida transformación, con un aumento significativo de la demanda, en particular en la edad pediátrica. Al mismo tiempo, han comenzado a surgir nuevas situaciones clínicas poco comprendidas aún por parte de los profesionales que trabajan en el ámbito de la identidad de género. Una de estas situaciones es la de aquellas personas que, después de haber realizado un proceso de transición de género durante un periodo más o menos extenso de tiempo, deciden detener o revertir los cambios sociales, médicos y/o administrativos conseguidos, ya sea parcial o totalmente y de manera temporal o definitiva. Este fenómeno es conocido como *destransición de género*, y las personas que lo llevan a cabo como *destransicionadoras* o *destrans*. Algunas de ellas dejan de identificarse como transgénero y se reidentifican con su sexo asignado al nacimiento, mientras que otras mantienen su identidad y/o se siguen considerando parte de la comunidad transgénero.

El estudio de este fenómeno se ha visto dificultado por una considerable confusión terminológica. Términos como destransición, retransición, desistencia o arrepentimiento han sido empleados de forma indistinta, de forma que muchas de las publicaciones al respecto no permiten entender la experiencia de las personas descritas. Esta imprecisión en las definiciones hace imposible comparar los resultados de los distintos estudios. Por otra parte, existe una atmósfera de censura en torno a la investigación de la destransición, principalmente debido a que algunos grupos han intentado utilizarla como justificación para invalidar la experiencia transidentitaria y la necesidad de la terapia transafirmativa, y otros temen que se convierta en una amenaza política para los derechos de las personas trans y con diversidad de género. Los estudios disponibles son escasos, con defectos metodológicos y con tendencia a infraestimar las tasas de destransición y sobreestimar las tasas de desistencia en la infancia. Algunos autores sugieren que dada la escasa solidez conceptual de los términos empleados para describir este fenómeno, y el riesgo de conducir investigaciones sesgadas, el término y la noción de desistencia debería ser eliminado del discurso clínico y de investigación.

Por todos estos motivos, resulta extremadamente difícil determinar con exactitud cuál es la prevalencia de personas que destransicionan. La frecuencia publicada de destransición varía desde el 0 al 8% en dos de los estudios más representativos publicados. El primero fue el estudio sueco que examinó a personas con incongruencia de género desde 1960 a 2010, informando una tasa de arrepentimiento del 2,2% para ambos sexos. El segundo, la encuesta estadounidense de personas transexuales del 2015, hasta la fecha el mayor estudio dedicado a las experiencias de vida de las personas trans, con casi 28.000 participantes, reportó un 8% de destransición. Por otro lado, un meta-análisis reciente ha sugerido una prevalencia global de arrepentimiento y destransición del 1%, si bien solo se recogen casos posteriores a la realización de intervenciones quirúrgicas. Asimismo, se han señalado errores metodológicos, conceptuales y de selección de los estudios contenidos en la revisión que ponen en cuestión la validez y generalizabilidad de sus resultados.

La frecuencia de destransiciones en la edad pediátrica es aún menos conocida. Los estudios clásicos indicaban tasas muy bajas de persistencia de identidad transgénero en la adolescencia de niños y niñas que iniciaron la manifestación de identidad transgénero en la infancia (alrededor del 27%) con desistencias muy altas (65-94%). Sin embargo, la evaluación atenta de estas publicaciones revela errores metodológicos en la clasificación de las personas de estas cohortes pediátricas como transgénero. Aun así, esta visión había sido uniformemente asumida por las Unidades de género de adultos del territorio nacional. De la misma manera, algunas publicaciones divulgativas recientes sugieren que la frecuencia de personas que, tras haber iniciado tratamiento farmacológico, lo abandonan, está al alza, al punto de que va camino de convertirse en un fenómeno masivo. Todas estas afirmaciones tienen el común denominador de considerar que la identidad trans es un fenómeno del adulto que no existe en la infancia, y que por lo tanto no debe considerarse iniciar tratamientos farmacológicos en menores dado el alto riesgo de que se arrepientan.

OBJETIVOS

La única forma de conocer la dimensión y la frecuencia de un fenómeno es estudiarlo. Intentar aportar datos tras un estudio desde una actitud desprejuiciada y, en la medida de lo posible, con cierta coherencia conceptual. En esa línea, en esta ponencia se presentan los resultados de estudios en unidades pediátricas en los que se evalúa la adherencia al seguimiento y tratamiento médico de menores trans. Los tres estudios se presentaron como comunicaciones científicas en el 46 Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, celebrado del 8 al 10 de mayo de 2024 en Las Palmas de Gran Canaria.

ACLARACIÓN TERMINOLÓGICA

Aunque presentan cierta heterogeneidad metodológica, algunas definiciones se usan de manera consistente a lo largo de la exposición:

- Destransición: Proceso por el cual se detienen o revierten los cambios sociales, médicos y/o administrativos conseguidos durante la transición de género, ya sea de manera parcial o total, temporal o definitiva.

- Destransición primaria: cese en la identidad transgénero, o desistencia identitaria.
- Destransición secundaria: sin desistencia identitaria, no implica un cese en la identidad transgénero. Se puede deber a efectos secundarios del tratamiento, a una identidad no binaria, a la falta de apoyo del entorno, o a la ausencia de deseo de modificaciones corporales.
- Desistencia: Se trata de personas que dejan de identificarse como transgénero antes de comenzar un proceso de transición de género a nivel médico.

No se han empleado términos como retransición, arrepentimiento, discontinuación, reversión o des/reidentificación por no considerarse evaluables o por considerarse que están recogidos en las definiciones mencionadas.

LOS ESTUDIOS

El primer estudio se titula «Adherencia al tratamiento farmacológico en menores con diversidad de género». Se trata de una revisión retrospectiva que incluye personas que iniciaron seguimiento en la Unidad desde el inicio de su actividad en junio de 2014 hasta el 31/12/2021. El seguimiento continuó hasta el acontecimiento de interés (interrupción del tratamiento), la interrupción del seguimiento o el final del estudio (31 de diciembre de 2023). Se utilizó el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y la prueba de Mantel-Haenszel para examinar la probabilidad de interrupción de terapia hormonal de afirmación de género y comparar las tasas de interrupción según el género afirmado y la edad de inicio del sentimiento identitario. Se recogieron datos de 271 pacientes, con una edad media al inicio de seguimiento de 13,6 (2,2) años (rango 3,8-18,4) y una edad en el momento de recogida de datos de 16,5 (3,3) años (rango 6,4-24,3). Un 7,7% (21 personas) abandonaron el seguimiento sin que podamos aportar datos de la evolución de su sentimiento identitario.

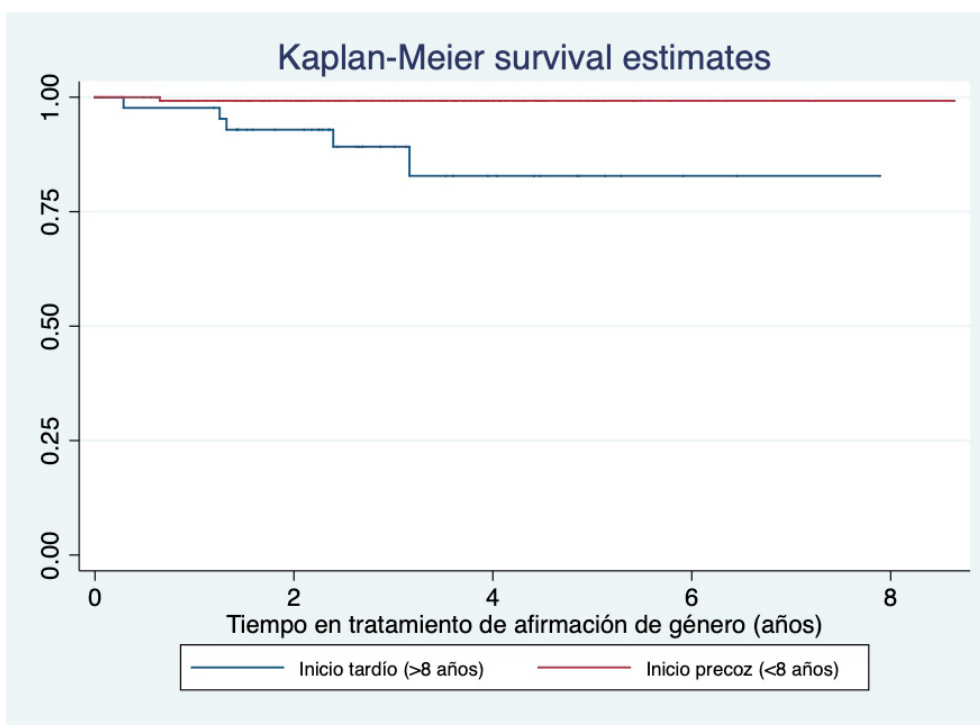
39 personas (59% chicos trans) recibían tratamiento exclusivo de frenación puberal en el momento del estudio. Tres habían suspendido el tratamiento (dos chicos trans). Una de ellas abandonó la unidad y no se dispone de datos de seguimiento, otro prefirió suspender la frenación y explorar su identidad y continúa en seguimiento, y el tercero se considera no binario. No se observaron diferencias en las curvas de supervivencia según sexo sentido ni edad de inicio de identidad sexual cruzada.

Un total de 182 individuos (102 chicos, 77 chicas y 3 no binarios) habían iniciado terapia hormonal de afirmación de género a una edad de 15,2 (1,1) años, con una duración promedio de tratamiento de 3 (1,7) años (rango 1 mes-8,6 años). Solo 6 individuos (3,3% de la cohorte, 5/6 chicos trans) suspendieron el tratamiento. Dos de ellos por efectos secundarios, uno de ellos por considerarse no binario, y otro por no desear más modificaciones corporales. En estos cuatro casos no se consideró que hubiera desistencia identitaria, por lo que se consideraron casos de destransición secundaria. En dos casos (1,1% de 182, 0,9% del total de personas con tratamiento farmacológico) hubo una destransición con desistencia identitaria (desistencia primaria). La probabilidad de abandonar el tratamiento fue menor en individuos con edad de inicio del sentimiento identitario antes de los 8 años ($p = 0,0006$) (Figura 1). No se observaron diferencias en las curvas de supervivencia según género afirmado.

En el momento del estudio 50 personas (28 chicos, 19 chicas y 3 no binarios) no habían iniciado tratamiento farmacológico de ningún tipo: 17 estaban en Tanner I, 9 no deseaban tratamiento hormonal, 5 prefieren esperar, tres han cambiado su identidad de género (considerados desistencia identitaria antes de iniciar tratamientos médicos, o desistencia a secas, 1,2% respecto del total de personas que hubieran iniciado pubertad), uno tiene dudas y dos tienen contraindicaciones para el tratamiento. Las conclusiones de este estudio fueron que, en nuestra cohorte, la mayoría de personas trans que inician tratamiento farmacológico en edad pediátrica mantienen el mismo, y los casos de destransición primaria son excepcionales. En nuestro estudio la probabilidad de interrumpir el tratamiento es menor en personas que manifiestan inicio de identidad sexual antes de los 8 años. Por otra parte, los casos de desistencia antes de iniciar tratamiento médico son escasos (9%) aunque hay un 7,7% adicional que abandona seguimiento.

Figura 1

Estudio de Supervivencia de Kaplan-Meier en función de la edad de inicio de sentimiento identitario



El segundo estudio se titula «Destransiciones en los últimos 5 años en una unidad de atención a menores transexuales». Durante el periodo de estudio de 5 años, se atendió a un total de 114 personas, 7 de las cuales (6,1%) abandonaron el seguimiento. De manera global hubo 8 destransiciones, que supondría un porcentaje de un 7% pero dentro de ellas se distinguen distintos grupos: Dos personas con destransición primaria (1,7%), una persona que abandona el tratamiento médico sin desistencia identitaria (no se especifica motivo), tres personas no binarias (en conjunto sería un 3,5% de destransiciones secundarias), y dos personas (1,7%) con desistencia identitaria sin haberse iniciado ningún tipo de transición.

El tercer estudio se titula: «Adherencia al proceso asistencial en una cohorte de niños y adolescentes transgénero». Su objetivo es describir la frecuencia de abandono del seguimiento de los menores trans que consultan antes de los 14 años, y conocer los factores predictores del abandono del seguimiento. Para ello realizaron una revisión retrospectiva de las historias clínicas de las personas atendidas en una Unidad de género pediátrica desde mayo de 2015 hasta diciembre de 2023. Se consideró el abandono del seguimiento a las citas como la variable resultado (dicotómica) y su relación con las variables predictoras se estudió mediante regresión logística múltiple. En este periodo se atendieron 112 personas trans (55,4% chicos, 44,6% mujeres). Dieciocho personas (16,1%) perdieron seguimiento en la Unidad, la mitad en la primera visita, 14 (12,5%) antes de empezar el tratamiento y cuatro (3,6%) después de haberlo iniciado. La única variable predictora del abandono del seguimiento fue la edad de la transición social, por cada año más tarde que se hizo la transición social, mayor riesgo de abandono del seguimiento, con una OR (IC 95): 1,7 (1,2-3,3) ($p = 0,04$). El abandono del seguimiento también fue más frecuente en los chicos (OR (IC 95): 3 (0,6-14) ($p = 0,15$)) y en aquellos que tuvieron tratamiento psicofarmacológico (OR (IC 95): 1,9 (0,5-8,3) ($p = 0,32$)), aunque sin alcanzar significación estadística.

La información de los tres estudios aquí presentados se presenta de manera integrada en la tabla 1. Sin embargo, la diferente metodología empleada en cada estudio hace difícil la comparación. Cuando calculamos la frecuencia de destransición primaria o secundaria parece razonable, con la definición que nos hemos dado en esta comunicación, poner en el denominador el número de personas que llegaron a iniciar tratamiento farmacológico, pero no el total de personas atendidas en la consulta, que incluyen personas que no han llegado a recibir tratamiento. Cuando evaluamos la frecuencia de desistencia, lo razonable sería incluir en el denominador tanto aquellas personas que nunca iniciaron tratamientos habiendo iniciado pubertad, como todas aquellas que hubieran iniciado tratamiento farmacológico (tanto bloqueo puberal como terapia hormonal de afirmación de género). Por eso en la fila del estudio de La Paz, los tamaños muestrales en los que se calculan las frecuencias de desistencia, destransiciones o abandonos son diferentes en cada celda (especificado entre paréntesis la n de cada cálculo). Sin embargo, en el estudio de Nuestra S^a Candelaria las autoras del estudio no especifican los tamaños muestrales y calculan la proporción de cada celda respecto del mismo tamaño muestral, el total de personas atendidas. Atendiendo a este aspecto, los datos no son estrictamente comparables, lo que ilustra la necesidad de combinar los datos de destransición de las distintas unidades pediátricas nacionales desde una coherencia metodológica y conceptual. Aun así, se representan en la tabla porque sirven para ilustrar las diferencias entre los resultados de cada estudio. En estos estudios la frecuencia de destransición primaria en la edad pediátrica es de un 0,9-1,8%, y la de destransición secundaria de un 2,7-3,5% (n total de 328 personas, solo evaluado en los dos primeros estudios). La frecuencia de desistencia identitaria antes de iniciar tratamientos farmacológicos sería de un 1,2-1,8%, aunque no se puede descartar que sea mayor dado que hay un promedio de abandono de un 9,9%. Uno de los estudios no evalúa la frecuencia de destransición primaria, secundaria o de desistencias, y sin embargo tiene una frecuencia de abandono mayor que los otros dos (16%), lo que sugiere posibles diferencias en la dinámica de estas Unidades. En ninguno de los tres estudios se evaluó la existencia de apoyo social, y su seguimiento se limita a un periodo de 5-8 años.

DESTRANSICIÓN EN UNIDADES DE GÉNERO PEDIÁTRICAS DE ESPAÑA:
QUÉ NOS DICEN LOS DATOS

Centro	N total	Abandono	Destransición primaria	Destransición secundaria	Desistencia	Apoyo social
La Paz	271	7,7% (n=271)	0,9% (n=221)	2,7% (n=221)	1,2% (n=241)	NE
Nuestra S. ^a Candelaria	114	6,1%	1,8% (n=107)	3,5% (n=107)	1,8% (n=107)	NE
Virgen del Rocío	112	16%	NE	NE	NE	NE

NE: No evaluado

CONCLUSIONES

A pesar de que en estos estudios sigue habiendo cierta heterogeneidad metodológica, aportan datos interesantes y novedosos para estudiar el fenómeno de la destransición en edad pediátrica, y apuntan algunas de las líneas que podrían seguir estudios futuros. De la revisión de estas tres comunicaciones, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- En las cohortes pediátricas descritas, la frecuencia de destransición en general es baja.
- Los fenómenos de destransición primaria son excepcionales.
- La frecuencia de desistencia es mucho más baja de la descrito clásicamente.
- Estos datos deben tomarse con cautela, dado que hay una frecuencia de abandono de seguimiento de entre un 6 y un 16%, y la duración del seguimiento es limitada.
- Para conocer mejor este fenómeno, sería deseable combinar los datos de destransición de las distintas unidades pediátricas nacionales, desde una coherencia metodológica y conceptual.
- La evaluación del apoyo social es una de las variables que deberían evaluarse para identificar factores predictores.

REFERENCIAS

- Arias, C., Carcavilla, A., Ferreiro, P., Salamanca, L., Mora, C., & González Casado, I. (2024). Adherencia al tratamiento farmacológico en niños y adolescentes con diversidad de género. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 15(Suppl 2), 212–213.
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaró, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., *et al.* (2021). Regret after gender-affirmation surgery: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 9(3), e3477.
- Dhejne, C., O’Berg, K., & Arver, S. (2014). An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, incidence, and regrets. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1535–1545. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8>
- Expósito-Campos, P., Gómez-Balaguer, M., Hurtado-Murillo, F., & Morillas-Ariño, C. (2023). Evolution and trends in referrals to a specialist gender identity unit in Spain over 10 years (2012–2021). *The Journal of Sexual Medicine*, 20(3), 377–387. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac034>

- Expósito-Campos, P., Salaberria, K., Pérez-Fernández, J. I., & Gómez-Gil, E. (2023). Gender de-transition: A critical review of the literature. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 51(3), 98–118.
- García De Pablo, I., Díaz Martín, C., Ontoria Betencort, M. C., Cabrera García, P., & Portela Liste, A. (2024). Destransiciones en los últimos 5 años en una unidad de atención a menores transexuales. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 15(Suppl 2), 272.
- García García, E., De Lara, I., & Dueñas, S. (2024). Adherencia al proceso asistencial en una cohorte de niños y adolescentes transgénero. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 15(Suppl 2), 116.
- Gomes-Porras, M., Hurtado-Murillo, F., Gomez-Balaguer, M., Pazos-Guerra, M., Martin-Gonzalez, A., Broccoli, A., Meneses Gonzalez, D., Rodriguez-Collados, M., Del Castillo-Villaescusa, C., Cunat-Navarro, E., & Morillas-Arino, C. (2020). Incongruencia de género: Detransiciones y arrepentimientos. *Revista de Sexología*, 9(1), 7–23.
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *Resumen ejecutivo del informe sobre el 2015 U.S. Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality.
- Jorgensen, S. C. J. (2023). Transition regret and detransition: Meanings and uncertainties. *Archives of Sexual Behavior*, 52(5), 2173–2184. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02626-2>
- Karrington, B. (2022). Defining desistance: Exploring desistance in transgender and gender expansive youth through systematic literature review. *Transgender Health*, 7(3), 189–212. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0129>
- Littman, L., O'Malley, S., Kerschner, H., & Bailey, J. M. (2024). Detransition and desistance among previously trans-identified young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 53(1), 57–76. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02716-1>
- Pazos Guerra, M., Gómez Balaguer, M., Gomes Porras, M., Hurtado Murillo, F., Solá Izquierdo, E., & Morillas Ariño, C. (2020). Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (Edición inglesa)*, 67(9), 562–567. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>

Retos en la atención a las infancias y adolescencias trans*. Más allá del informe Cass

Rosa Almirall

Presidenta Asociación Kasa Trans*

kasatrans20@gmail.com

PRIMEROS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A LAS INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS TRANS*

Antes de 1998, no era nada fácil para las adolescencias trans* acceder a tratamientos médicos, incluso cuando ellas mismas y sus familias reconocían su identidad trans* y tenían claras sus necesidades. Para poder iniciar cualquier tratamiento, era imprescindible recibir un diagnóstico de disforia de género tras una larga evaluación psicoterapéutica y psiquiátrica, además de cumplir con estrictos criterios de elegibilidad.

Uno de estos criterios era haber vivido la «experiencia de vida real» (lo que hoy llamaríamos transición social), que sólo podía empezar a partir de los 16 años y debía mantenerse un mínimo de seis meses. La escuela holandesa recomendaba el uso de antiandrógenos para chicas trans* (entonces denominadas «nacidos varones») para frenar la masculinización, y de progesterona para chicos trans* (denominados «nacidas mujeres») para detener la menstruación. Estos tratamientos solo podían iniciarse en fases avanzadas del desarrollo puberal (estadio Tanner IV o V).

En 1998, el centro especializado de Holanda implementó el conocido como «protocolo holandés» o Dutch Protocol, que introdujo el uso de bloqueadores puberales para detener el desarrollo puberal, sin modificar los requisitos del diagnóstico ni los criterios de elegibilidad establecidos previamente. Los tratamientos con estrógenos (con o sin antiandrógenos) en chicas trans* o con testosterona en chicos trans*, no se iniciaban antes de los 16 años, y las cirugías de afirmación de género no se realizaban antes de los 18, exigiéndose al menos dos años de tratamiento hormonal previo.

En su momento, este protocolo fue muy bien recibido por profesionales de la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, que lo incluyeron en ese mismo año en la versión 5 de los Standards of Care (SOC).

IMPACTO DE LA EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS TRANS* EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Desde entonces, la atención a las infancias y adolescencias trans* ha evolucionado significativamente, en gran parte gracias a la lucha de la comunidad trans* por sus derechos.

En 2006, surgió el movimiento internacional Stop Pathologization, que exigía la eliminación del diagnóstico de disforia de género del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V), así como la supresión de las evaluaciones diagnósticas psicológicas y psiquiátricas. Aunque esta demanda aún no se ha conseguido plenamente, el movimiento ayudó a consolidar el concepto de autodeterminación de género: la vivencia trans* como una expresión de la diversidad humana, no diagnosticable y solo reconocible por la propia persona.

Gracias a este contexto, en 2012 Argentina legisla, por primera vez en el mundo, el derecho a la autodeterminación de género. En 2024, este derecho está reconocido en 14 países europeos (como Dinamarca, Irlanda, Bélgica, Portugal, España, Alemania, entre otros), 5 en América del Sur (Argentina, Uruguay, Colombia, Ecuador y Brasil), 2 en Asia (India y Nepal) y 1 en Oceanía (Nueva Zelanda).

Además, en 2019, la OMS eliminó el diagnóstico de disforia de género de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), y lo reemplazó por el término incongruencia de género, ubicado en el capítulo de condiciones relacionadas con la salud sexual.

MODELOS DE ATENCIÓN BASADOS EN LOS SOC

Estos avances sociales generan cambios significativos en los protocolos SOC, a partir de su séptima versión, publicada en 2012. En la versión 8 (2022), se recomienda una exploración respetuosa de la expresión e identidad de género desde el inicio de la pubertad y durante la adolescencia y todas las decisiones deben ser compartidas entre la persona trans*, sus progenitores y los equipos de salud física y mental.

Los requisitos para iniciar tratamiento incluyen:

- Una evaluación diagnóstica (en los países donde aún se exige)
- Estabilidad en el tiempo de la identidad de género
- Madurez cognitiva y emocional para comprender los efectos del tratamiento y para otorgar asentimiento o consentimiento informado.

Si se cumplen estos requisitos, se puede iniciar el tratamiento con bloqueadores puberales al inicio de la pubertad (estadio Tanner II). Se recomienda individualizar la edad para comenzar tratamientos hormonales, y las cirugías se permiten a partir de los 18 años, con al menos un año de tratamiento hormonal, aunque se admiten excepciones en personas que no deseen hacer estos tratamientos o tengan contraindicaciones a los mismos por temas de salud.

MODELOS DE ATENCIÓN TRANSFIRMATIVOS O BASADOS EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Desde 2007, en EE.UU. y Canadá, y posteriormente en otros países, surgieron servicios con modelos de atención distintos a los establecidos por los SOC, llamados *transfirmativos* o basados en el *consentimiento informado*. Muchos de estos servicios nacieron desde organizaciones LGBT, servicios de salud sexual y reproductiva, y/o de atención primaria con expe-

riencia en diversidad. Estos modelos, creados a partir de la colaboración con la comunidad trans*, no requieren evaluación ni diagnóstico psiquiátrico y proponen una atención biopsicosocial integral. En las infancias y adolescencias trans* la decisión de iniciar tratamiento la toman la persona trans*, junto a sus progenitores o tutores. Para ello, es necesario que comprendan la información recibida, basada en la evidencia científica sobre cambios, ventajas e inconvenientes de los tratamientos, y tengan capacidad cognitiva y emocional para asentir/consentir.

Los requisitos clínicos exigidos son:

- No contraindicaciones médicas a los tratamientos
- Para el uso de bloqueadores puberales: haber iniciado la pubertad.
- Para el uso de hormonas sexuales alineadas con su género: haber iniciado la pubertad y tener la edad considerada para la pubertad retardada para sus co géneros.

SITUACIÓN ACTUAL: CONVIVENCIA DE MODELOS Y TENSIONES

La coexistencia de modelos basados en los SOC y los modelos transafirmativos no ha sido sencilla. Sin embargo, desde la versión 8 de los SOC, hay más puntos en común que discrepancias. La transición a estos nuevos modelos no ha sido fácil para todos los servicios ni para algunos profesionales históricos, generando posicionamientos polarizados incluso dentro del ámbito clínico.

Además, la creciente polarización ideológica en la sociedad —entre una parte del feminismo y sectores anti-derechos humanos frente a feministas y colectivos defensores de los derechos trans*— ha situado la atención a las infancias y adolescencias trans* en el centro del debate.

ESTADOS UNIDOS: RESISTENCIAS ANTE UNA SITUACIÓN COMPLICADA

Durante casi dos décadas, en EE. UU. coexistieron los modelos de atención basados en los SOC y los modelos de consentimiento informado. Sin embargo, en los últimos años, se ha intensificado una polarización social marcada por el avance de políticas anti-trans*. Como resultado de las mismas, en 2023, se aprobaron 76 leyes, 11 proyectos de ley y 27 permanecen pendientes de aprobación. En 22 de los 50 estados están prohibidos los tratamientos hormonales y las cirugías en menores trans*, y en 6 de ellos, incumplir esta normativa se considera delito grave.

En otros 28 estados, los tratamientos no están prohibidos, aunque 2 de ellos no permiten cirugías antes de los 18 años. En 16 de estos estados, existen leyes escudo o órdenes ejecutivas que protegen el acceso de los menores trans* a los servicios sanitarios. Además, 14 estados se han autodefinido como «santuarios» para personas trans*, facilitando el acceso a estos servicios a quienes provienen de estados restrictivos.

A pesar de las dificultades que todo esto supone para las infancias, adolescencias y personas trans* adultas, es de celebrar la resistencia de algunos jueces y estados en la defensa de los derechos de las personas trans*. Sin embargo, nos preocupa la realidad reflejada en los

datos de The Trevor Project, una organización cuyo objetivo es la prevención del suicidio. Según su informe de 2024, los intentos de suicidio en menores trans* son entre 7% y 72% más altos en los estados con leyes anti-trans* en comparación con los estados donde estos derechos están protegidos.

REINO UNIDO: UNA REGRESIÓN INCOMPREENSIBLE

En 2011, en el Reino Unido se empezó a prescribir bloqueadores puberales a partir de los 12 años, en un contexto de investigación. Desde 2014, se individualizó el inicio del tratamiento, sin fijar una edad mínima. Sin embargo, en 2019, el servicio para infancias trans* de la clínica Tavistock fue objeto de dos denuncias, en medio de tensiones internas y presiones mediáticas y sociales.

En 2020, el National Health Service (NHS) encargó una auditoría externa liderada por la Dra. Hilary Cass, cuyo informe final se publicó en abril de 2024. El documento generó gran polarización tanto en la comunidad científica como en los medios.

La realización de este informe presenta limitaciones, de las cuales presentamos las más destacadas:

1. Selección de personas participantes en la elaboración del informe

- Exclusión de personas trans* y de familias de infancias y adolescencias trans*,
- Exclusión de profesionales con reconocida experiencia en la atención a infancias y adolescencias trans*, así como de guías y protocolos elaborados por sociedades científicas (de endocrinología, psicología, psiquiatría, o los *Standards of Care* de WPATH), bajo el argumento de una supuesta «falta de neutralidad».

La experiencia profesional o vivencial no constituye un sesgo en ciencia o medicina. Solo se considera un sesgo cuando ciertos sectores buscan restringir el acceso a la atención en áreas socialmente controvertidas como la reproducción asistida, la eutanasia, los cuidados paliativos o la interrupción del embarazo.

- Inclusión de profesionales cisgénero de la salud o con experiencia en investigación, consideradas «neutrales». Esta neutralidad es cuestionable, especialmente si se considera que:
 - El 34% de quienes participaron en los grupos focales afirmaron conocer la realidad de las infancias trans* solo a través de medios de comunicación.
 - El 32% expresó dudas sobre la existencia misma de las infancias trans*.

2. Criterios limitados para valorar la evidencia científica

- Se prioriza exclusivamente la evidencia procedente de ensayos clínicos aleatorizados (randomizados), lo cual presenta serias limitaciones en este contexto:

- No es éticamente viable realizar estudios donde se asigne aleatoriamente a menores trans* a recibir o no tratamiento, cuando tanto ellos como sus familias lo solicitan activamente. Obligar a participar en un ensayo para acceder al tratamiento vulnera sus derechos.
- En tratamientos con bloqueadores puberales o con hormonas sexuales, no se puede cumplir el requisito del doble ciego (ni profesionales ni participantes deben saber si se administra tratamiento o placebo), ya que los efectos del tratamiento son claramente visibles. Esto compromete la validez metodológica de este tipo de estudios.
- Según la Cochrane Library, base de datos internacional de referencia en medicina basada en la evidencia, solo el 14% de los tratamientos utilizados en medicina cuentan con evidencia de alta calidad proveniente de ensayos clínicos randomizados. En el ámbito de la pediatría, la proporción es aún menor.

Dada la escasez general de evidencia de alta calidad en tratamientos pediátricos, los comités de ética recomiendan hacer un uso prudente de las opciones disponibles con el mejor nivel de evidencia posible, ya que exigir únicamente evidencia de alta calidad significaría dejar sin tratamientos para la mayor parte de enfermedades en edad pediátrica.

3. Valoración de la atención en la clínica Tavistock a partir de sus propios datos

El informe critica su atención «precipitada» o «poco prudente» antes de iniciar tratamientos con bloqueadores puberales u hormonas sexuales. Sin embargo, los datos del propio informe contradicen esta afirmación:

- Los menores tardan, en promedio, unos dos años desde su derivación hasta ser atendidos por primera vez.
- Solo 892 de los 3.360 menores atendidos entre 2018 y 2022 (el 27%) llegaron a tener una visita con endocrinología.
- Antes de la derivación a endocrinología, recibieron un promedio de seis visitas, con varios meses de espera entre cada una.

Estos datos sugieren que el proceso de atención fue más bien lento y cauteloso, muy lejos de una actuación precipitada.

Apenas mes y medio tras la publicación del informe Cass, se aprobó una ley urgente que prohíbe la prescripción de bloqueadores puberales y tratamientos con hormonas sexuales para menores trans* del Reino Unido, pero no para menores cis, por parte de profesionales del sistema público y privado del Reino Unido o de cualquier país de la Unión Europea. Transgredir esta ley supone un delito penal, sancionable con multas de un mínimo de 400 libras a penas de prisión de hasta dos años.

Esta situación es inédita en la historia de la medicina: nunca antes se había prohibido por ley un fármaco sin que mediara evidencia clara de efectos graves para la salud. Nuevamente, queda claro que los posicionamientos ideológicos están pesando más que la evidencia científica.

SUECIA: CAMBIOS, RESTRICCIONES Y CONTRADICCIONES

En 2015, en Suecia se publica la guía *Good Care of Children and Adolescents with Gender Dysphoria*. En 2019, algunos medios de comunicación criticaron al Hospital Karolinska, acusándolo de prescribir tratamientos sin valorar adecuadamente patologías mentales. Como respuesta, en 2021 la unidad de género de este hospital dejó de prescribir bloqueadores y tratamiento hormonales a menores trans*.

En 2022 se publicó una nueva guía, con el mismo título pero sin el adjetivo *Good*, que considera el uso de bloqueadores puberales y tratamientos hormonales como excepcionales antes de los 18 años, a no ser en un contexto de investigación. Recomienda la práctica de mastectomías a partir de los 18 años, y las demás cirugías a partir de los 23.

A pesar de estos retrocesos, Suecia no ha prohibido legalmente estos tratamientos, y en una aparente contradicción, en 2024 aprobó la ley de autodeterminación de género a partir de los 16 años.

FINLANDIA: REVISIÓN CONSERVADORA DE PROTOCOLOS

Finlandia vivió un proceso similar al de Suecia. En 2011, una guía del National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics recomendaba atención individualizada y prudente en el uso de bloqueadores puberales y tratamientos hormonales en menores trans* y advertía de que estos tratamientos no siempre resolvían las patologías psiquiátricas. En 2019, se encargó una revisión que concluyó en 2020 con nuevas recomendaciones: los tratamientos antes de los 18 años solo podían administrarse si no había patología psiquiátrica o, en caso de haberla, si estaba en remisión, y las cirugías podían realizarse solo a partir de los 18 años.

Si bien no hay prohibiciones formales, el enfoque se volvió mucho más restrictivo. En contraste, en 2023, Finlandia aprobó la autodeterminación de género para el cambio registral de la mención de sexo a partir de los 18 años.

NORUEGA: PETICIÓN DE RESTRICCIONES NO ACEPTADAS

En 2016, Noruega fue el primer país nórdico en aprobar una ley de autodeterminación de género para el cambio registral del sexo, aplicable incluso en menores, a partir de los 6 años. En 2020, se publicó la Guía Clínica Nacional para los Servicios de Salud dirigidos a personas con incongruencia de género, que sigue las recomendaciones de la versión 7 de los Standards of Care (SOC), publicada en 2012. En 2023, el Norwegian Healthcare Investigation Board —una entidad independiente del gobierno y sin autoridad legal sobre el sistema sanitario público— solicitó al Norwegian Directorate of Health que se pronunciara sobre el uso de bloqueadores puberales y tratamientos hormonales en menores trans* antes de los 18 años. Hasta la fecha, no ha habido ninguna respuesta oficial por parte de la autoridad sanitaria, por lo que continúa vigente el protocolo de atención publicado en 2020.

FRANCIA: ENTRE AVANCES Y ADVERTENCIAS

En 2015, la atención a la salud de las personas trans* en Francia seguía las recomendaciones de la versión 7 de los SOC, con unos cambios significativos en el año 2021 que supusieron:

- La eliminación del requisito de valoración y diagnóstico psiquiátrico
- La individualización de la edad de inicio de los bloqueadores puberales
- La posibilidad de prescribir hormonas sexuales a partir de los 14 años
- La financiación de la mastectomía desde los 14 y de la cirugía genital desde los 18.

En 2022, la Académie Nationale de Médecine expresó su preocupación por posibles «sobrediagnósticos» y abogó por valorar psicológicamente a los menores antes de iniciar cualquier tratamiento. No obstante, en 2024, el Consenso Médico Nacional Francés recomendó no realizar cambios en los protocolos y alertó sobre los riesgos del enfoque *wait and see*, defendiendo una atención individualizada basada en las necesidades del menor, con el consentimiento familiar.

RETOS DE FUTURO

La atención a la salud, en muchas ocasiones, se basa en la incertidumbre. La bibliografía médica demuestra que, en casi cualquier ámbito de la salud, no existen verdades absolutas. Y aún más cuando se trata de cuestiones profundamente atravesadas por valores éticos, sociales e ideológicos, como ocurre con la eutanasia, la reproducción asistida, los cuidados neonatales, la interrupción voluntaria del embarazo, etc.

En este contexto, la atención a las infancias y adolescencias trans* no escapa a esa complejidad. A los debates sobre la evidencia científica se suman profundas diferencias éticas, políticas e ideológicas. No obstante, esta realidad no debe paralizarnos, sino impulsarnos a construir un futuro mejor para todas las personas trans*. Para ello, necesitamos el compromiso y acciones de profesionales de la salud, la comunidad trans* y quienes en nuestra sociedad defendemos los derechos de las personas trans*.

REFLEXIONES SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL

- La situación ha mejorado, en muchos lugares del mundo, en comparación con hace 10 años. Hay más acceso, más visibilidad y más reconocimiento de derechos.
- Las resistencias actuales por parte de ciertos colectivos y sectores sociales, políticos y mediáticos surgen precisamente como reacción al avance de estos derechos. Aunque sus voces sean ruidosas y ocupen muchos titulares, es fundamental analizar críticamente sus discursos, que muchas veces están basados en falsedades, miedo o prejuicios.

RESPUESTAS A ESTA REALIDAD POLARIZADA

- No desgastarse respondiendo a la provocación: muchas veces, los discursos anti-derechos buscan justamente provocar reacciones que consuman nuestra energía. Es preferible no entrar en su juego.
- Centrarse en fortalecer nuestros argumentos, especialmente aquellos que apelan a la empatía y el entendimiento, dirigidos a quienes aún no tienen una posición clara o desconocen la realidad de las personas trans*.
- Impulsar investigación consensuada sobre los efectos y resultados del uso de bloqueadores y tratamientos hormonales en menores trans*. En muchos países, la existencia de protocolos con base científica y seguimiento médico ha sido clave para evitar prohibiciones.

PROPUESTAS PARA AVANZAR EN LA DEFENSA DE DERECHOS

- Promover formaciones estratégicas dirigidas a sectores clave de la sociedad que, en experiencias previas, han sido fundamentales en la protección o retroceso de los derechos trans*:
 - sociedades científicas,
 - el sistema judicial,
 - la administración pública,
 - políticos y responsables de políticas públicas,
 - profesionales del ámbito educativo, sanitario y social.
- Establecer alianzas con organizaciones que practican litigio estratégico en defensa de los derechos humanos. Estas alianzas pueden ser decisivas frente a intentos de recorte de derechos.
- Crear redes de profesionales, activistas, familias y personas trans* aliadas, que compartan saberes, recursos y estrategias. Sumar fuerzas en una red organizada permite coordinar acciones de defensa, incidencia política y apoyo mutuo.

Si te interesa formar parte de esta red, gestionada por Kasa Trans*, o conocer más, te invitamos a **rellenar el formulario** disponible a través del siguiente link: <https://lc.cx/5PpmtQ>

CONCLUSIONES

Frente a discursos que pretenden sembrar miedo, patologizar las vivencias o restringir derechos, la alegría, el respeto, el conocimiento, la empatía y la fuerza colectiva deben seguir guiando nuestras acciones. La defensa de la salud y la dignidad de las infancias y adolescencias trans* es, ante todo, una defensa de los derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ashley F *et al.* Youth should decide: the principle of subsidiarity in paediatric transgender healthcare. *J MedEthics* . 2023 Feb;49(2):110-114. DOI: [10.1136/medethics-2021-107820](https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107820)
- Berger Z. *Et al.* How Gatekeepers Can Better Appreciate the Autonomy of Transgender Patients. *J Gen Intern Med* . 2025 Feb 18. DOI: [10.1007/s11606-025-09420](https://doi.org/10.1007/s11606-025-09420)
- Brezin F. *et al.* (2024). Endocrine management of transgender adolescents: Expert consensus of the french society of pediatric endocrinology and diabetology working group *Archives de Pédiatrie*, <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2024.08.003>
- Cavanaugh T. *Et al.* Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients *AMA J Ethics* . 2016 Nov 1;18(11):1147-1155. DOI: [10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611](https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611)
- Cohen-Kettenis PT and van Goozen SH (1997) Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36(2): 263–271. DOI: [10.1097/00004583-199702000-00017](https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017)
- Cohen-Kettenis PT and van Goozen SH (1998) Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child and Adolescent Psychiatry* 7(4): 246–248. DOI: [10.1007/s007870050073](https://doi.org/10.1007/s007870050073)
- Coleman E., Radix A.E., Bouman W.P., et als (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: [10.1080/26895269.2022.210064](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.210064) Levine
- Crapanzano A and Mixon L. The state of affirmative mental health care for Transgender and Gender Non-Confirming people: an analysis of current research, debates, and standards of care *Riv Psichiatri* . 2022 Jan-Feb;57(1):44-54 DOI: [10.1708/3749.37327](https://doi.org/10.1708/3749.37327)
- de Vries A. L.C.. What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2016 Dec;63(6):1121-1135 DOI: [10.1016/j.pcl.2016.07.011](https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.011)
- Drescher J. *et al.* Informed Consent or Scare Tactics? A Response to Levine *et al.*'s «Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults. *Sex Marital Ther* . 2023;49(1):99-107. DOI: [10.1080/0092623X.2022.2080780](https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2080780)
- Gruenewald A.F. *et al.* Re-assessing the Triadic Model of Care for Trans Patients Using a Harm-Reduction Approach. *Health Care Anal*. 2020 Dec;28(4):415-423. DOI: [10.1007/s10728-020-00416-8](https://doi.org/10.1007/s10728-020-00416-8)
- Holt N.R. *et al.* Transgender and Gender Diverse Community Perspectives on Barriers and Benefits of the Psychosocial Assessment for Gender-Affirming Medical Care *Health Care Poor Underserved* . 2023;34(2):569-584. DOI: [10.1353/hpu.2023.0050](https://doi.org/10.1353/hpu.2023.0050)
- Kaja Klapsa. (2023) The real story on Europe's transgender debate POLITICO *Health Care* 10/08/2023 <https://www.politico.com/news/2023/10/06/us-europe-transgender-care-00119106>
- Ker A. *et al.* 'A little bubble of utopia': constructions of a primary care-based pilot clinic providing gender affirming hormone therapy *Health Sociol Rev* . 2021 Mar;30(1):25-40. DOI: [10.1080/14461242.2020.1855999](https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1855999)
- Kimberly L *et al.* Navigating Evolving Ethical Questions in Decision Making for Gender-Affirming Medical Care for Adolescents *J Clin Ethics*. 2021 Winter;32(4):307-321.

- Kraschel K.L. Legislation restricting gender-affirming care for transgender youth: Politics eclipse healthcare Cell Reports Medicine 2022; August 16:3 100719, August 16, 2022 <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100719>
- Linander I. *et al.* Two Steps Forward, One Step Back: A Policy Analysis of the Swedish Guidelines for Trans-Specific Healthcare. Sex Res Soc Policy 18, 309–320 (2021). <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00459-5>
- Linander, I., Lauri, M., Alm, E. *et al.* Care of children and adolescents with gender dysphoria Summary of national guidelines December 2022. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod>
- Movement Advancement Project. [2025]. «Equality Maps: Bans on Best Practice Medical Care for Transgender Youth.» www.mapresearch.org/equalitymaps/healthcare/youth_medical_care_bans
- Phan K. (2023) Norway didn't ban gender-affirming care for minors, as headline falsely claims AP news verification <https://apnews.com/article/fact-check-norway-not-ban-gender-affirming-care-956221436313>
- Recommendation of the Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO / COHERE Finland) Medical Treatment Methods for Dysphoria Related to Gender Variance In Minors STM038:00/2020
- Reese Akcakaya RL *et al.* Psychiatry . 2021 May-Jun;62(3):345-352. The Assessment of Readiness and Consent for Hormone Therapy: A Semi-structured Interview for Use With Transgender and Gender Nonconforming Individuals. J AcadConsult Liaison DOI: [10.1016/j.psych.2020.02.008](https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.02.008)
- Solanki P *et al.* Gender-Affirming Hormone Therapy for the Trans, Gender Diverse, and Nonbinary Community: Coordinating World Professional Association for Transgender Health and Informed Consent Models of Care. Transgend Health. 2023 Mar 31;8(2):137-148. doi: [10.1089/trgh.2021.0069](https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0069).
- Stephen B. *et al.* Harry Benjamin International THE STANDARDS OF CARE FOR GENDER IDENTITY DISORDERS. International Journal of Transgenderism 1998: II; 2nal. https://www.genderpsychology.org/transsexual/hbsoc_1998.html
- Stepney M. *Et als* Improving the experience of health services for trans and gender-diverse young people and their families: an exploratory qualitative study. Health Soc CareDeliv Res . 2025 Feb;13(4):1-130. DOI: [10.3310/XCYT6530](https://doi.org/10.3310/XCYT6530)
- The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people: Final report April 2024. <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>
- The Medicines (Gonadotrophin-Releasing Hormone Analogues) (Emergency Prohibition) (England, Wales and Scotland). Statutory Instruments 2024 No. 727 Medicines Order 2024 <https://www.legislation.gov.uk/uksi/2024/727/ma>
- Wilson Y Lee State-level anti-transgender laws increase past-year suicide attempts among transgender and non-binary young people in the USA Nat Hum Behav. 2024 Nov;8(11):2096-2106. doi: [10.1038/s41562-024-01979-5](https://doi.org/10.1038/s41562-024-01979-5).

El acompañamiento en los centros educativos

Ikastetxeetan laguntzea

Apoyando los derechos de las infancias trans en la educación

Cal Horton

Oxford Brookes University, UK

chorton@brookes.ac.uk

DISCRIMINACIÓN EN LA ESCUELA

En términos de discriminación, les niños pueden sufrir la negación del acceso a baños, vestuarios o alojamiento durante las excursiones escolares. Les niños pueden experimentar segregación, y el uso incorrecto de su nombre y pronombres por parte de profesores y directores escolares.

Los niños más pequeños desconocen sus derechos y les resulta difícil desafiar las figuras de autoridad adultas, por lo que a menudo dependen de sus padres y madres para hacer frente a esa discriminación.

Los alumnos que no cuentan con el apoyo de sus familias corren el riesgo de ser objeto de una discriminación prolongada, lo que repercute negativamente en su confianza en sí mismos y en su salud mental.

ESTRÉS EN LA ESCUELA

Los niños trans en el Reino Unido experimentan una amplia gama de factores estresantes transespecíficos, que les somete a una tensión crónica.

Las escuelas en las que no se les ofrece apoyo deslegitima al alumnado trans, creando entornos que dejan a los niños trans aislados.

Los alumnos trans pueden sufrir acoso y abuso emocional o físico. Las escuelas pueden responder con rapidez al acoso transfóbico manifiesto por parte de un solo agresor. Sin embargo, no comprenden y no están preparadas para responder a la victimización transfóbica crónica y generalizada. Cuando las escuelas no abordan el abuso, los niños trans terminan abandonando la escuela.

En esas condiciones, la mala salud mental en niños trans es inevitable, y las escuelas tienen el deber de velar por su seguridad física y emocional y por su acogida en la escuela. Es necesario adoptar medidas preventivas tempranas para reducir el estrés y proteger a los niños trans, salvaguardando así la salud mental del alumnado vulnerable.

DIFERENTES ENFOQUES PARA LA INCLUSIÓN TRANS EN LAS ESCUELAS

Transopresivo: Las identidades trans son activamente perseguidas y privadas de derechos, y el alumnado trans se ve obligado a presentarse y alinearse con su género asignado incorrectamente. Un enfoque transopresivo asume que el alumnado trans es ilegítimo, inferior o indigno de derechos, lo que impide el bienestar trans.

Transasimilación: El alumnado trans puede ser recategorizado, pasando de una categoría binaria a otra, y luego se espera que desaparezca en un sistema cisnormativo sin consecuencias más amplias para la escuela. Un enfoque transasimilacionista asume que un alumne trans es exactamente igual a un alumno cis, pero mal categorizado. Supone un alumne trans de orientación binaria, que puede cambiar de categoría y pasar desapercibido dentro de una escuela que recupera inmediatamente su apariencia de cis-idad uniforme.

Transacomodaticia: Las adaptaciones o interrupciones del statu quo cis-dominante se negocian o permiten de forma individualizada. Este enfoque adaptativo suele estar impulsado por un solo alumne o su familia, convirtiéndose este caso particular y visible en el catalizador de las adaptaciones que se llevan a cabo y atienden a su situación en particular. Un enfoque adaptativo trans reconoce que el alumnado trans puede tener necesidades diferentes a las del alumnado cis. Sin embargo, sigue asumiendo que un alumne trans es un caso excepcional, una desviación de la norma, y que todo en la escuela vuelve a la normalidad una vez que ha pasado por esa clase o año escolar o ha dejado la escuela. Al adoptar un enfoque adaptativo, se puede asumir que los cambios se están realizando solo para ese alumne en particular, y a menudo existe una carga significativa sobre cada alumne para solicitar, educar o defender las adaptaciones que necesita. Las escuelas que adoptan este enfoque corren el riesgo de imponer una carga perpetua al alumnado trans, colocándolos en una posición de precariedad en la que deben negociar su propia inclusión.

Transemancipadora: educación transemancipadora, describe escuelas donde les alumnas trans son entendidos como iguales a sus compañeros cis.

LA SITUACIÓN ACTUAL EN EL REINO UNIDO

En el Reino Unido, algunas escuelas son transopresivas y activamente dañinas para les niños trans. Se puede presionar a algunas escuelas para que brinden apoyo al alumnado trans, pero con un esfuerzo significativo, les alumnas deben defender su propia igualdad.

En el Reino Unido, la situación de les niños trans ha empeorado desde la Revisión Cass, una revisión perjudicial de la política antitrans del Reino Unido. En las escuelas, hemos presenciado un retroceso en sus derechos, y se enfrentan a nuevas oleadas de acoso, rechazo, discriminación de género y deslegitimación. La revisión Cass ha hecho que las escuelas sean menos solidarias y menos seguras para el alumnado trans. Les niños trans están abandonando la escuela.

En este momento es aún más importante que defendamos los derechos de les niños trans. El derecho a la seguridad física y emocional en la escuela. El derecho a la educación.

EL DERECHO A LA EDUCACIÓN

Les niños trans tienen derecho a la educación bajo el artículo 28 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Los Estados Partes tienen el deber de crear comunidades escolares positivas y no discriminatorias para el alumnado trans bajo el artículo 29. Cuando el alumnado trans se ve desproporcionadamente obligado a abandonar escuelas que no brindan apoyo y son inseguras, los actores responsables están incumpliendo su deber del artículo 2 de evitar la discriminación en el artículo 28 del derecho a la educación. Cuando el alumnado trans se enfrentan a trauma, acoso, microagresiones y estrés de minoría de género en la educación, las escuelas están incumpliendo su deber del artículo 2 de evitar la discriminación en su artículo 29 del derecho a un entorno escolar positivo y no discriminatorio. Cuando el alumnado trans soporta cargas desproporcionadas de salud mental y bienestar vinculadas a experiencias de acoso, trauma e injusticia en la escuela, las escuelas están incumpliendo el deber de evitar la discriminación (artículo 2) en su artículo 24 del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

El alumnado trans frecuentemente se enfrenta al estigma, discriminación y acoso en el ambiente escolar.

—Lenguaje afirmativo, respeto y una actitud trans-positiva son fundamentales.

El alumnado trans experimenta estrés persistente debido a que el sistema los deslegitima y excluye. Un acercamiento anti-bullying disminuye el impacto emocional y psicológico que la cisnormatividad* tiene en ellos.

[*Cisnormatividad: cuando los sistemas, las políticas y las personas asumen que todo el mundo es (o debería ser) cis (no trans). Las escuelas cisnormativas colocan a les alumnas trans en desventaja, exigiéndoles que naveguen por sistemas diseñados para excluirlos.]

—Las escuelas deben buscar mejorar las prácticas y actividades cisnormativas que resultan una amenaza para el alumnado trans

Las escuelas son reacias a aceptar cambiar sus prácticas por casos aislados o individuales, lo que hace más pesada la carga para les alumnas que deben negociar su propia inclusión.

—Las escuelas deben de cambiar su acercamiento individualizado a la adaptación proactiva y sostenida. Hay una cultura de silencio que rodea las vidas trans en la escuela. La representación trans, aunque sea mínima, puede ser percibida como excesiva. Así que las escuelas no lo hacen y les alumnas se ven obligados a educar a sus compañeros.

—La representación y visibilidad trans debe de volverse común para darles a les alumnas un sentido de pertenencia que les permita desarrollarse sanamente.

Les alumnas trans pueden experimentar ignorancia y hostilidad del personal docente, lo que les causa un daño importante, incluso una profesora que les apoye y en el que confíen puede tener un profundo impacto positivo y aumentar su autoestima considerablemente.

—La escuela debe reconocer y abordar el impacto que tienen las acciones del personal docente y administrativo. Es esencial un liderazgo claro que puede ser impulsado por la dirección de la escuela.

Las escuelas carecen de planes para les alumnes trans, no cuentan con protección contra el acoso y el abuso. Les alumnes trans necesitan igualdad de oportunidades en la escuela donde pueden sobresalir y prosperar.

—Les alumnes trans deben ser bienvenidos, reafirmados, representados, validados, apreciados y respetados como el resto del alumnado.

La educación y la formación del profesorado y personal administrativo deben ir más allá de solo hablar de bullying. Debe haber una sensibilización constante para ayudar al personal a entender las formas en que la cisnormatividad privilegia a los individuos cisgénero y hace la vida más difícil para las personas trans.

—Les alumnes trans necesitan al menos una adulta de confianza que les defienda, les ayude a entender sus derechos y a desenvolverse en las culturas cisnormativas. Les profesores aliados deben entender y desafiar los sistemas y enfoques que deslegitiman y marginan al alumnado trans.

Les alumnes tienen derecho a una experiencia académica segura, inclusiva y reafirmante.

—Las escuelas deben escuchar a les alumnes trans y centrarse en los derechos de les niños, también deben considerar sus responsabilidades institucionales, asegurándose de que cumplen con su deber de atención al alumnado trans.

REFERENCIAS

- Horton, C. (2020). Thriving or Surviving? Raising Our Ambition for Trans Children in Primary and Secondary Schools. *Frontiers in Sociology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.00067>
- Horton, C. (2023). Gender minority stress in education: Protecting trans children's mental health in UK schools. *International Journal of Transgender Health*, 24(2), 195–211. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2081645>
- Horton, C. (2023). Institutional cisnormativity and educational injustice: Trans children's experiences in primary and early secondary education in the UK. *British Journal of Educational Psychology*, 93, 73–90. <https://doi.org/10.1111/bjep.12540>
- Horton, C., & Carlile, A. (2022). «We Just Think of Her as One of the Girls»: Applying a Trans Inclusion Staged Model to the Experiences of Trans Children and Youth in UK Primary and Secondary Schools. *Teachers College Record*, 01614681221123383. <https://doi.org/10.1177/01614681221123383> Disponible en preimpresión aquí: <https://growingup-transgender.com/2022/04/02/a-trans-inclusion-staged-model-for-education/>

Análisis de la realidad trans en el sistema educativo

Olatz Etxebarria-Perez-de-Nanclares¹, Rakel Gamito Gomez²,
Maria Teresa Vizcarra Morales³, Ana Luisa Lopez-Velez², Doris Sommer⁴

¹ Departamento de Didáctica de la Lengua y la Literatura, Facultad de Educación y Deporte, UPV/EHU

² Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Facultad de Educación y Deporte, UPV/EHU

³ Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal, Facultad de Educación y Deporte, UPV/EHU. Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Facultad de Educación y Deporte, UPV/EHU

⁴ Ira and Jewell Williams Professor of Romance Languages & Literatures, African and African American Studies, Harvard University

olatz.etxebarria@ehu.eus

RESUMEN

El alumnado trans es una realidad emergente dentro del sistema educativo, y en ocasiones, no se le da una respuesta adecuada. Con el objetivo de arrojar más luz sobre su día a día en el entorno escolar, identificar las dificultades que este colectivo encuentra para proponer posibles cambios, además de fijar las bases teóricas, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica. Los cinco focos temáticos más significativos extraídos del análisis, salud mental, clima escolar, formación del profesorado, espacios segregados por sexo y transitar / no transitar, han sido utilizados como pilares en el desarrollo de las entrevistas semiestructuradas con la comunidad educativa, entendiendo como comunidad educativa a las personas trans, madres y padres de personas trans y profesorado con experiencia con alumnado trans. Las entrevistas se han realizado con personas tanto del País Vasco como de Estados Unidos en los tres subgrupos. Además, se presenta el protocolo educativo Pre-Texts como propuesta metodológica.

De los resultados de investigación se extrae que urge formar al profesorado en materia de identidad de género y que los espacios segregados por sexo siguen siendo un problema para el colectivo trans, lo cual necesita una reorganización. Todas las personas participantes coinciden en que no hay ni un momento ni una forma específica de transitar, pero la transición social se considera necesaria por los beneficios que esto aporta al colectivo trans. Aunque la mayoría coincide en que han percibido el clima escolar como hostil y que su identidad trans ha repercutido en su salud mental, podemos estar ante un cambio de paradigma ya que también se han conocido casos en los que se ha vivido el entorno escolar con total normalidad y donde su salud mental no se ha visto afectada.

Palabras clave: personas trans, educación, inclusión, comunidad educativa, innovación

LABURPENEA

Gero eta ikasle trans gehiago daude ikasgeletan, eta askotan horiek jasotzen duten tratu ez da egokia izaten. Esanahia aldatu da egin den aldaketarekin eta horregatik, testu ori-

ginala mantentzea eskatzen da. Oinarri teorikoen finkapena eta literaturaren berrikuspena, bi prozesu ezberdin izan dira. Oinarri teorikoak finkatzeko eboluzioa historikoa aztertu da, berrikuspena egiteko azken bost urtetako ikerlanak aztertu diren bitartean (osasun mentala, eskola-giroa, irakasleen prestakuntza falta, sexuaren arabera bereizitako espazioak eta igarotzea/ez-igarotzea), eta horiek izan dira hezkuntza-komunitateko kideekin egindako el-karrizketa erdiegituratuak garatzeko oinarria. Hezkuntza-komunikateko kideetat hartu dira pertsona transak, adingabe transen gurasoak eta ikasle transekin harremana izan duten irakasleak. Elkarriketak hiru azpitaldeetako Euskal Herriko eta Estatu Batuetako kideekin egin dira. Gainera, Pre-Texts hezkuntza-protokoloa aurkezten da proposamen metodologiko gisa.

Ikerketaren emaitzetatik ondorioztatzen da premiazkoa dela irakasleak genero-identitatearen arloan prestakuntza jasotzea, baita sexuaren arabera bereizitako espazioak oraindik ere arazo direla trans kolektiboarentzat. Hori dela eta, beharrezkoa da espazio horiek berrantolatzea. Parte-hartzaile guztiak bat datoz ez dagoela igarotzeko une edo modu espezifikorik esatean, baina igarotze soziala beharrezkotzat jotzen da pertsona transengan dituen onurengatik. Nahiz eta gehienek eskola-giro kaxkarra bizi izan duten eta trans izateak osasun mentalean eragin negatiboa izan duela aitortzen duten, paradigma-aldaketa baten aurrean egon gaitetzkeela dirudi; izan ere, eskola-ingurunea normaltasun osoz bizi izan dute, eta osasun mentalean eragin negatiborik izan ez duten kasuak ere ezagutu dira.

Gako-hitzak: pertsona transak, hezkuntza, inklusioa, hezkuntza-komunitatea, berrikuntza

ABSTRACT

Trans students are an emerging reality within the education system, and at times, they are not given an adequate response. With the aim of shedding more light on their daily experiences in the school environment, identifying the difficulties faced by this group in order to propose possible improvements, as well as to establishing theoretical foundations, a systematic review of the scientific literature has been carried out.

The five most significant thematic areas identified through this analysis, mental health, school climate, teacher training, sex-segregated spaces, and transitioning / not transitioning, have served as pillars in the development of semi-structured interviews with the educational community. The term educational community is understood here to include trans individuals, parents of trans individuals, and teachers with experience working with trans students.

The interviews were conducted with participants from both the Basque Country and the United States in all three subgroups. Additionally, the Pre-Texts educational protocol is presented as a methodological proposal.

The research findings indicate an urgent need to train teachers on gender identity, and that sex-segregated spaces continue to pose challenges for trans individuals, calling for a reorganization of these spaces. All participants agree that there is neither a time nor a specific way to transition, but that social transition is seen as necessary due to the benefits it brings to the trans community.

While most participants reported experiencing a hostile school climate and noted that their trans identity had negatively affected their mental health, there are also cases where the

school environment was experienced with complete normality and mental health remained unaffected. This suggests that we may be witnessing a paradigm shift.

Keywords: trans people, education, inclusión, educational community, innovation

INTRODUCCIÓN

El número de personas trans ha aumentado en los últimos años, y eso se ha visto reflejado en las aulas. La presencia de menores trans cada vez es más habitual, aunque siguen sin recibir igualdad de trato (Bragg *et al.*, 2018). La cultura cis invisibiliza a las personas trans llevándolas a una marginación como consecuencia de una ideología tácita (Kennedy, 2018).

Ante esta realidad, es necesario realizar más investigación que, además de denunciar la situación, identifique las claves para mejorar el día a día de las personas trans. Por ello, tras fijar las bases teóricas, se ha llevado a cabo un estudio de caso para poder conocer el punto de vista de estas personas y las de su entorno, para saber cómo perciben, ven y entienden el mundo que les rodea (Simons, 2009) y así poder mejorar el entorno educativo.

El objetivo de este trabajo de investigación es conocer en profundidad el día a día de las personas trans para poder ofrecer una visión global de esta realidad (León y Montero, 2015). Para la consecución de la veracidad, el trabajo científico se ha realizado desde distintos ángulos (Denzin y Lincoln, 2013): la literatura científica, entrevistas con personas trans, entrevistas con madres y padres de menores trans y entrevistas con profesorado que ha trabajado con alumnado trans.

Además se presenta el protocolo educativo Pre-Texts¹, que engrana la lectoescritura, el civismo y la innovación, como propuesta metodológica.

BASES TEÓRICAS

Mientras que se trabaja en una mayor visibilidad de las personas trans, aunque sea con distinta terminología, la realidad trans es algo que ha existido en todas las civilizaciones y en todos los extractos sociales. Existen referencias en la Mitología Griega, en la Roma Clásica, en la Edad Media como en el Renacimiento y el Barroco (Etxebarria-Perez-de-Nanclares *et al.*, 2024a).

La terminología para hacer referencia a esta realidad ha sido muy diversa a lo largo de los años (Tabla 1.), y sigue siendo muy cambiante, en especial en los últimos años, donde la corriente más fuerte ha sido dirigida hacia la despatologización de las personas trans. De hecho, en la última edición (V) del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) del 2013, la realidad trans deja de considerarse un trastorno mental y se denomina como disforia de género (APA, 2013). Este término tampoco es nuevo, ya que fue utilizado por el médico inglés Fisk en 1974 (Mas, 2017).

¹ <https://pre-texts.org>

Tabla 1

Autor	Concepto	Año
Ulrich	Uranismoa	1864
Kertbeny	Homosexual	1868
Westphal	Sentimientos sexuales contrarios	1869
Krafft-Ebing	Metamorphosis sexualis paranoica	1894
Hirschfeld	Travestismo	1910
Ellis	Inversión sexual estética/eonismo	1913
Marcuse	Inversión psicosexual	1916
Hoyer	Cirugía anatómica, Lili Elbe	1933
Cauldwell	Transexual	1949
Benjamin	Divulgación internacional de transexual y travesti	1953
Stoller	Transexual como convicción de identidad	1968
Money	Identidad de género y reasignación de género	1969
Blanchard	Autoginefilia	1989

Fuente: Estrada-Carmona, 2021, pág. 29-30.

En el ámbito educativo, la realidad que nos encontramos en las aulas es que el currículum oculto mantiene roles, expresiones estereotipadas e identidades de género binarias ante un alumnado que es considerado agente pasivo en la socialización de género (Davy y Córdoba, 2020). Hay que tener en cuenta que el género es un constructo social, que, junto a la raza, además de proporcionar identidad, se ha utilizado para mantener una jerarquía social (Browne y Misra, 2003). Además, se puede determinar que la diferencia entre el género y el sexo no está suficientemente clara, ya que, de no ser así, no se podría entender como el sexo puede determinar el género (Lindqvist *et al.*, 2021). Todo esto hace que vivamos en una sociedad donde la norma deseable sea la heterosexualidad y la conformidad de género (Harris *et al.*, 2022).

En este sentido, la investigación en educación sigue siendo muy escasa, se enfoca sobre todo en Educación Secundaria y está siendo liderada por los Estados Unidos (McBride, 2021). De revisión de los resultados se extrae que, todavía, la cisheteronormatividad es la gran protagonista en el lenguaje, los reglamentos y el currículum escolar (Bower-Brown *et al.*, 2021). En consecuencia, la escuela, lejos de ser agente principal para la solución de problemas sociales, en muchas ocasiones es escenario de discriminación, violencia y acoso para las personas trans (McBride y Schubotz, 2017). Todo ello hace que la salud mental de las personas trans sea peor que la de sus iguales cis (Ancheta *et al.*, 2021). Asimismo, hay que tener en cuenta el Minority Stress Theory (MTS) (Heiden-Rootes, 2023), ya que factores como la raza, religión, etnia... pueden determinar una realidad aún más difícil, siendo las personas trans de raza negra las que más violencia y discriminación sufren (Allen *et al.*, 2020).

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA: LA REALIDAD TRANS EN EL SISTEMA EDUCATIVO

Con la intención de ahondar en la realidad trans desde un punto de vista educativo y social, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo las pautas PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) y cumpliendo con los requisitos de su última actualización (Ciapponi, 2021; Page *et al.*, 2021). Como resultado se identifican cinco focos temáticos de relevancia (Figura 1.): salud mental, clima escolar, falta de formación del profesorado, espacios segregados y transitar o no transitar (Etxebarria-Perez-de-Nanclares *et al.*, 2023).

El 100% de los trabajos analizados denuncian la mala salud mental de las personas trans, el 97% mencionan que estas personas perciben un clima escolar hostil, el 69% apuntan la falta de formación del personal de educación, el 46% hace eco de las dificultades que suponen los espacios segregados por sexo y el 39% habla de la transición.

Figura 1
Los cinco focos temáticos



PROFUNDIZANDO LA REALIDAD TRANS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO: ENTREVISTAS CON LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Partiendo de la revisión sistemática de la literatura científica, se han realizado entrevistas con la comunidad educativa (personas trans, madres y padres de menores trans y profesorado que ha trabajado con menores trans). Las entrevistas han sido estructuradas tanto de forma deductiva (en torno a las cinco dimensiones recogidas en la Figura 1) como de forma induc-

tiva (ya que las preguntas no han sido cerradas) (Denzin, 2009; Wood y Smith, 2018). Con el objetivo de conseguir un *rapport* adecuado, se ha intentado crear un clima de confianza y empatía durante las entrevistas (Denzin y Lincoln, 2015).

Las entrevistas se han realizado a seis personas trans (Etxebarria-Perez-de-Nanclares *et al.*, 2024b), cinco madres y padres de menores trans (en proceso de publicación) y seis profesores con experiencia con alumnado trans (en elaboración). Por motivos éticos, todas las personas trans entrevistadas son mayores de edad, aunque las entrevistas se han centrado en la etapa escolar.

Entre las personas trans, tres son del País Vasco y tres de Estados Unidos, de los cuales cuatro son hombres trans, una es mujer trans y la sexta es una persona no binaria. De las madres y padres entrevistados, tres son del País Vasco y dos de Estados Unidos. Cuatro son madres y padres de chicos trans y una madre de una niña trans. En cuanto al profesorado, tres son del País Vasco y tres de Estados Unidos.

A pesar de que la entrevistas se han realizado utilizando la aplicación Zoom, se ha intentado generar un clima de confianza con un *rapport* adecuado tal y como se ha mencionado con anterioridad.

Debido a la delicadeza de la temática, las personas entrevistadas han sido contactadas utilizando el círculo personal y profesional de las investigadas mediante la técnica de bola de nieve (Taylor y Bogdan, 1992). Para ello se ha utilizado la aplicación WhatsApp y el correo electrónico. También se ha contado con la ayuda de las asociaciones NAIZEN (Asociación de familias de menores transexuales de Álava, Bizkaia, Gipuzkoa y Navarra) y NAGLY (Alianza de la costa norte para la juventud GLBTQ+) para contactar con las personas entrevistadas.

Las entrevistas se han realizado en euskera, castellano e inglés y la duración de estas ha sido de entre 32 y 60 minutos. Las entrevistas han sido transcritas con un procesador de palabras y después se han cargado en el software Nvivo para su análisis mediante un sistema categorial.

PRE-TEXTS

Debido a la gran importancia que tienen las metodologías que se utilizan en el aula, se presenta el protocolo educativo Pre-Texts como propuesta educativa, ya que la acción pedagógica debe ir de la mano de la investigación (Cochran-Smith y Lytle, 2002).

Pre-Texts es un protocolo educativo que engrana la lectoescritura, el civismo y la innovación consiguiendo un gran impacto con muy poco coste. Se utiliza el arte como herramienta para la comprensión lectora (Sommer, 2014; Sommer, 2021), además de fomentar el pensamiento crítico y promover que el alumnado aprenda en interacción entre iguales mientras que ellos mismos son quienes lideran su propio proceso de aprendizaje.

Se ha demostrado que tiene efectos beneficiosos en el bienestar socioemocional como sobre la depresión y la ansiedad (Osborn *et al.*, 2022) y se entiende como herramienta necesaria para dar un salto cualitativo de respetar las diferencias a disfrutar de ellas (Etxebarria-Perez-de-Nanclares *et al.*, 2024c).

RESULTADOS PRELIMINARES

Los resultados de los distintos trabajos de investigación realizados han sido o están a punto de ser publicados, pero de un modo muy general, se pueden resumir de la siguiente manera algunos puntos preliminares de los resultados generales:

La mayoría de las personas contactadas considera el clima escolar como hostil para las personas trans, parece que podemos estar ante un cambio de paradigma, ya que también encontramos realidades donde han vivido con total normalidad la etapa escolar.

Todos coinciden en la necesidad urgente de formar al profesorado ya que la falta de conocimiento ante esta realidad es evidente y es conocida la influencia y el poder que el personal docente tienen sobre todo su alumnado.

Los espacios segregados por sexo siguen siendo problemáticos para las personas trans, y aunque la mayoría aboga por espacios comunes, por ahora se considera como algo utópico. Por lo tanto, una tercera opción no exclusiva para las personas trans parece la alternativa más adecuada.

El hecho de que los espacios comunes puedan suponer un problema de seguridad sugiere que urge una reflexión social profunda sobre la reorganización de los espacios.

No hay ni momento ni forma de transitar, esto es algo único y exclusivo de cada persona, aunque la necesidad de una transición social se ve necesaria por las consecuencias positivas que esto supone.

El bienestar socioemocional de estas personas se ve perjudicada por su condición trans, pero también empezamos a conocer casos en los que la identidad de género no tiene consecuencias negativas en el bienestar socioemocional de estas personas.

Hay que tener en cuenta factores como la raza, religión, etnia o situación geopolítica, ya que pueden determinar realidades aún más desfavorables.

Debemos considerar las metodologías que se utilizan en el aula ya que estas pueden ser determinantes. Por ello, es interesante dirigir la mirada hacia propuestas metodológicas que posibiliten que el alumnado pueda aprender en interacción con sus iguales, proporcionando el libre y pleno desarrollo de todo el alumnado, en un entorno que fomente y promueva la celebración de la diversidad, y la premie.

LIMITACIONES

La gran mayoría de las personas contactadas son personas de raza blanca con un nivel socioeconómico medio-alto. Todos los familiares participantes aceptan la identidad de género de sus hijas y únicamente se ha contado con la participación de una persona no binaria.

Todas las investigadoras son mujeres cis de raza blanca, por lo que puede limitar el alcance de la investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, B. J., Andert, B., Botsford, J., Budge, S. L., y Rehm, J. L. (2020). At the margins: Comparing school experiences of nonbinary and binary-identified transgender youth. *Journal of School Health*, 90(5), 358-367. <https://doi.org/10.1111/josh.12882>
- Ancheta, A.J., Bruzzese, J.M. y Hughes, T.L. (2021). The Impact of Positive School Climate on Suicidality and Mental Health Among LGBTQ Adolescents: A Systematic Review. *J Sch Nurs* 37(2),75-86. <https://doi.org/10.1177/1059840520970847>
- APA, American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bower-Brown, S., Zadeh, S., y Jadv, V. (2021). Binary-trans, non-binary and gender-questioning adolescents' experiences in UK schools. *Journal of LGBT Youth*, 20(1), 74-92. <https://doi.org/10.1080/19361653.2021.1873215>
- Bragg, S., Renold, E., Ringrose, J., y Jackson, C. (2018). 'More than boy, girl, male, female': exploring young people's views on gender diversity within and beyond school contexts. *Sex Education-Sexuality Society and Learning*, 18(4), 420-434. <https://doi.org/10.1080/14681811.2018.1439373>
- Browne, I. y Misra, J. (2003). The Intersection of Gender and Race in the Labor Market. *Annual Review of Sociology*, 29, 487-513. <https://doi.org/10.1146/29.010202.100016>
- Ciapponi, A. (2021). La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para reportar revisiones sistemáticas. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria*, 24(3), e002139. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v24i4.6960>
- Cochran-Smith, M., y Lytle, S. L. (2002). *Dentro/Fuera. Enseñantes que investigan*. Akal.
- Davy, Z., y Cordoba, S. (2020). School Cultures and Trans and Gender-diverse Children: Parents' Perspectives. *Journal of GLBT Family Studies*, 16(4), 349-367. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2019.1647810>
- Denzin, N. K. (2009). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Aldine Transaction.
- Denzin, N. Y., y Lincoln, Y. (koord.) (2013). *Las estrategias de investigación cualitativa (manual de investigación cualitativa III)*. Gedisa.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2015). *Métodos de recolección y análisis de datos. Manual de investigación cualitativa. Volumen IV*. Gedisa.
- Estrada-Carmona, S. (2021). Ciudadanía sexual y discordancia de género: revisión teórica y reflexiones problemáticas. *RELIES: Revista Del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, 5, 19-59. <https://doi.org/10.46661/relies.5212>
- Etzebarria-Perez-de-Nanclares, O., Vizcarra, M.T., Gamito, R., y Lopez-Velez, A.L. (2023). La realidad trans en el sistema educativo: una revisión sistemática. *Revista de Psicodidáctica*, 28(2), 104-114. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2023.01.001>
- Etzebarria-Perez-de-Nanclares, O., Vizcarra, M.T., Gamito, R. y López-Vélez, A.L. (2024a). Trans errealitate gaur egungo sisteman: hezkuntza-profesionalen prestakuntza. En U. Luna, M.V. Urruzola, J. Martín y A. Serrano (ed.), *Psikodidaktikako XXX. Ikerkuntza-Jardunaldiak* (pp. 91-106). UPV/EHU.
- Etzebarria-Perez-de-Nanclares, O., Vizcarra, M.T., López-Vélez, A.L. y Gamito, R. (2024b). Trans narratives on school experiences—This is how we feel. *Frontiers in Psychology*, 15:1373508. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1373508>

- Ettxebarria-Perez-de-Nanclares, O., López-Vélez, A.L., Gamito, R. y Sommer, D. (2024c). Enjoying differences. En B. Berral., J.A. Martínez, C.R. Fernández y J.J. Victoria, *Investigación para la mejora de las prácticas educativas desde una perspectiva holística* (pp. 103-117). Dykinson.
- Harris, R., Wilson-Daily, A. E., y Fuller, G. (2022). 'I just want to feel like I'm part of everyone else': how schools unintentionally contribute to the isolation of students who identify as LGBT. *Cambridge Journal of Education*, 52(2), 155-173. <https://doi.org/10.1080/0305764X.2021.1965091>
- Heiden-Rootes, K., Linsenmeyer, W., Levine, S., Oliveras, M. y Joseph, M. (2023). A scoping review of the research literature on eating and body image for transgender and nonbinary adults. *J Eat Disord* 11, 111. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00828-6>
- Kennedy, N. (2018). Prisoners of Lexicon: Cultural Cisgenderism and Transgender Children. In E. Schneider y C. Baltes-Löhr (ed.), *Normed Children: Effects of Gender and Sex Related Normativity on Childhood and Adolescence*. (pp. 297-312). transcript. <http://doi.org/10.1515/9783839430200-022>
- Lindqvist, A., Sendén, M.G., y Renström, E.A. (2021). What is gender anyway: A review of the options for operationalising gender. *Psychology and Sexuality*, 12(4), 332-344. <http://doi.org/10.1080/19419899.2020.1729844>
- León, O.G. y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación. Las tradiciones cuantitativa y cualitativa (4.ª Edición)*. McGrawHill Education.
- Mas, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional De Sociología*, 75(2), e059. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- McBride, R. (2021). A literature review of the secondary school experiences of trans youth. *Journal of LGBT Youth*, 18(2), 103-134. <https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1727815>
- McBride, R., y Schubotz, D. (2017). Living a fairy tale: the educational experiences of transgender and gender non-conforming youth in Northern Ireland. *Child Care in Practice*, 23(3), 292-304. <https://doi.org/10.1080/13575279.2017.1299112>
- Osborn, T., Ndeti, D., Mutiso, V., Sacco, P.L. y Sommer, Doris. (2022). An Arts-Literacy Intervention for Adolescent Depression and Anxiety Symptoms: Outcomes
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Aki, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLOS Medicine*, 18(3), e1003583. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- Simons, H. (2009). *Case study research in practice*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781446268322>
- Sommer, D. (2014). Four. Pre-Texts. En D. Sommer (ed.), *The Work of Art in the World* (107-134 orr.). Duke University Press. <https://doi.org/10.1515/9780822377122-006>
- Sommer, D. (2021). Pre-Texts: Press Play to Teach Anything. In V. Rapti, y E. Gordon (eds), *Ludics*, (pp. 73-84). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-981-15-7435-1_4
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Paidós.
- Wood, P., y Smith, J. (2018). Investigar en educación. *Conceptos básicos y metodológicos para desarrollar proyectos de investigación*. Narcea.

Cómo acompañar los tránsitos en los centros educativos

Beatriz Sever Egaña

Sexóloga de Naizen

familia@naizen.eus

Durante años he tenido la oportunidad de actuar como nexo entre personas trans o sus familias y centros educativos, lo que me ha permitido adquirir cierta experiencia en el acompañamiento de tránsitos en el ámbito escolar. A partir de esta trayectoria, quiero compartir algunas reflexiones y propuestas prácticas que pueden ser útiles para facilitar estos procesos de la forma más respetuosa posible desde el conocimiento adquirido a través de la escucha de sus necesidades.

CREAR LAS CONDICIONES PARA EL TRÁNSITO

Antes de plantearnos cómo acompañar un tránsito, es imprescindible entender que para que éste pueda darse, primero tiene que existir un contexto propicio. A menudo, la falta de expresión de un tránsito no se debe a la ausencia de esa vivencia interna, sino a la imposibilidad de expresarla, bien por no comprender lo que ocurre, bien por miedo a decirlo.

Por eso, el primer paso es generar un entorno que permita que cada persona pueda entenderse y expresarse. Esto implica trabajar en varios niveles:

Fomentar desde las primeras etapas un ambiente en el que se pone en valor la diversidad, donde cada persona puede mostrarse como es sin miedo.

El profesorado y el personal del centro son ejemplos y referentes. Su actitud cotidiana, sus comentarios, su manera de corregir, de acoger la diversidad, tienen un impacto fundamental.

En este sentido, muchas veces se habla de crear «espacios seguros», pero no siempre se profundiza en cómo se construyen esos espacios. No basta con una declaración de intenciones. Es necesario actuar día a día, en las dinámicas del aula, en la organización de actividades, en la gestión de los conflictos. Cada interacción cuenta.

IDENTIFICAR

Uno de los principales obstáculos para el tránsito es la falta de herramientas para identificar lo que se está viviendo. Es muy frecuente que las personas trans relaten que, durante su

infancia o adolescencia, sentían «que algo no encajaba» pero no sabían ponerle nombre. A veces, ni siquiera saben que existe esa realidad, por lo que no pueden identificarlo. Por eso, es esencial hacer presente esa realidad en cualquier etapa educativa.

Educación Infantil

Incluso si se van a mostrar solo el cuerpo «de niña con vulva» y «de niño con pene», podemos introducir una frase comentando que hay niñas con pene y niños con vulva.

También podemos utilizar materiales alternativos como el dibujo de cuatro cuerpos en lugar de dos usar muñecos, cuentos o juegos que representen cuerpos diversos o introducir materiales gráficos donde los cuerpos se puedan combinar (cabeza, tronco, extremidades) para representar distintas posibilidades

En una actividad sobre el cuerpo, es importante transmitir la idea de que todos los cuerpos son diferentes, y todos son igual de válidos.

Primaria

En los temas sobre procreación podemos explicitar que, aunque la mayoría de las mujeres tienen ovarios y la mayoría de los hombres tienen testículos, existen también hombres con ovarios o mujeres con testículos. Asimismo, es interesante mostrar la existencia de personas intersex desde un enfoque naturalizador y no patologizante.

Visibilizar familias diversas, cuerpos diversos, trayectorias vitales distintas.

Secundaria

Tenemos la oportunidad de profundizar en las realidades intersex, en la transexualidad y en la diversidad humana en Biología, en Ética, o incluso en Historia o en Filosofía, analizando cómo han sido vistas diferentes identidades a lo largo del tiempo.

Cuanto más ampliemos los contextos, más fácil será que cada persona pueda identificar cuál es su lugar más coherente de estar en el mundo. De cualquier forma, la identificación no tiene por qué implicar un tránsito inmediato. A veces, simplemente se siembra una semilla que más adelante dará frutos.

Para todo el alumnado, conocer otras realidades, hacer pensable la diversidad, es uno de los regalos más importantes que la escuela puede ofrecer.

ESPACIOS SEGUROS

Como hemos apuntado, la escuela debería ser un espacio seguro para todas las personas, pero en la práctica no siempre es así. Que el centro educativo sea un lugar donde cada cual puede expresarse como quien es, facilitará que el tránsito se pueda dar. El miedo a la reacción del entorno puede hacer que muchas personas no se atrevan a mostrarse como son.

Cortar de raíz las burlas, los insultos, los comentarios hirientes o cualquier muestra de falta de respeto es imprescindible. No se trata solo de sancionar el insulto o la burla cuando aparece, sino de trabajar día a día una cultura de respeto. Si desde las primeras etapas educativas transmitimos que la diversidad es un valor, que cada persona es diferente, con sus peculiaridades, y que esto nos hace ser quienes somos, será más fácil que se puedan transitar sin miedo.

Intervenir ante cualquier comentario despectivo, aunque parezca «broma» o «sin mala intención».

Reforzar activamente los comportamientos de apoyo y solidaridad entre el alumnado.

Dar valor a la diversidad en todas sus formas: corporal, cultural, familiar, funcional...

Hacer visibles referencias positivas: personas trans en los libros de texto, ejemplos históricos, personajes públicos.

CONOCIMIENTO DEL PROFESORADO

Una de las claves fundamentales para acompañar tránsitos de la mejor manera es la formación del profesorado. Aunque conocemos ejemplos de excelentes acompañamientos que tienen como base simplemente una buena actitud y ganas de ayudar, el conocimiento facilitará que sepamos identificar mejor cada situación. También contribuye a evitar errores que obstaculizan como pensar que la expresión tiene que darse de determinada manera, a una edad concreta, con unos malestares específicos, o que todas las personas van a querer dar los mismos pasos. Por eso, es fundamental que todo el personal educativo tenga unos mínimos conocimientos sobre transexualidad.

No se trata de ser especialistas, sino de tener herramientas mínimas para no dañar, para no invisibilizar y para poder acompañar respetando el ritmo de la persona, siempre un paso por detrás. Conocer que la identidad se va construyendo desde edades muy tempranas y que es un componente profundo del ser humano. Saber que transitar no es «convertirse en», sino manifestar al mundo quién se es. Ser consciente de que cada tránsito es único, con sus ritmos, necesidades y deseos particulares.

Al fin y al cabo, el entorno tiene un rol crucial: puede ser un espacio de sostén o de sufrimiento. Acompañar dignamente implica formación, respeto, flexibilidad, escucha y acción.

Aunque lo ideal sería que en los estudios universitarios se dedicara un espacio para abordar la diversidad sexual, no suele ser así. Cuando esto no sucede, se puede adquirir conocimiento mediante formaciones específicas que el centro o las administraciones ofrezcan, a través de la lectura de materiales, escuchando experiencias de personas trans en jornadas y charlas...

Al menos debería haber en cada centro una persona de referencia formada que pueda asesorar y coordinar los procesos de acompañamiento.

El objetivo de la formación no es solo «saber qué hacer si hay un caso», sino cambiar la cultura del centro para que cualquier tránsito sea más sencillo.

PROTOCOLOS

Una vez que hemos posibilitado la identificación, que tenemos espacios seguros y que hemos generado el clima adecuado, será más sencillo que un tránsito aflore.

Cuando esto ocurre es momento de planificar el acompañamiento de manera coordinada, siempre escuchando activamente a la persona.

El acompañamiento no debe ser improvisado y por ello existen los protocolos educativos para el alumnado trans. Aunque cada situación tendrá matices y habrá que adaptarse a las circunstancias, conviene establecer un plan de acción claro, consensuado y flexible.

Los protocolos nos proporcionan un marco, pero no hay que olvidar que cada persona tiene su propio camino, sus miedos, su contexto particular y el protocolo debe adaptarse a ella.

En general, los protocolos educativos establecen ciertas medidas como puede ser:

- Respetar el género gramatical al dirigirnos a esa persona.
- Usar su nuevo nombre, si es que hubiera cambiado.
- Modificar sus datos en la documentación del centro.
- Si hubiera uniforme diferenciado, garantizar su derecho a utilizar el que le corresponde.
- Si se practica educación física de forma segregada, respetar que lo haga con el grupo que le corresponde.
- En caso de acoso, abrir el protocolo correspondiente.
- Trabajarlo en el aula.
- Garantizar su derecho a utilizar el baño y vestuario que le corresponda.

No obstante, esto no significa que siempre haya que tomar las mismas medidas. Un ejemplo de cómo deberemos adaptar el protocolo a cada persona, puede ser el caso de un chico adolescente que, pese a que tiene derecho a usar el vestuario de los chicos, no se siente capaz hacerlo. Dado que el objetivo es su bienestar, buscaremos las vías para garantizarlo, sea ofreciendo un tercer vestuario si lo hubiera, permitiendo que no se duche o que lo haga después, poniendo esa clase a última hora... Incluso, si existe la posibilidad de una reforma, ofreciendo una cabina individual en el vestuario.

Otro ejemplo puede darse a la hora de explicar el tránsito en el aula. En algunos casos la propia persona querrá explicarlo, en otros preferirá que lo haga la tutora, o tal vez ni siquiera quiera estar presente cuando se explique.

Asimismo, no siempre todo el profesorado necesita saber todos los detalles. Es importante respetar la confidencialidad, limitando la información a quien realmente la necesite para respetar el bienestar de la persona.

Algunos protocolos cuentan con anexos a rellenar, que son documentos vivos y en los que se va dejando constancia de las necesidades de la persona en cada momento.

PROTAGONISTAS DE LOS PROCESOS

Cada tránsito es único. No existe un solo modelo, ni un ritmo correcto, ni una única forma de vivir la identidad. Por eso, lo más importante en cualquier proceso de acompañamiento es escuchar activamente a la persona, preguntar qué necesita, respetar sus tiempos y no presionar para que dé pasos más allá de lo que pueda o quiera en ese momento.

Algunos aspectos a conocer son qué pronombres quiere que utilicemos, si quiere que le llamemos por otro nombre, a quién quiere que informemos, y a quién no, si quiere hacer algún cambio visible ahora (vestimenta, nombre en listas, baños, si le gustaría que se hiciera alguna comunicación a la clase y, si fuera así, si quiere participar en ella o prefiere que lo gestione el profesorado...

Cada respuesta debe ser respetada. Hay quien quiere visibilizar su tránsito rápidamente; hay quien necesita hacerlo de manera muy gradual; hay quien prefiere no hacerlo por el momento.

Acompañar significa acompasar: caminar al ritmo que la persona necesite, no al que al nos parezca mejor.

UN EJEMPLO PRÁCTICO

Supongamos que, en un centro de secundaria, Alex, de 13 años, comunica a su tutor que desea comenzar su tránsito social como chico. El tutor escucha sus necesidades: desea que usen el nombre Alex y los pronombres él/lo, pero no quiere hacer él el anuncio público.

El equipo directivo acuerda que:

- En las listas internas ya figure como Alex.
- Se informe discretamente a su profesorado.
- En el aula, el tutor explique que Alex es un chico y se comiencen a utilizar su nuevo nombre y pronombres masculinos.
- En las actividades deportivas, se respete su derecho a participar como chico.
- Se ofrezca la posibilidad de usar un baño individual.
- Se fija una revisión a las tres semanas para valorar cómo se siente Alex.

El acompañamiento no fuerza nada, pero acompaña activamente su proceso.

EL AULA

Si la persona desea que se haga alguna comunicación, debe decidir cómo será (presente o no, con qué palabras, en qué momento). Puede hacerse mediante una breve explicación, utilizando materiales didácticos o aprovechando alguna actividad sobre diversidad.

Es importante que se aborde el tema no solo en el aula de la persona cuyo tránsito vamos a acompañar, sino en el resto del centro, porque a menudo los problemas no surgen en su entorno más cercano, en su aula, sino en el patio, en el comedor, etc. Si hubiera hermanos o hermanas en el mismo centro educativo, es importante que también se trabaje en su aula, porque en ocasiones tienen que hacer frente a situaciones incómodas.

En una situación ideal, la transexualidad ya se ha abordado en el aula y tan solo hay que explicar que a partir de ahora nos dirigiremos a esta persona con determinados pronombres, por ejemplo. No obstante, a menudo ocurre que cuando surge la situación de tener que acompañar un tránsito hay que explicar qué es la transexualidad o hacer frente a preguntas basadas en bulos.

La diversidad sexual no debe abordarse únicamente cuando hay una persona trans en el grupo. La diversidad es parte de la realidad social y el aula debe ser un reflejo respetuoso de la misma.

Además, cuando se trabaja de forma natural, se previenen situaciones de discriminación, se favorecen actitudes inclusivas y se facilita que quienes están explorando su identidad encuentren un entorno seguro.

Es importante no forzar salidas del armario: crear espacios inclusivos sin señalar a nadie ni presuponer identidades.

Como principio general debemos transmitir que todas las personas somos diversas y que esto es un valor, ya que nos hace ser las personas únicas e irrepetibles que somos y, además, nos enriquece.

Podemos utilizar materiales diversos: cuentos, vídeos, documentales, juegos, noticias... pero también fomentar la empatía y el respeto a través de dinámicas participativas y emocionales, no solo desde la teoría.

Por supuesto, los contenidos deben adaptarse a la edad y el enfoque y la profundidad adecuarse al nivel madurativo del alumnado.

En las primeras etapas educativas, el objetivo no es hablar de «personas trans», sino de la diversidad humana, transmitir que no hay una manera de ser niña o de ser niño, que cada cual es diferente y eso está bien. Esto se puede hacer a través de cuentos, de materiales didácticos específicos sobre diversidad, a través de conversaciones en el aula sobre roles... Pero también podemos incluir libros o materiales específicamente de niñas con pene y niños con vulva como ejemplo de esa diversidad.

En ciclos más avanzados es posible profundizar. Podemos hacerlo analizando noticias o visualizando un documental y realizando después debates en pequeños grupos guiados por preguntas. Se pueden crear campañas de sensibilización diseñando carteles o realizando vídeos breves. También podemos utilizar el role playing para simular situaciones donde se enfrenta discriminación y luego, analizar en grupo cómo se sintieron y qué estrategias de apoyo pueden ser útiles.

Naizen ha elaborado unas unidades didácticas en forma de cinco audiovisuales de cinco minutos cada uno para poder trabajarlo en Secundaria.

Una forma ideal de acercarse a esta realidad es escuchar el testimonio de una persona trans, sea de forma presencial o a través de algún vídeo.

Hay algunas cuestiones clave a cuidar cuando estos temas se trabajan en el aula. En primer lugar, no obligar a nadie a hablar de experiencias personales o a «exponerse» si no quiere. En segundo lugar, atender posibles resistencias, es decir, si surgen bromas o comentarios irrespetuosos, es importante intervenir inmediatamente, sin culpabilizar, pero sí dejando claro que no se permiten faltas de respeto.

EL PAPEL DE LA FAMILIA

La familia es un pilar fundamental en cualquier proceso vital, y también lo es en los tránsitos. Cuando la familia acompaña de manera respetuosa, el camino se allana enormemente. Sin embargo, no siempre es así.

Podemos encontrar familias que acompañan de forma activa y amorosa, apoyan, validan, se forman, defienden a su hijo o hija. También hay familias que dudan o tienen miedo, que pueden necesitar tiempo para entender, para ajustar sus expectativas o sus miedos sociales. Encontraremos asimismo familias que niegan o rechazan el proceso, ya sea de manera consciente o inconsciente, y que pueden obstaculizar el tránsito, invalidar la identidad, o negarse a colaborar. Cada uno de estos escenarios requerirá una intervención diferente por parte del centro educativo.

Cuando las familias acompañan, trabajaremos en coordinación planificando el acompañamiento y compartiendo decisiones importantes.

Si la familia duda, podemos ofrecer espacios de escucha, proporcionar recursos formativos, derivar a una asociación o servicio donde pueda informarse. En ocasiones se tratará simplemente de que necesitan más tiempo para asimilar la nueva situación. Es importante respetar sus ritmos, pero también recordarles que el bienestar inmediato del niño, niña o adolescente debe ser una prioridad.

Una situación frecuente es la que podríamos llamar «negación inconsciente», que se manifiesta en respuestas como: «Le dejamos que se vista como quiera», sin comprender que el problema no radica únicamente en la vestimenta, sino en la mirada con la que se le percibe a la persona. También es habitual escuchar expresiones de tipo: «Tú vas a hacer lo que quieras», que, lejos de representar un apoyo real, implican una falta de escucha y atención en el presente, relegando las necesidades de la persona a un momento indefinido en el futuro. En otras ocasiones, la respuesta se limita a un «todos somos personas», sin que ello se traduzca en un acompañamiento concreto, ajustado a sus necesidades reales, como el uso correcto del género gramatical, el respeto a su nombre elegido o el reconocimiento de su identidad. Ante estas situaciones, el profesorado desempeña un papel clave: puede explicar a las familias en qué consiste realmente el proceso y orientarlas para que realicen el necesario cambio de mirada y acompañen de manera activa y respetuosa.

Cuando la familia niega, las medidas que podemos tomar dependen de la legislación vigente en cada comunidad autónoma. En territorios como Euskadi, el centro educativo puede poner en marcha el protocolo incluso sin apoyo familiar, ya que se prioriza el interés superior del menor. En Navarra, sin embargo, solo se puede abrir el protocolo si la familia lo solicita, por lo que las opciones son más limitadas.

Incluso en estos casos, el profesorado puede buscar pequeñas concesiones que mejoren el bienestar de esa persona, como que la familia permita cambios en su vestimenta, en el ca-

bello, o tal vez que acepte que se le trate en clase según su identidad, aunque en casa no sea así. Si no podemos llamarle por el nombre elegido, tal vez al menos podamos evitar el nombre que le molesta y llamarle por un mote, por el apellido o usar una abreviatura de su nombre que no le resulte dañina.

El rechazo familiar puede ser una fuente enorme de sufrimiento. Es necesario estar alerta ante posibles señales de deterioro emocional (ansiedad, tristeza, retraimiento) y activar mecanismos de protección si fuera necesario. Los servicios sociales pueden intervenir para mediar en estos casos.

Para acompañar también a las familias el centro educativo puede ofrecer fuentes de información escrita y accesible, talleres de sensibilización para familias o derivar a asociaciones de familias de personas trans, que ofrecen apoyo entre iguales.

Un cambio de mirada en la familia puede tardar, pero cuando se produce, fortalece enormemente la autoestima y la seguridad de la persona trans.

DESPUÉS DEL TRÁNSITO

El tránsito social no es un punto final, sino un momento dentro de un proceso vital que sigue evolucionando. Tras el primer acompañamiento, es fundamental continuar ofreciendo apoyo, protección y escucha.

Aunque al principio todo parezca ir bien, pueden aparecer dificultades con el tiempo, por lo que es clave establecer una persona de referencia a quien se pueda acudir con confianza si surgiera alguna dificultad.

La situación puede evolucionar. Es importante ofrecer espacios de revisión, preguntando si todo sigue bien, si hay algo que cambiar o mejorar.

Por otra parte, debemos anticipar posibles situaciones sensibles como salidas escolares, actividades deportivas, cambios de etapa o de edificio, etc. son momentos que pueden generar ansiedad y deben ser previstos con antelación.

CONCLUSIONES

Acompañar a una persona en su tránsito, especialmente en la infancia o la adolescencia, es un acto de humanidad, respeto y justicia. No se trata de «permitir» que alguien sea quien es: se trata de reconocer, validar y proteger ese ser auténtico, garantizando sus derechos y su bienestar.

Para ello, tenemos que tener en cuenta ciertas claves. Algunas de ellas pueden ser las siguientes:

- Escuchar sin prejuicios: Cuando una persona confía en nosotros para expresar quién es, lo primero que necesita es ser escuchada, no cuestionada. Escuchar activa y empáticamente, sin presuponer, sin interrumpir, sin invalidar.
- Respetar el nombre y los pronombres elegidos: Usar el nombre y los pronombres correctos es un gesto simple que tiene un enorme impacto emocional. Corrige si alguien se equivoca, pero hazlo sin dramatizar, con naturalidad.

- Defender sus derechos, no negociar su dignidad: Si hay resistencias en el entorno (escuela, familia extensa, actividades), la prioridad es proteger a la persona trans, no ceder ante prejuicios sociales.
- Formación: La realidad de las personas trans es amplia y diversa. Formarse en acompañamiento, en derechos humanos, en enfoques educativos inclusivos, es una responsabilidad continua.
- Celebrar la diversidad: No se trata de tolerar. Se trata de valorar, de celebrar, de visibilizar positivamente. Las personas trans, igual que el resto, aportan riqueza, experiencias, saberes y formas de estar en el mundo que merecen ser reconocidas y valoradas.

El objetivo último no es solo que una persona trans pueda «sobrevivir» en un entorno hostil, sino que pueda vivir plenamente, ser feliz, desarrollarse, amar y ser amada.

Acompañar un tránsito social es parte de un compromiso más amplio: el de construir un mundo más habitable para todas las personas, un mundo donde nadie tenga que pedir permiso para ser quien es, donde la autenticidad sea celebrada, y donde los derechos humanos sean una realidad cotidiana, no un privilegio.

Qué puede aportar una mirada trans a la educación

Teo Pardo

Activista trans y feminista y profesor de biología de secundaria

teo.pardo.trans@gmail.com

En primer lugar, quiero empezar señalando cuál es el enfoque de esta ponencia, es decir, por qué, a pesar de que el hilo conductor de la misma tiene que ver con mi experiencia como docente trans en las aulas, el contenido va más allá de lo experiencial. A menudo a las personas trans se nos invita a los espacios de producción de conocimiento en calidad de objetos de investigación, para hablar de nuestra experiencia. Pero hay muchas personas trans que, más allá de nuestras experiencias, somos profesionales en diferentes ámbitos y es precisamente nuestra experiencia de vida la que nos permite mirar más allá, ver cosas que desde otras posiciones de sujeto no son tenidas en cuenta. En este sentido, no sólo somos capaces de producir conocimiento más allá de la experiencia personal, sino que este conocimiento situado que producimos nos puede contar verdades que pasan desapercibidas desde miradas más hegemónicas. Es por este motivo que esta ponencia se plantea: ¿Qué puede aportar una mirada trans y feminista a la educación?. Y lo plantea no solo pensando en la educación de las personas trans, sino en la educación de todo el mundo.

SOBRE LA REACCIÓN ANTIFEMINISTA Y LAS PEDAGOGÍAS DEL PLACER

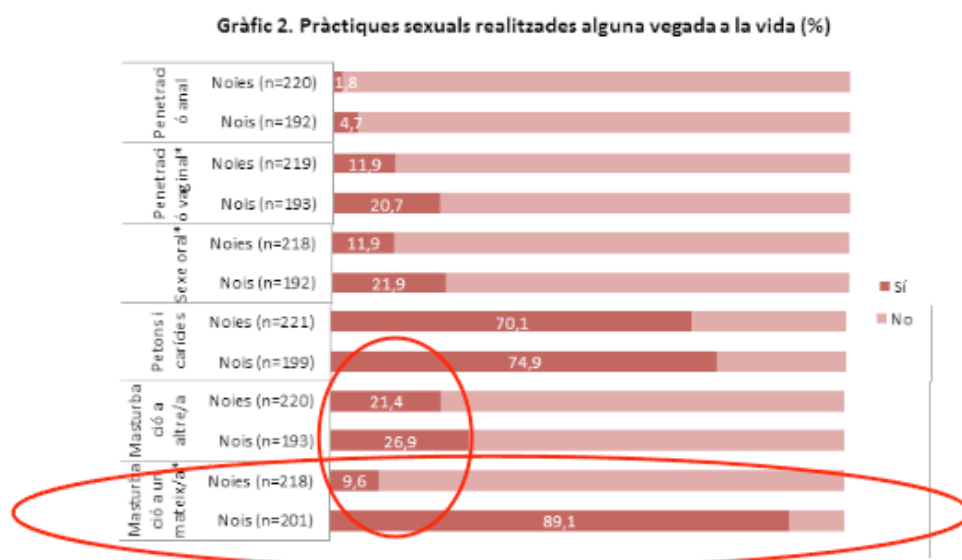
Yo empecé entrando en las aulas a hacer talleres de prevención de violencia, sobre el 2010, con una entidad especializada de la que aprendí muchísimo, Tamaia, y que por dinámicas de maltrato institucional ya no está operativa. En ese momento ya encontrábamos mucha resistencia en algunas aulas: «que si denuncias falsas», «que si me estás llamando violento...» Es cierto que quizás los discursos antifeministas no estaban tan extendidos, pero la resistencia a los avances de la igualdad no es nueva ni ha llegado con las redes sociales.

Unos años después, sobre el 2015, empecé a trabajar en el ámbito de la educación sexual para una entidad maravillosa, Sida Studi¹. Uno de los pilares de esta entidad es la evaluación de las intervenciones en las aulas, para poder tener evidencias de si son o no generadoras de cambios significativos. Cuando empecé, esta evaluación se hacía a través de un cuestionario pre-post, con el asesoramiento del CEEISCAT. Se aprovechaba el cuestionario

¹ <https://www.sidastudi.org/>

previo, además, para hacer preguntas de evaluación diagnóstica. Había mucha información que era oro en aquel pequeño estudio, pero quizás una de las más llamativas se puede resumir en este gráfico:

Cuestionario sobre sexualidad (2016)¹. 3º y 4º ESO



Fuente: SIDA STUDI, CEEISCAT (2016). Resultats de l'enquesta de l'acció educativa Prevenir per Gaudir. Disponible en: http://www.sidastudi.org/resources/doc/170621-pxg-resultats_2016_cat-5759337472478752929.pdf

El primer elemento que nos llamaba la atención, cuando mirábamos las respuestas a la pregunta de si habían realizado alguna vez besos y caricias, lo que en lenguaje adolescente se llama *liarse con alguien*, era que más de un 70% declararon haber tenido algún tipo de contacto sexual, de forma que en 3.º y 4.º de la ESO, la educación sexual llega tarde.

El segundo elemento significativo de estos datos, y en general el que más llama la atención, es el resultado tan diferenciado por sexos de la pregunta sobre masturbación a uno/a mismo/a. Aunque el cuestionario era anónimo e individual, sabemos que no se recogía información sobre lo que realmente sucede en la intimidad de las habitaciones, pero sí sobre lo que les parecía legítimo responder en un cuestionario que era anónimo e individual.

Pero a nivel de cómo planteamos las intervenciones en las aulas, sin duda el dato más relevante nos pareció el resultado comparativo de las chicas que declararon haber masturbado a otra persona y no haberse masturbado a sí mismas. En el gráfico se puede ver como el % de chicas que marcaron haberse masturbado a sí mismas en el cuestionario era menor que el % de chicas que marcaron haber masturbado a otra persona. Con los datos bien cruzados, las chicas que marcaron haber masturbado a otra persona y no haberlo hecho a sí mismas ascendía a un 15% aproximadamente.

Esta información, junto con lo que veíamos en las aulas, nos llenó de preguntas: ¿Cuántas chicas más, a parte de este 15%, consideran más legítimo dar placer a otra persona que dárselo a sí mismas? Si están poniendo por delante las necesidades del otro en términos de placer, ¿qué otras necesidades estarán poniendo por delante de las suyas en términos, por ejemplo, de autocuidado o de prácticas que se desea hacer? Y aquí lo vimos claro: la promoción del placer y el autoconocimiento entre las chicas y las personas LGTBI no es solo una cuestión de justicia erótica², que también, sino que es la herramienta más potente que tenemos de promoción de la salud sexual, porque personas conectadas con su propio placer son personas conectadas con su deseo, que saben qué quieren y qué no, y que son capaces de poner límites y negociar prácticas y relaciones más placenteras y más seguras para sí mismas.

El planteamiento de poner el placer en el centro de la educación sexual es extensible a otras dimensiones educativas, más allá de la sexualidad. Como no hay placer compartido sin justicia, lo que llamamos *pedagogías del placer* nos conectan con el juego y el disfrute, con el interés genuino por las cosas y las personas, y también con la ética del (auto)cuidado y el bienestar compartido. Es así que, más allá de la educación sexual, las pedagogías del placer nos pueden orientar en las aulas, a la hora de plantear el aprendizaje.

LA ESTRATEGIA DE LA NO-MIXTICIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA NO BINARIA

A partir de los resultados del estudio decidimos hacer algunas intervenciones segregadas por sexo/género, pero claro, desde una mirada transfeminista, esta metodología no estaba exenta de conflictos: ¿Cómo plantear una estrategia tan binaria desde una perspectiva no-binaria?

La solución perfecta no existe, pero encontramos algunas herramientas que nos ayudaron a mejorar la experiencia de las personas que no se sentían cómodas con esta división:

1. Explicitar la normatividad: «Ahora vamos a hacer algo muy binario que es separar a chicos y chicas.»
2. Legitimar los malestares: «Sabemos que esta estrategia puede generar incomodidades»
3. Flexibilidad con la propuesta: «Si hay alguien que no se siente cómodo/a/e con esta separación, que se quede, que encontraremos una solución.»

El resultado era que separábamos a chicos y chicas en la primera sesión y que, a menudo, personas no binarias, chicos trans, chicos gays o chicos con masculinidades no hegemónicas preferían quedarse con las chicas y así lo hacían, de forma que podíamos traba-

² Siguiendo a Val Flores en el texto «Esporas de indisciplina. Pedagogías trastornadas y metodologías queer» (p. 195), la justicia erótica es un horizonte político y social regido por los principios del placer, la satisfacción y el deleite sexuales; el consentimiento entre quienes realizan las prácticas sexuales, y la creación de un clima público que impida la violencia, el estigma y la discriminación. El texto completo se puede encontrar en: <https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2019/12/Esporas-de-indisciplina-completo-val-flores1.pdf>

jar con estrategias diferenciadas³ para lograr el mismo objetivo: la vivencia de una sexualidad justa, placentera y segura para todo el mundo.

LA RELACIÓN PEDAGÓGICA (¿Y TERAPÉUTICA?) ENTRE HOMBRES Y LAS COMPLICIDADES MACHISTAS

A mí, que era el hombre (trans) de mi equipo de trabajo, me tocaba intervenir con los grupos de chicos. En esa época decía, medio en broma, medio no, que era mi penitencia por haber transitado al lado del privilegio. Y lo decía porque, como bien sabemos, la sexualidad es una de las esferas en las que se dirime la masculinidad, es decir, que en un contexto adolescente, en el que todo el mundo está intentando encajar y encontrar su lugar dentro del grupo, a los chicos les da puntos de masculinidad hablar de sexualidad, demostrar que son muy sexuales... Así que, cuando yo entraba en el aula, me encontraba con una energía muy subida, con muchos chicos intentando demostrar cuánto de chicos eran y cuánto sabían de sexo. Era una energía con la que era muy difícil trabajar y, por supuesto, yo no me planteaba en ningún caso contarles que era un hombre trans. En primer lugar, por supervivencia: no quería ser humillado o maltratado. En segundo lugar, porque quería que les llegara el mensaje, y pensaba: qué legitimidad tendrá un tío sin polla para hablarles a un grupo de chicos adolescentes de follar.

De hecho, cómo los adolescentes acostumbran a escrutar tu cuerpo minuciosamente, especialmente si vas a hacer un taller de sexualidad, para sentirme mínimamente seguro, me ponía unos calcetines dentro de los calzoncillos (de verano, porque valoraba que tampoco hacía falta exagerar).

Prácticamente en todos los talleres, había algún momento en el que algunos chicos, para intentar generar vínculo conmigo, buscaban la complicidad a través de hablar de las mujeres cómo si fueran trofeos, es decir, a través de la complicidad machista. «Teo, tío, tú eres un fucker, ¿no?». O cuando hablábamos de la fisiología del placer, de cómo funcionaban las vulvas, los clítoris: «Teo, tío, tú has visto muchas, ¿no?». Tengo muy claro que su objetivo en ese momento era el de vincular conmigo, y que las estrategias de complicidad machista no se las habían inventado ellos. De hecho, la complicidad machista es casi la única forma que les enseñamos desde el mundo adulto para relacionarse entre chicos: «Y tú qué, ¿cuántas novias tienes?» «Venga, tío, ¡demuestra lo que vales!» «¿Tú ya te has hecho a todas las de tu clase?»

En ese momento, yo no me atrevía a parar estas situaciones, porque pensaba que hacerlo podría levantar sospechas sobre mi masculinidad, así que allí nos teníais, ellos haciendo un teatro para intentar gustarme, y yo haciendo un teatro para intentar gustarles a ellos. Pero esa ficción no era neutra: nuestro teatro de masculinidad (como casi todos) tenía la característica de que se cimentaba sobre la violencia hacia las mujeres, es decir, sobre hablar de ellas como si fueran trofeos u objetos que estuvieran a nuestra disposición. Era una ficción con un efecto de daño sobre otras. Bastante pronto vi claro que tenía que parar estas situaciones. Especialmente porque sabía que uno de los objetivos con los que yo entraba en las aulas a ha-

³ Podéis encontrar un desarrollo más específico en: Martínez, C. (2020). Sabotear el Patriarcado, construir justicia erótica. Claves reflexivas para la educación sexual (V). Pp. 12-14. Disponible en: <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD69757.pdf>

cer educación sexual era hacer prevención de violencias, y cuando se daban este tipo de dinámicas de complicidad machista, allí se escenificaba justo lo contrario de lo que queríamos promover.

Como estos son los códigos que les enseñamos socialmente a los chicos para relacionarse entre ellos, estoy convencidísimo de que situaciones parecidas a estas se dan muy a menudo en contextos de relación pedagógica entre hombres. Y sospecho que en situaciones de relación terapéutica también. Sabemos que sin vínculo no hay transformación posible, pero es responsabilidad de los hombres adultos que lideramos estos contextos (profesores, educadores, terapeutas, etc.) encontrar otras formas de vincular que no pasen por ejercer violencia (aunque sea simbólica) sobre otras personas.

LO PERSONAL ES POLÍTICO... Y PEDAGÓGICO

La forma que encontré para cortar estas situaciones de complicidad machista fue contar mi historia, contar que yo era un hombre trans. Lo hacía de forma estratégica, no al principio de la sesión, sino cuando ya había generado interés y algo de conexión entre nosotros. Cuando, por ejemplo, alguien me preguntaba si había visto muchas vulvas... Entonces yo decía: «No es que haya visto muchas, no. Lo que pasa es que soy un hombre trans y tengo una, así que sé perfectamente cómo funcionan».

Entonces se hacía el silencio: sorpresa, mucha atención, bocas abiertas, codazos... Pero, pasado el estupor inicial, sucedía algo que hasta el momento no había sucedido: se empezaban a levantar manos que no habían hablado hasta ese momento. «¿Puedes repetir eso de que el tamaño no importa?». «Yo no consigo correrme, creo que es la medicación...». «A mí se me tuerce para un lado, ¿puede ser de llevar los calzoncillos muy apretados?». Yo les contaba que soy un hombre trans, que no tengo ningún problema con mi cuerpo, que me gusta como es, pero que a veces algunos entornos y algunas miradas, como en la playa o en los vestuarios, me hacen sentir inseguro... A partir del momento en que yo les contaba mi historia, en que ponía en juego mi vulnerabilidad, ellos se atrevían a poner sobre la mesa la suya, y allí se generaba algo casi mágico. Un vínculo mucho más honesto y profundo, mucho más útil y mucho menos violento hacia las demás.

De ahí aprendí que hay otras formas de generar vínculo educativo con los chicos, que no pasan por alimentar las complicidades machistas, sino por la escucha, la honestidad y por poner en juego nuestra vulnerabilidad desde el respeto y el no juicio. Y que ese vínculo es más justo y más bonito. También que mi posición de hombre trans no me daba menos legitimidad para hablar con ellos de sexualidad, de hecho, al contrario. Ellos, aunque en su mayoría fueran chicos cis que se identificaban como heterosexuales, podían conectar con muchas de mis experiencias con el cuerpo, con los cambios, con las inseguridades, con el desconocimiento o con la comunicación.

Las historias de vida, además, nos permiten generar referentes cercanos que les permiten pensarse a sí mismos desde otros lugares, ampliar sus horizontes de posibilidad. Lo confirman estudios como el de Cundines (2020), en el que se explica cómo la incorporación de los mandatos de género tiene mucho que ver también con los referentes que nos son próximos. En el estudio, algunas niñas se imaginaban haciendo deportes como el surf o viajando con sus amigas, mientras otras se dibujaban mayoritariamente yendo al supermercado, de-

dicándose al cuidado de criaturas pequeñas o acompañadas de sus familiares. Las niñas que se imaginaban haciendo surf conocían de primera mano experiencias parecidas en mujeres adultas.

También apunta en la misma línea el trabajo de Boneta-Sádaba, N *et al.* (2023) relacionado con la masculinidad y la prevención de violencias: se ha comprobado que los adolescentes responden mejor ante relatos de experiencias reales, que ante datos o cifras numéricas sobre violencia de género. Trabajar con técnicas narrativas o biográficas puede ayudar a conectar con el problema y despertar su empatía.

Yo soy padre gestante de mellizas, y viví mi embarazo siendo docente de secundaria en un centro público. Mis alumnos y alumnas vivieron este hecho con mucha alegría, algunas preguntas y muchísimo respeto. Recuerdo un grupo de 2º de ESO al que se lo conté, en el que había un alumno al que se le iluminaron los ojos y, lleno de esperanza dijo: «Ah! Entonces yo también...». Y yo le dije: «No, cariño, tú no... Tú no podrás gestar, pero lo que sí podrás es ser un padre cercano, cuidador, responsable, presente, amoroso...». Es en este sentido, también, que decimos que las vidas y los referentes trans pueden hacer mejores las vidas no sólo de otras personas trans, sino de todo el mundo. En un contexto como el escolar, donde tradicionalmente se ha considerado poco profesional hablar de cuestiones personales, especialmente si tenían que ver con cierta ruptura de la norma heterosexual (Biosca, 2016), vemos como hacerlo no sólo es político, sino que también es pedagógico en el sentido de permitir a los niños, niñas y niñes ampliar sus horizontes de posibilidad.

REFERENCIAS

- Biosca, Eloi (2016) *Per la corda fluixa. Respostes davant el repte i el risc de ser docent i LGBT*, Barcelona: Bellaterra.
- Boneta-Sádaba, N.; Tomás-Forte, S.; García-Mingo, E. (2023) *Culpables hasta que se demuestre lo contrario. Percepciones y discursos de adolescentes españoles sobre masculinidades y violencia de género*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación Fad Juventud.
- Cundines, S. (2020). Incorporación de los mandatos de género en la infancia: evaluación de una prueba piloto de educación sexual en educación primaria. *SIDA STUDI*. P. 21.
- Flores, V. (2019). *Esporas de indisciplina. Pedagogías trastornadas y metodologías queer*. Ediciones bocavulvaria. P. 195.
- Martínez, C. (2020). Sabotear el Patriarcado, construir justicia erótica. Claves reflexivas para la educación sexual (V). *Sida Studi*. Pp. 12-14.

Infancias y adolescencias
no binarias

Haurtzaro eta nerabezaro
ez-bitarrak

Non binary identities

Dr. Nat Thorne

nat.thorne@nottshc.nhs.uk

In this presentation, we will cover:

- Who non-binary people are
- Sex and gender
- Identity discovery
- Mental health
- How you can better support non-binary youth

To many, the idea of non-binary identities may seem new. However, depictions of individuals who embody both male and female characteristics date back several thousand years BC. For example, the Gala priests of ancient Mesopotamia were often portrayed as having both male and female traits. In ancient Egypt, three gender identities were considered the norm. Indigenous American cultures also recognized a concept similar to what we might now call non-binary identity, in the form of Two-Spirit people. Throughout history, many individuals have been noted for gender variance or for dressing and behaving in ways that defied the expectations of their assigned gender.

In many societies, individuals are historically labelled as either male or female at birth—now often even before birth via scans. This labelling is based solely on a visual inspection of the genital area. From that moment on, parents and adults begin to treat assigned male and female infants differently. A common example in Western societies is the association of pink with girls and blue with boys. Male infants are often dressed in clothing that represents masculinity, while young girls are dressed in clothing that represents femininity. Moreover, adults tend to treat male and female infants differently in terms of behaviour and expectations.

Being assigned male or female comes with a set of societal roles and rules. These include clothing styles, hairstyles, and behavioural expectations. Society also tends to associate certain activities, interests, and even careers with one sex over the other.

Sex can be described as the starting point for many of these expectations. It relates to the physical body and is used to categorize an infant at birth, before the child has devel-

oped a personality or the ability to express preferences. Gender, however, develops separately from sex. While many individuals are comfortable following societal roles associated with their assigned sex, others are not. For example, someone assigned female at birth may feel comfortable wearing dresses and other traditionally feminine clothing. But for some, their internal sense of self does not align with the expectations of their assigned sex.

Some individuals assigned male at birth may prefer to wear traditionally feminine clothing and feel an inner sense of being female. Their gender identity, therefore, differs from their assigned sex. These individuals are often described as transgender.

Humans often find comfort in classification. It helps us navigate a complex world by grouping things into clear categories—like distinguishing between safe and harmful foods. However, classifying humans into just two categories—male and female—has proven too simplistic for many. Very few human traits are strictly binary. Height, eye colour, weight, foot size, and many other physical characteristics vary widely. Gender identity is no different. Every individual experiences gender uniquely. While some are comfortable with binary classifications, others find that their identity doesn't fit neatly into «male» or «female.»

Non-binary individuals often struggle in their early years to conform to the expectations of their assigned sex, much like binary transgender individuals. However, unlike binary transgender people, they also don't feel comfortable adopting the expectations of the opposite sex. Most non-binary individuals feel their gender identity lies somewhere between—or entirely outside of—society's binary gender norms (Matsuno et al, 2017)

There are many terms used to describe non-binary identities, and there's no need to learn them all. These identities vary greatly, and people tend to choose the words that best reflect their experience. The same goes for pronouns. In the UK and other English-speaking countries, many non-binary people prefer they/them pronouns (Levitt et al, 2024)

Research has shown that non-binary individuals experience worse mental health outcomes than those who identify within the binary, particularly in terms of anxiety and depression. One major contributing factor may be language.

The absence of non-binary representation in language can create significant challenges, contributing to identity development difficulties and increased psychological distress. Discovering your identity without the words to express it can be deeply isolating. While some may find temporary comfort in terms like «*tomboy*,» these are often limited to childhood and don't reflect the full spectrum of gender variance. Many older non-binary individuals may have only encountered the concept of «*changing sex*» and may not have understood the distinction between sex and gender.

Many non-binary people first encounter the terminology and then gradually come to understand that their identity aligns with it, often through community exposure and personal reflection (Thorne et al, 2023).

For example, in my thesis, several individuals mentioned that they initially heard the term *non-binary* from friends. However, it was only after learning more about what the term meant that they realized their own struggles to conform to the expectations of their assigned sex indicated that they, too, were non-binary.

For some of these individuals, the terms *trans* or *transgender* also felt appropriate. For others, it took time to reach that conclusion. Some never felt that their identity could be described as transgender at all.

The invisibility of non-binary identities in language goes beyond the lack of commonly used pronouns. In everyday life, many aspects are divided strictly into male and female categories—clothing, toilets, changing rooms. In each of these spaces, non-binary individuals are forced to choose between two options that do not reflect their gender identity. Additionally, people are more likely to encounter language that aligns with their sex assigned at birth, as alternatives to binary terms are not yet widely embedded in the language of many European countries. This absence in language also creates a feeling of being ‘other’, of not being part of society as a whole. This can also contribute to mental health symptomatology seen in non-binary individuals (Thorne, 2022).

An important question, then, is what can you do to help non-binary individuals? Firstly, time is never wasted by reading about non-binary issues, watching some YouTube videos on the subject and maybe following some non-binary people on social media. You can also start to offer your own pronouns when you meet a new person. This shows that you understand you can’t know somebody’s gender identity just by an assessment of the sex they were assigned at birth. If you are ever in charge of making forms or collecting data, make sure there is the option for somebody to declare their identity as non-binary. Lastly, don’t worry if you get it wrong. Just say sorry, say the right thing, and move on with the conversation.

REFERENCES

- Levitt, H.M., Kehoe, K.A., Day, L.C. *et al.* Being Not Binary: Experiences and Functions of Gender and Gender Communities. *Sex Roles* **90**, 1766–1786 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01543-5>
- Matsuno, E., Budge, S.L. Non-binary/Genderqueer Identities: a Critical Review of the Literature. *Curr Sex Health Rep* **9**, 116–120 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0111-8>
- Thorne, N., Aldridge, Z., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2023). ‘I Didn’t Have the Language Then’—A Qualitative Examination of Terminology in the Development of Non-Binary Identities. *Healthcare*, *11*(7), 960. <https://doi.org/10.3390/healthcare11070960>
- Thorne, N. (2022) *An exploration of gender diverse identities and associated mental health symptomatology*. PhD thesis, University of Nottingham.

Crecer siendo no binarie

Darko Decimavilla

No binaries España

hola@darkodecimavilla.es

¿QUÉ ES SER NO BINARIE?

Me gustaría empezar con esta definición: «Persona que no se identifica ni como hombre ni como mujer, al menos no totalmente ni todo el tiempo.»

Esta definición es fruto del trabajo de casi una década con el activismo no binario de España, tanto de personas individuales como de colectivos y entidades. Ha sido la más aceptada ya que en su definición pueden entrar todas las identidades de este término paraguas incluyendo, según el estudio de No Binaries España (2024), las etiquetas más usadas como género fluido, ágenero, demigénero, etc.

ANTES DE NACER

Hay que tener en cuenta a la hora de explicar cómo es crecer siendo no binarie que toda la imposición de género es previa al nacimiento. Creo que es de sobra conocido que los roles, estereotipos y expectativas en base al género siguen siendo hoy en día una imposición muy marcada además de binaria, por supuesto.

Ya el mero hecho de que esté la madre o persona gestante en el proceso de embarazo conlleva situaciones de «será niña o niño», de la prioridad de progenitores, familias y amistades y todo ello afecta obviamente a este proceso de socialización, como decía, previo al nacimiento.

No voy a ahondar en estas cuestiones de colores, princesas o coches, cocinitas o dinosaurios ya que pienso que aunque muchas veces caigamos en estas cuestiones o veamos como se cae en ellas a nuestro alrededor, es algo conocido y se ha hablado mucho sobre ello.

CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y DEMOGRÁFICO

Otro punto importante a tener en cuenta es como la sociedad va cambiando y con el paso de las generaciones la diversidad se hace más patente. Por ejemplo, según la encuesta de

Ipsos Global Advisor (2023), se calcula que ahora en España hay un 4% de personas que se identifican como no binarias, algo superior a las encuestas realizadas previamente.

También la existencia de colectivos y asociaciones específicamente de personas no binarias han ayudado a una mayor visibilidad y lucha por nuestros derechos, así como conocimiento de nuestras realidades y violencias que sufrimos.

Y por supuesto no podemos olvidar a personas no binarias que han podido visibilizarse en medios de comunicación, series, películas, etc. Como podría ser el caso de Samantha Hudson, que creo que ahora mismo quizás es de las personas con mayor exposición.

Todo esto hace que se genere un cambio sociocultural, sumado al acceso a la información gracias a las nuevas tecnologías y herramientas de comunicación, que en las décadas anteriores era bastante más difícil.

CRIANZAS E IMPOSICIONES

Entrando ya en la cuestión, la crianza es uno de los mayores ejes de socialización en la imposición del género. Es evidente que todas las personas, incluyendo a les adre¹, nos hemos criado en una sociedad marcada por roles y estereotipos y es prácticamente inevitable caer en ciertos sesgos o actitudes.

Entendiendo esto creo que la familia juega uno de los papeles más fundamentales en la etapa de la infancia y muchas veces hacer pedagogía dentro del círculo familiar, amistades, profesionales de la salud o la educación, etc. es algo necesario, pero que no creo que deba tomarse como una lucha 24/7² ya que puede afectar tanto a la salud mental como a los cuidados y autocuidados.

Hay que saber qué batallas luchar y entender que lograr un cambio es un trabajo de hormiguita, poco a poco, y que en muchas ocasiones hay personas y/o espacios que no están listas para estos cambios. Y también que dentro de este proceso de crianza, por muy «sin carga de género» o perspectiva transfeminista que lo hagamos, las criaturas en algún momento se van a encontrar con una sociedad que va a ejercer violencias e intentar reubicarlas en las cajas predeterminadas que existen.

CAJAS Y MÁS CAJAS

Y aquí ya entro a hablar un poco de esta experiencia de ser no binarie y de cómo es serlo en la infancia y adolescencia. Resumiendo mucho, es una pelea constante contra la imposición en meterte en cajas, que quizás ni conoces, que además son las que eligen que existan, no dando la posibilidad a que existan otras cajas o a que pueda existir vida fuera de ellas.

He trabajado muchos años con peques desde infancias hasta adolescencias y, desgraciadamente, veo los mismos patrones que viví yo cuando tenía esa edad. Además, patrones re-

¹ Neutro de madres/padres

² 24 horas al día, 7 días a la semana (expresión coloquial para decir «todo el tiempo»)

plicados por sistemas educativos binarios, eurocentristas, blancos que nos hablan desde perspectivas de vidas y cuerpos que prácticamente no existen.

Y claro, habiendo los mismos patrones, es lógico pensar que existen las mismas violencias, quizás adaptadas a todo este nuevo mundo de pantallas. Quiero hablar de estas violencias pero lo hago desde una perspectiva personal ya que al final, cada persona tenemos vivencias muy distintas, aunque por mi experiencia y tras conversaciones con muchas otras personas no binarias hay algunos puntos en común.

La primera cuestión y una de las que siento más importante es, no sé si llamarlo negación de nuestras identidades, quizás desconocimiento o incredulidad. Intentando explicarme mejor y cogiendo el clásico evento que quizás no está tan normalizado en España pero sí se ve en redes y otras culturas: el *gender reveal*³. En esta fiesta ni siquiera se contempla que pueda existir otra opción y es algo que aplica a todos los espacios de nuestras vidas.

Yo no pude criarme en lugares donde poder descubrirme como persona no binaria y creo que muchas criaturas no tienen tampoco esa suerte de pertenecer a familias que establecen una crianza transfeminista. Y esto al final es algo que, queramos o no, genera un impacto en la salud mental y también en cómo nos construimos como personas.

Noto como adolescentes que han podido conocerse como no binaries, incluso sin el apoyo familiar o de amistades (que con esto no quiero quitarle importancia a que exista) han podido socializar de otras formas que a generaciones anteriores no se nos permitió. Es por eso que considero vital que trabajemos todo lo que podamos para que la diversidad sea visible desde antes de nacer para que comprendamos que cualquier camino es posible en esto de la identidad de género.

No puedo negar que cuando afirmo estas cuestiones me vienen a la mente posturas como puede ser el feminismo radical o la abolición del género, pero sinceramente no creo que como sociedad estemos en ese punto y me niego a que por intentar reconocermelo como persona no binaria, la respuesta sea abolir el género. Puedo estar más o menos de acuerdo en esto de abolir el género aunque lo veo más como una consecuencia que como un objetivo, pero creo firmemente en que mientras esto del género siga existiendo todas las identidades tienen que ser reconocidas.

Lo que no puede ser es que ahora que luchamos por nuestro reconocimiento se ponga encima de la mesa que hay que acabar con el género. Entiendo que esta postura no es nueva, nuestras identidades tampoco, pero es un argumento que se usa como argumento cuando pedimos que se nos reconozca y me parece preocupante. También me lo parece que se hable tan abiertamente de esta postura sin tener en cuenta leyes y políticas que considero fundamentales en la defensa y apoyo a las mujeres, pero es otra discusión.

Volviendo un poco a cómo es crecer y vivir siendo una persona no binaria, lo considero una experiencia de constante negociación con el entorno, ya que este tiene una visión que limita y condiciona nuestra existencia, como podemos expresarnos y sentirnos aceptados.

³ Fiestas en las que se revela el género de la criatura antes de que nazca en el que se usan el rosa y azul como colores asociados a niña y niño respectivamente y en las que se descubre el color cortando una tarta, explotando un globo, etc.

Es una sensación continua de no encajar, de tener que mentir o de sentirme engañado, de tener que protegerme y ser capaz de analizar los espacios para ver si puedo ser yo o mejor me enmascaro y luzco o socializo de una forma más normativa o binaria. Creo que vivir de esta forma acaba generando una disonancia brutal, ansiedad, miedo al rechazo y en general una carga emocional que no merecemos.

Y por otro lado creo que existe también una percepción de aislamiento de vivir de forma ajena o en los márgenes, de ser las personas raras... Y sí, muchas veces usamos estas cuestiones como reivindicación, quizás algunas por no caer en el asimilacionismo. Pero claro, nos acabamos encontrando con violencias (bien detalladas en el estudio que hicimos de No Binaries citado anteriormente) en todos los espacios de nuestra vida. Y quizás algunas personas solo quieren ser, poder tomar algo en una cafetería, empezar a estudiar un curso, jugar a algún deporte sin que continuamente nos estén metiendo en cajas y tengamos que estar recorriendo un camino de resistencia, aceptación y lucha continua.

En resumen, es eso, tener que estar peleando todo el rato o renegarnos y aceptar violencias porque no podemos afrontar la situación, no queremos o no nos merece la pena. Un desasosiego permanente en el que se nos mira con lupa para ver si caemos en algún estereotipo para rápidamente meternos en una caja sin entender que, aunque las cajas entendidas como etiquetas pueden ser necesarias individual y colectivamente, pero que no deben ser algo que nos impidan realizarnos y que deberíamos de ser libres para entrar en ellas o no pero también para salir de ellas y cambiarlas por otras en las que encajemos mejor.

Hay cajas de todas las formas, colores y tamaños, con distintas texturas, estructuras y aristas. Entendamos que las cajas son diversas y debemos encontrar aquella en la que queramos y podamos vivir mejor. Y si no existe esa caja, podemos trabajar en crearla. Y si no quieres cajas que nadie te obligue a entrar en una, es igual de válido.

REFERENCIAS

- No Binaries, Asociación de personas no binarias de España. Estudio sobre las violencias que sufren las personas no binarias en España (2024). https://drive.google.com/file/d/1fhcdjtUqfkGOKrlynAdxBJ_cH3gqx1w7/view
- Ipsos Global Advisor. Orgullo LGBT+. Una encuesta de Ipsos Global Advisor en 30 países 6 países en LATAM. (2023). https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-06/Ipsos%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Global%20Survey%20Report_ESP_LATAM%5B70%5D%20-%20Solo%20lectura.pdf

Comunicaciones Sesión 1

Komunikazioen 1. saioa

Infancia trans* y la construcción de un peligro: análisis discursivo y visual de movimientos neocatólicos y asociaciones de familias anti-trans en Italia

Michela Mariotto¹, Ale Santambrogio², Isa Borrelli³

¹ Università Roma Tre / Universitat Autònoma de Barcelona

² GenderLens

³ Centro Studi Politesse - Università di Verona

michela.mariotto@uab.cat

FUNDAMENTACIÓN

En los últimos años, en Italia el discurso público y político contra la ideología de género ha sufrido una reorganización, concentrando parte de su invectiva contra las personas trans*. Se asiste así a la formación de una inédita coalición anti-trans, formada por movimientos neocatólicos, grupos de feministas radicales trans-excluyentes y *gender-critical*; y asociaciones de padres de niñas y adolescentes que cuestionan su propia identidad de género, que hacen advocacy «anti-trans» (Prearo, 2020, 2023). Las estrategias de acción adoptadas por estas diversas realidades se acompañan de una precisa estrategia comunicativa que promueve —a través de sitios web, *newsletters* y perfiles sociales— un discurso transfóbico violento e irresponsable.

OBJETIVO

Centrándonos específicamente en la comunicación discursiva producida por el principal movimiento neocatólico del País (Associazione ProVita & Famiglia), y la asociación de padres anti-trans (Generazione D), queremos analizar qué tipo de imágenes y discursos construyen sus retóricas sobre la infancia y la adolescencia trans*, y sobre qué elementos connotativos de la infancia ambas asociaciones convergen o, por el contrario, divergen.

METODOLOGÍA

Para este estudio piloto se analizarán una serie de artículos con contenido relacionado con la infancia trans*, publicados en los perfiles de los sitios web de Generazione D y ProVita & Famiglia en el último año. En enero de 2024, el Hospital Universitario Careggi (Florencia), el único en Italia que adoptó un enfoque afirmativo hacia la infancia trans* al ofrecer también la posibilidad de acceso a suspensores de pubertad a adolescentes trans*, fue some-

tido a una inspección ministerial seguida de la creación de una mesa técnica encargada de reescribir las directrices de las vías de afirmación de género (Borrelli, 2024a, 2024b). Identificamos en este caso mediático y político un catalizador, tanto simbólico como material, a partir del cual el discurso negativo sobre la infancia trans* se ha intensificado.

Los artículos seleccionados han sido seleccionados porque Generazione D y ProVita & Famiglia comparten una serie de elementos distintivos: son las únicas organizaciones en Italia que, siendo dirigidas por padres y madres (*parents-led*), sitúan de manera explícita y estatutaria a la infancia en el centro de su acción política y discursiva. Esta dimensión fundacional las distingue dentro del panorama nacional y justifica su elección como objeto de análisis, a pesar de que el discurso sobre la infancia también ocupa un lugar estratégico en la agenda comunicativa y política de otros actores, como los colectivos RadFem. Las imágenes y el texto de los artículos se analizarán mediante el Análisis Temático Reflexivo (Braun & Clarke, 2006, 2019) y el Análisis Visual Reflexivo (Harper, 1988), con el fin de identificar las unidades textuales y los elementos visuales que caracterizan la construcción figurativa de la infancia y la infancia trans*. Dada la naturaleza exploratoria del estudio, se adoptará un enfoque inductivo.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Aunque los resultados aún no están finalizados, en este resumen presentamos nuestras hipótesis de investigación, con la certeza de que el estudio en curso nos permitirá obtener hallazgos sólidos y fundamentados.

En el discurso político, el elemento semántico del niño se configura ante todo como la sutileza de la idea de futuro que tienen los exponentes políticos. No como algo real y existente en el momento de la presentación, sino como futuridad (Edelman, 2004). La primera hipótesis es que la retórica utilizada por ambos grupos se sustenta principalmente de textos e imágenes que promueven la idea de un peligro para la infancia (de perder la salud, la inocencia, el vínculo con la naturaleza ...) que hay que prevenir o cancelar. Se hipotetiza que les niñas trans* son representadas, al mismo tiempo, como un peligro para el sistema binario cisnormativo y como en peligro, víctimas ante todo de padres que no cumplen con su tarea educativa (como en el caso de menores que acceden a los bloqueadores de la pubertad). Más específicamente, hipotetizamos que el recurso a la defensa de la inocencia de les niñas a través de un código comunicativo adultista es un artificio retórico para invalidar su autodeterminación y posibilidad de romper con la norma de género. Además, la infancia trans* y la estrategia del contagio social operan como instrumentos retóricos para generar un consenso amplio, atacar de manera más amplia la comunidad LGBTQI+, defender los valores de la familia heteronormativa y el orden binario de género.

La segunda hipótesis es que, de la diferente composición y genealogía de las dos asociaciones examinadas, derivan diferentes estilos y tropos narrativos. Generazione D, al estar vinculada con un activismo internacional de matriz TERF, adoptará un código narrativo pseudo-científico basado en: psicología evolutiva, inmadurez como elemento connotativo de la infancia, existencia de un correcto desarrollo de la infancia hasta la edad adulta, peligro derivante de las intervenciones de afirmación de género (como los bloqueadores de la pubertad), idea del contagio promovida por la RODG (*Rapid Onset Gender Dysphoria*). En resu-

men, planteamos que Generazione D admite la existencia de las infancias trans* pero a la vez niega su autodeterminación.

Por el contrario, ProVita & Famiglia, organización neocatólica, que se inspira y promueve valores vinculados a la doctrina y visión del mundo del catolicismo tradicional, adoptará un código narrativo valorativo de la pureza centrado en defensa del Niño (Edelman, 2004) y sostenido por ideas de inocencia, desconocimiento y pasividad de la infancia. Esa asociación niega la existencia de las infancias trans* a través de la naturalización del binarismo de género.

CONCLUSIONES

Este estudio nos permitirá comprender cómo las asociaciones anti-trans en Italia construyen discursivamente la infancia trans* y qué estrategias retóricas emplean para deslegitimarla. El objetivo del proyecto de investigación es evidenciar si (y cómo) los ataques a la infancia trans* no se realizan de manera aleatoria, sino de forma altamente sistematizada, siguiendo modelos comunicativos precisos y patrones recurrentes en los distintos espacios mediáticos analizados. A partir de los hallazgos, será fundamental desarrollar una serie de recursos —en el ámbito de la comunicación y las políticas públicas— que garanticen un espacio de representación justo y transpositivo para las personas trans* más jóvenes y sus familias.

REFERENCIAS

- Borrelli, I. (2024a, 29 gennaio). *I bloccanti della pubertà salvano vite, ma la destra attacca il Careggi*. Domani. <https://www.editorialedomani.it/idee/commenti/i-bloccanti-della-puberta-salvano-vite-ma-la-destra-attacca-il-careggi-sacaz721>
- Borrelli, I. (2024b, 15 maggio). *Il governo riscriverà le linee guida sui percorsi di affermazione di genere, ma senza associazioni trans*. Domani. <https://www.editorialedomani.it/politica/italia/commissione-affermazione-genere-senza-associazioni-trans-ozbgvop3>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Edelman, L. (2004). *No future: Queer theory and the death drive*. Duke University Press.
- Harper, D. (1988). Visual sociology: Expanding sociological vision. *American Sociologist*, 19, 54–70. <https://doi.org/10.1007/BF02692374>
- Prearo, M. (2020). *L'ipotesi neocattolica: Politologia dei movimenti anti-gender*. Mimesis.
- Prearo, M. (2023). The anti-gender and gender-critical roots of the Italian anti-trans parent activism. *DiGeSt: Journal of Diversity and Gender Studies*, 10(2), 115–117. <https://doi.org/10.21825/digest.89996>

La cobertura mediática de la transexualidad infantil y su impacto en las transiciones sociales

Rubén Olveira-Araujo

Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad (UPV/EHU)

ruben.olveira@ehu.eus

FUNDAMENTACIÓN

La cobertura mediática de la transexualidad ha cambiado significativamente en las últimas dos décadas (Oliveira-Araujo, 2022, 2023). Una cobertura mediática adecuada de la transexualidad es crucial, ya que el modo en que los medios informan sobre este tema puede impactar directamente en la población trans. Según la teoría de la Agenda Setting (McCombs and Valenzuela, 2020), los medios pueden influir en la opinión pública a largo plazo. Por ejemplo, una cobertura negativa de la transexualidad puede reforzar prejuicios y fomentar la transfobia (Shelley, 2008). Además, una cobertura negativa puede afectar la salud mental de las personas trans (Dhanani and Totton, 2023; Hughto *et al.*, 2021; Humphrey, 2016; Pham *et al.*, 2020). Por último, los medios de comunicación pueden jugar un papel clave en los procesos de identificación y transición social de las personas trans (Ghazali & Nor, 2012; Humphrey, 2016; Indremo *et al.*, 2022; Kosenko *et al.*, 2018; Mocarski *et al.*, 2019; Pang *et al.*, 2020; Pham *et al.*, 2020; Ringo, 2002).

A pesar de la relevancia histórica y social de los cambios en la representación mediática y el discurso público sobre la transexualidad, el estudio de este tema en España ha sido limitado (Carratalá, 2011; García-Blanes, 2019; Oliveira-Araujo, 2019; Velasco, 2017). Es más, no existe evidencia cuantitativa longitudinal sobre la representación de la transexualidad infantil en los medios. Asimismo, los estudios sobre el impacto de esa representación en las transiciones sociales de las personas trans también son escasos.

OBJETIVO

Esta comunicación tiene por objetivo llenar ambos vacíos de investigación. En primer lugar, examina la cobertura mediática de la transexualidad infantil y adolescente en la prensa digital española entre 2006 y 2020. En segundo lugar, investiga la relación entre la cobertura mediática de la transexualidad y las transiciones sociales de los menores trans en el País Vasco.

METODOLOGÍA

Con el fin de abordar ambos objetivos, se realizó un análisis cuantitativo ($N = 23,166$) de las noticias sobre transexualidad publicadas en 20 periódicos digitales generalistas entre 2006 y 2020. Para ello, se descargaron mediante *web scraping* todos los artículos que incluyeran las palabras clave *transexualidad*, *transexual*, *transgénero* y *trans*, así como sus respectivos plurales y derivados. Posteriormente, se excluyeron aquellos artículos defectuosos o que no hicieran alusión a la transexualidad.

El protocolo de codificación incluyó 16 variables, 11 de las cuales se codificaron automáticamente utilizando la clasificación de texto basada en reglas y diccionarios, mientras que las restantes se codificaron manualmente. Además, se utilizaron dos indicadores externos para medir las transiciones sociales: las inscripciones a la asociación Naizen y las asistencias a la unidad de identidad de género de Osakidetza.

Para analizar la evolución de la cobertura mediática, además de estadísticos descriptivos, se emplearon diferentes técnicas de análisis de series temporales y regresiones logísticas. En cambio, para investigar la relación entre la cobertura mediática de la transexualidad y las inscripciones a la asociación Naizen, el periodo de análisis se limitó de 2015 en adelante y se recurrió principalmente al test de Granger para su análisis.

RESULTADOS

Los resultados confirman un aumento en la cobertura mediática de la transexualidad infantil. La mayoría de los patrones de deslegitimación de la transexualidad han disminuido a lo largo de los años, aunque permanecen relativamente estables en el periodo más reciente. Sorprendentemente, la infancia y la adolescencia no funcionan como factores protectores frente a la deslegitimación mediática.

Además, los resultados indican que la cobertura mediática centrada en la transexualidad, especialmente la infantil, y en las asociaciones de familias con menores transsexuales, puede influir a corto plazo en las inscripciones a Naizen y, consecuentemente, en las transiciones sociales de los menores en situación de transexualidad. Tanto los medios nacionales como los locales, junto con los medios progresistas, influyen en la predicción de las cifras de inscripción. En cambio, los medios conservadores no tienen el mismo impacto predictivo. Asimismo, cabe destacar que esta capacidad predictiva solo fue significativa durante el primer periodo analizado (2015-2018).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos hallazgos sugieren que la transexualidad infantil está en primera plana del debate público español. A pesar de la creciente visibilidad de los menores trans, estos siguen siendo cuestionados en los medios de comunicación. De hecho, la transexualidad infantil puede ser incluso más cuestionada que en la etapa adulta. Aun así, estos datos también destacan que los medios de comunicación han desempeñado un papel crucial en las transiciones sociales de los menores trans. Sobre todo, de cara a su visibilización durante el periodo de 2015 a

2018. En conjunto, este estudio subraya la relevancia de la transexualidad infantil en la cobertura mediática de la transexualidad y su impacto en las transiciones sociales de los menores trans.

REFERENCIAS

- Carratalá, A. (2011). ¿Smail o Cristina? Desigualdad e identidad transexual en el discurso periodístico. *ZER: Revista De Estudios De Comunicación*, 16(31), 183–201.
- Dhanani, L. Y., & Totton, R. R. (2023). Have You Heard the News? The Effects of Exposure to News About Recent Transgender Legislation on Transgender Youth and Young Adults. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00810-6>
- García-Blanes, M. (2019). El hecho trans en TV3. Análisis de la representación de la diversidad de género en el documental televisivo y su recepción. *Quaderns Del CAC*, 12, 47–56.
- Ghazali, S., & Nor, A. M. (2012). Media Roles in Male-to-Female Transsexual Identity Formation among University Students in Malaysia. *International Conference on Humanity, History and Society*, 184–190.
- Hughto, J. M. W., Pletta, D., Gordon, L., Cahill, S., Mimiaga, M. J., & Reisner, S. L. (2021). Negative Transgender-Related Media Messages Are Associated with Adverse Mental Health Outcomes in a Multistate Study of Transgender Adults. *LGBT Health*, 8(1), 32–41. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0279>
- Humphrey, R. (2016). « I think journalists sometimes forget that we're just people»: Analysing the Effects of UK Trans Media Representation on Trans Audiences. *Gender Forum*, 56, 23–43.
- Indremo, M., Jodensvi, A. C., Arinell, H., Isaksson, J., & Papadopoulos, F. C. (2022). Association of Media Coverage on Transgender Health With Referrals to Child and Adolescent Gender Identity Clinics in Sweden. *JAMA Network Open*, 5(2), e2146531. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46531>
- Kosenko, K. A., Bond, B. J., & Hurley, R. J. (2018). An exploration into the uses and gratifications of media for transgender individuals. *Psychology of Popular Media Culture*, 7(3), 274–288. <https://doi.org/10.1037/ppm0000135>
- McCombs, M., & Valenzuela, S. (2020). *Setting the agenda: Mass media and public opinion*. John Wiley & Sons.
- Mocarski, R., King, R., Butler, S., Holt, N. R., Huit, T. Z., Hope, D. A., Meyer, H. M., & Woodruff, N. (2019). The Rise of Transgender and Gender Diverse Representation in the Media: Impacts on the Population. *Communication, Culture and Critique*, 12(3), 416–433. <https://doi.org/10.1093/ccc/tcz031>
- Olveira-Araujo, R. (2019). Trans en los media: Un estudio comparativo piloto del tratamiento de la transexualidad en la prensa generalista y los medios de comunicación digitales. *Mediatika*, 147–168.
- Olveira-Araujo, R. (2022). La transexualidad en los cibermedios españoles. Presencia, preeminencia y temas (2000-2020). *El Profesional de La Información*, 31(1), e310102. <https://doi.org/10.3145/epi.2022.ene.02>
- Olveira-Araujo, R. (2023). The (r)evolution of transsexuality in the news media: The case of the Spanish digital press (2000-2020). *Journalism*, 24(10), 2270–2293. <https://doi.org/10.1177/146488492211105316>
- Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Ra-

- tes of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>
- Pham, A., Morgan, A. R., Kerman, H., Albertson, K., Crouch, J. M., Inwards-Breland, D. J., Ahrens, K. R., & Salehi, P. (2020). How Are Transgender and Gender Nonconforming Youth Affected by the News? A Qualitative Study. *Journal of Adolescent Health*, 66(4), 478–483. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.304>
- Ringo, P. (2002). Media Roles in Female-to-Male Transsexual and Transgender Identity Formation. *International Journal of Transgenderism*, 6(3).
- Shelley, C. (2008). *Transpeople: Repudiation, Trauma, Healing*. University of Toronto Press.
- Velasco, T. E. (2017). *Representaciones sociales de la transexualidad y de las personas transexuales en España*. Universidad Complutense de Madrid.

Apreciaciones de los mecanismos de protección de adolescentes trans para la supervivencia en el sistema cisnormativo

Zaira García Dafonte

Investigadora para la Diputación Foral de Gipuzkoa

zaira.dafonte@gmail.com

FUNDAMENTACIÓN

A lo largo de 2024, la Diputación Foral de Gipuzkoa llevó a cabo una investigación con menores trans del territorio que puso el foco en los factores de apoyo y bienestar para la vivencia de la identidad. Así, durante el trabajo de campo, se obtuvieron apreciaciones antropológicas que, por la naturaleza del informe, no procede incluir pero que siguen siendo interesantes para cualquier investigación y/o acompañamiento de infancias y adolescencias trans. Se trata de mecanismos de protección y/o supervivencia que los/as menores activan y que constituyen formas de resistir.

Tal y como Esteban (2004) explica, la(s) resistencia(s) se define(n) como la contestación y las transformaciones que los individuos ponen en marcha, consciente o inconscientemente frente a su cultura. Estas se tornan imprescindibles en el caso de los/as adolescentes trans, ya que la cisnormatividad impacta negativamente en ellos/as (Ansara y Hegarty, 2012). Es decir, el conjunto de imposiciones socioculturales y políticas que determinan que una persona con vulva ha de socializarse como mujer y una persona con pene ha de hacerlo como hombre (García y Expósito, 2018), así como la norma dominante que presupone que todas las personas son o han de ser cis (Keo-Meier y Ehrensaft, 2018), condiciona su bienestar y desarrollo. Además, Gallardo y Espinosa (2021) explicitan que también los ideales de género con los que cuentan «las infancias y adolescencias trans* son binaristas e inalcanzables para ellxs» (p. 126).

Igualmente, desde una mirada interseccional, el factor de transexualidad se cruza con el hecho de ser menor de edad. Dos ejes de opresión que interseccionan en múltiples contextos, y que dependiendo de la situación pueden activar diversas muestras de resistencia, ya que ambas dificultan su vida cotidiana (Cruz, 2018).

OBJETIVO

Así pues, el objetivo de este estudio es aproximarse a los mecanismos que estos/as menores ponen en marcha con el fin de sentirse mejor o con mayor sensación de aceptación, *ergo*, de protección.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la investigación se utilizó una metodología cualitativa. La muestra estuvo formada por diez adolescentes, cuatro chicas y seis chicos, que nacieron entre 2006 y 2011 y que se encontraban en fases de transición diversas. Las técnicas utilizadas se basaron, principalmente, en observación directa y entrevistas semiestructuradas durante un paseo por su contexto habitual, para posteriormente (co)elaborar producciones narrativas (Ver Balasch y Montenegro, 2003). Esta forma de aproximarse a la realidad, tal y como explica Parra (2021), tuvo como fin que «fueran ellas las que marcan los límites de aquello que forma parte de su historia y lo que no, y por lo tanto, de los lugares a los que la entrevistadora puede o no acceder» (p. 19).

Para el procesamiento de la información recabada se llevó a cabo un análisis de las actitudes y discursos que incluían: usos llamativos del lenguaje y la narrativa, comportamientos de sondeo, modulaciones del discurso, performatividad excesiva consciente y/o patrones de reacción.

RESULTADOS

Respecto a los resultados, entre los usos del lenguaje y la narrativa se apreció que algunos/as adolescentes evitaban mencionar el término transexualidad/trans. Se advertía una clara incomodidad para nombrar el concepto y sólo se hacía cuando era inevitable a través de eufemismos como «el tema».

«En 10 años me visualizo con todo el cambio hecho, habiéndolo socializado a toda la familia y siendo felices. Sin pareja o familia, pero sí con una persona cercana, a modo de amistad, por ejemplo, que haya pasado por una situación similar; que sepa y haya estado en el tema, que lo haya vivido... Más allá de las cuestiones del tema, también me proyecto viajando por el mundo con una moto»

Asimismo, había adolescentes que simplemente no mencionaban nada relacionado con la transexualidad y no le daban cabida si no era a partir de preguntas muy dirigidas por la investigadora o porque esta pedía explícitamente hablar de ello.

«No explico que sea transexual. Hay gente a la que le gusta hacerlo, pero yo prefiero vivir normal y que no lo sepan. No tener que señalar cuales son mis pronombres y todo ese rollo. No soy el típico que va por internet «hola, soy transexual». No me gusta que lo sepan»

En cuanto a los comportamientos de sondeo, la experimentación con el nombre o pronombre en los espacios de iguales, así como tantear a personas de confianza si tendrían relaciones afectivo-sexuales con personas trans, fueron mecanismos evidenciados habitualmente.

«En el colegio probé a decirles que me llamaran por mi nombre deseado, como una broma, para ver si lo hacían. Al cabo de un tiempo me puse serio y empecé a decirles que sólo quería que me llamasen así y que se olvidaran del anterior nombre, y eso hicieron»

«Cuando estuve preocupado de si conseguiría ligar pregunté a unas amistades cercanas si estarían con una persona trans y respondieron que no. En ese momento que me preocupaba el tema quizá hubiese necesitado escuchar otra cosa»

Por otro lado, en cuanto a las modulaciones del discurso, en algunas narrativas se evidenció que había partes de los relatos que eran ficciones autocontadas que servían para protegerse del dolor o como forma de contarse a sí mismos/as vivencias más amables -y a su vez limitaban el acceso a la información, y por ello, limitaban la investigación-, como por ejemplo, un adolescente que relataba no tener problemas en el colegio frente a la participación de su madre en el grupo de discusión donde narró las dificultades y aislamiento vivido en el centro educativo.

En una línea parecida, todos/as los/as adolescentes que relataban una situación transfóbica, automáticamente, tendían a explicar o justificar la causa de la discriminación o de la agresión, es decir, en todos/as surgía la necesidad de enmarcar el rechazo y entenderlo.

«He tenido problemas con algunos/as compañeros/as que no lo aceptan, pero no lo espero porque son religiosos y no lo van a aceptar»

«En 4º de ESO tenía un profesor que me trataba en masculino, aunque entonces no me molestaba, ahora me molestaría bastante. Yo me imagino que sería porque no le quedó claro. El señor hacía lo que podía»

La performatividad excesiva consciente o los patrones de reacción se vinculan a la necesidad de validación de la mirada externa en la identidad expresada. En el primero de los casos se opta por performar extremadamente las expectativas, deseos, gustos, movimientos etcétera esperables del género al que pertenecen. De esta manera, el reconocimiento externo por parte de agentes clave y decisivos se garantiza con mayor seguridad, como por ejemplo los agentes sanitarios.

«Me gustaría mencionar que, al igual que tuve que hacer en la consulta de psiquiatría de Cruces donde lo que decía se tuvo que ajustar mucho a los estereotipos de género, hay veces que hago movimientos, me siento de X manera o hablo de tal forma para que el resto me vean con «más facilidad» como un chico. Si fuera por mi podría hacerlo de diferente forma, pero sé que mi identidad se podría cuestionar, y no quiero pasar por ahí»

Entre los patrones de reacción observados, uno de ellos era la modulación de la voz. Esto, por ejemplo, lo hacía una de las chicas entrevistadas que cada vez que saludaba a alguien subía a tonos agudos. Sin embargo, al volver a hablar con la investigadora recuperaba su voz con total naturalidad.

CONCLUSIONES

Como muestran los resultados, los/as adolescentes trans cuentan con diversos mecanismos que les permiten sentirse mejor o con mayor aceptación y protección en el sistema cis-normativo. En cuanto al no uso del concepto «transexual», se entiende que se trata de adolescentes que se resisten a que la situación de transexualidad tenga protagonismo en sus vidas o que pueda ocupar el más mínimo espacio. Estas conductas podrían tener su origen en cau-

sas como: el momento de la transición o no querer situarla como aspecto central. Por otro lado, tal y como Platero define como cálculos de riesgo (2014), en cuestiones que la transexualidad genera incertidumbre, los/as adolescentes trans tienden a explorar con cautela las reacciones de sus pares. Para terminar, la exigencia de cumplir con los estereotipos de género en espacios que históricamente se han utilizado como espacios de validación jurídica de la identidad, como son las unidades de género de los sistemas sanitarios, se repite tanto en el sistema vasco de salud como por ejemplo en otros sistemas como el canario (Parra, 2021), y es por ello, que los/as adolescentes tienden a la exageración del estereotipo.

Así pues, se concluye que todas estas articulaciones para la (auto)protección y/o supervivencia son parte de la tensión entre agencia y estructura, y nacen del elemento transgresor que supone su existencia en el sistema heterocispatriarcal contemporáneo. Es por ello, que con el fin de garantizar sus derechos y bienestar, es necesario, entre otras cuestiones, modificar los imaginarios sociales aún dominantes (Baeza, 2003) y desarrollar miradas críticas que pongan la responsabilidad en el contexto y no en ellos/as.

REFERENCIAS

- Ansara, Y. G. y Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3(2), 137-160. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Baeza, M. (2003). *Imaginarios sociales, Apuntes para la discusión teórica y metodológica*. Universidad de Concepción.
- Balasch, M. y Montenegro, M. (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. *Encuentros en Psicología Social*, 3(1), 44-48.
- Cruz, D. (2018). «Reflexiones éticas sobre la niñez. Una mirada crítica a los pronunciamientos de los grupos antiderechos», en A. Pons y S. Guerrero Mc Manus, *Afecto, cuerpo e identidad. Reflexiones encarnadas en la investigación feminista*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Esteban, M. L. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC*, 12(1), 1-21.
- García, Z. y Expósito, J. (2018). *Convivencia en la diversidad. Diagnóstico de las realidades de la población LGTBI+ de Gipuzkoa*. Donostia: Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Gallardo, E. M. y Espinosa, M. (2021). Sobre la imposición del sistema de género y la transfobia: historias de niñas creativas con el género y jóvenes trans*. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 16(1), 115-134. <https://doi.org/10.14198/OBETS2021.16.1.08>
- Keo-Meier, C. y Ehrensaft, D. (2018). *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. Washington: American Psychological Association.
- Parra, N. (2021). *Historias de afectos. Acompañar la adolescencia trans**. Edicions Bellaterra.
- Platero, L. (2014). La agencia de los jóvenes trans* para enfrentarse a la transfobia. *Revista internacional de pensamiento político*, (9), 183-193.

Exploring Transmasculine Predominance in Adolescence: The Role of LGBT Policies in the United States and Europe

Claire Vandendriessche¹, David Cohen^{2,3}

¹ Trajectoires Jeunes Trans

² Department of Child and Adolescent Psychiatry, APHP SU, Pitié-Salpêtrière Hospital

³ CNRS UMR 7222 Institut des Systèmes Intelligents et Robotiques, Sorbonne Université

BACKGROUND

Reports on transgender youth indicate a predominance of individuals assigned female at birth (AFAB) (i.e., transmasculine individuals) over those assigned male at birth (AMAB) (i.e., transfeminine individuals), a phenomenon that remains unexplained. Such pattern is shown for instance in London (GIDS, 2019), Toronto (Aitken *et al.*, 2015), Amsterdam (Aitken *et al.*, 2015), Paris (Lagrange *et al.*, 2023), Hamburg (Herrmann *et al.*, 2022), Catalonia (De Castro *et al.*, 2022), Sweden (Socialstyrelsen, 2020), Norway (Nyquist *et al.*, 2024), Belgium (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2022), Canada (Government of Canada, 2022), etc.

OBJECTIVE

This study seeks to examine potential macro-social explanations for this pattern by analyzing similarities and differences between Europe and the United States, specifically investigating whether state- or country-level LGBT policies influence the predominance of AFAB individuals in adolescence.

METHODS

Regarding methodology, we utilized the cross-sectional 2015 wave of the U.S. Transgender Survey (N = 27,715 transgender individuals) along with the Movement Advancement Project's 2015 gender identity policy scores for the United States. For Europe, we analyzed the cross-sectional 2019 wave of the European Union Agency for Fundamental Rights survey (N = 118,945 LGB cisgender individuals and 18,608 transgender individuals) in conjunction with the ILGA-Europe Rainbow Index (2019) LGBT policy scores. We calculated the likelihood of recognizing and disclosing a transgender identity among transmasculine and transfeminine individuals, as well as the expected sex ratios for transgender individuals at each age, assuming equal total transmasculine and transfeminine populations.

Additionally, we examined state-level differences in the timing of trans identity disclosure, adjusting for age of self-perception in the United States, and country-level differences in the timing of LGBT identity disclosure among AMAB and AFAB individuals in Europe.

RESULTS

Our findings indicate a predominance of transmasculine adolescents, consistent with our observation that transfeminine youth disclosed their identity later than transmasculine youth in all 51 U.S. territories and all 30 European countries, when controlling for age of self-perception. While state-level differences in the timing of identity disclosure did not significantly correlate with gender identity policy scores in the United States, a significant correlation was observed with LGBT policy scores in Europe.

DISCUSSION

The longer delay in identity disclosure among transfeminine individuals compared to transmasculine individuals aligns with previous findings by Vandendriessche & Cohen (2024), who observed a similar phenomenon among cisgender LGB individuals: in all cases, AMAB individuals disclose their LGBT identity later than AFAB individuals. This suggests a greater social cost associated with transgressing cisheterosexist stereotypes related to manhood than those related to womanhood.

CONCLUSIONS

In conclusion, the predominance of transmasculine individuals in adolescence appears to be strongly associated with greater difficulty among transfeminine adolescents in disclosing their transgender identity, a trend observed across the United States and Europe. However, the divergent findings regarding the influence of LGBT and transgender policy scores between the two regions suggest the presence of confounding factors. These results highlight the need for further investigation and replication of these analyses using more recent waves of European and U.S. survey data.

REFERENCES

- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- De Castro, C., Solerdelcoll, M., Plana, M. T., Halperin, I., Mora, M., Ribera, L., Castelo-Branco, C., Gómez-Gil, E., & Vidal, A. (2022). High persistence in Spanish transgender minors: 18 years of experience of the Gender Identity Unit of Catalonia. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.02.001>

- GIDS. (2019, June 28). *Referrals to the Gender Identity Development Service (GIDS) level off in 2018-19*. <http://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/referrals-gender-identity-development-service-gids-level-2018-19/>
- Government of Canada, S. C. (2022, April 27). *The Daily-Canada is the first country to provide census data on transgender and non-binary people*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- Herrmann, L., Fahrenkrug, S., Bindt, C., Breu, F., Grebe, J., Reichardt, C., Lammers, C. S., & Becker-Hebly, I. (2022). „Trans* ist plural«: Behandlungsverläufe bei Geschlechtsdysphorie in einer deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 35(04), 209–219. <https://doi.org/10.1055/a-1964-1907>
- ILGA-Europe. (2019, May 13). *Rainbow Europe Map and Index 2019*. <https://ilga-europe.org/report/rainbow-europe-2019/>
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2022). *Transgender personen in België. Gegevens uit het Rijksregister*. Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. https://igvm-iefh.belgium.be/nl/publicaties/transgender_personen_in_belgi_gegevens_uit_het_rijksregister
- Lagrange, C., Brunelle, J., Poirier, F., Pellerin, H., Mendes, N., Mamou, G., Forno, N., Woestelandt, L., Cohen, D., & Condat, A. (2023). Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.05.001>
- Nyquist, C. B., Torgersen, L., David, L. W., Diseth, T. H., Magnus, P., Biele, G. P. E., & Waehre, A. (2024). Population-adjusted numbers, demographics and mental health among children and adolescents referred to the Norwegian National Center for Gender Incongruence over two decades. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02508-5>
- Socialstyrelsen. (2020). *Vanligt med flera psykiatriska diagnoser hos personer med könsdysfori*. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/vanligt-med-flera-psykiatriska-diagnoser-hos-personer-med-konsdysfori/>
- Vandendriessche, C., & Cohen, D. (2024). Social factors behind the AFAB predominance in LGBT youths: Evidence from a large European survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02595-4>

Relaciones sentimentales y eróticas vivenciadas por adolescentes trans

Sara Rodríguez Pérez¹, Nieves Moyano Muñoz², Lucía González Mendiando³,
Aingeru Mayor Martínez⁴

¹ Universidad de Oviedo; ² Universidad de Jaén; ³ Universidad de Zaragoza;

⁴ Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
rodriguepsara@uniovi.es

FUNDAMENTACIÓN

La sexualidad es una dimensión fundamental en el desarrollo humano, especialmente durante la adolescencia y la juventud. Sin embargo, existe escasa investigación al respecto, y, menos aún, en el caso de adolescentes y jóvenes trans, cuya sexualidad, con frecuencia, se analiza erróneamente a partir de expectativas de heterosexualidad (Puckett *et al.*, 2021). Tal y como recogen Marshall *et al.* (2020), las escasas investigaciones centradas en las relaciones íntimas de las personas trans, señalan diversos retos a los que estas han de enfrentarse, destacando la búsqueda de pareja, el mantenimiento de las relaciones, el cuestionamiento de la propia identidad sexual y la orientación del deseo, así como la asunción de roles de género y la gestión de la dinámica de la relación.

Atendiendo al impacto positivo que la satisfacción en las relaciones íntimas y la vida erótica tiene en el bienestar de la población en general (Diener *et al.*, 2008; Loving & Slatcher, 2013), consideramos fundamental profundizar en la vivencia de la sexualidad y las relaciones eróticas y de pareja por parte de las personas trans, especialmente durante la adolescencia. Esta etapa es clave, ya que en ella se establecen las primeras relaciones, cuya experiencia influye significativamente en el desarrollo y la satisfacción en las relaciones adultas (Sáez, 2011). Además, comprender la vida sexual de las personas trans no solo permite reconocer su diversidad sexual, sino que también contribuye a una visión más integral de su salud sexual y su bienestar (Holt *et al.*, 2023).

A partir de la información facilitada por las propias personas trans sobre sus vivencias, podemos ir construyendo un conocimiento estructurado de esta realidad que sirva para reflexionar, desarrollar y ofrecer pautas de acompañamiento y estrategias socio-psico-educativas que posibiliten un desarrollo psicológico, educativo y social más adecuado de estas personas, mejorando así su calidad de vida.

OBJETIVO

Conocer la vivencia de las experiencias sentimentales y eróticas de las personas trans durante su adolescencia y juventud.

METODOLOGÍA

El Método Interpretativo Narrativo Biográfico (MINB), es especialmente adecuado para el estudio de procesos sociales y, en particular, en el caso de la población adolescente, ya que ofrece la oportunidad de romper la perspectiva adultocéntrica (Rodríguez, 2007; Wengraf, 2011) captando la experiencia subjetiva en un contexto determinado.

Muestra y procedimiento

Se realizaron entrevistas cualitativas semiestructuradas online a una muestra de conveniencia de adolescentes trans entre junio y noviembre de 2023. El reclutamiento se hizo a través de asociaciones de familias con infancias y adolescencias trans.

Las entrevistas las completaron quince jóvenes trans, de edades comprendidas entre 16 y 25 años ($M = 20,5$ años; $D.T. = 2,7$), que declararon su identidad sexual de la siguiente manera: seis mujeres, siete hombres y dos personas no binarias (NB). Transicionaron entre los 7 y los 19 años ($M = 14,5$ años; $D.T. = 3,7$).

Técnicas de recogida de datos

La recogida de información se realizó mediante entrevistas individuales semiestructuradas realizadas online a través de Google Meet o TEAMS.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis cualitativo categorial usando como herramienta el software MAXQDA24.

RESULTADOS

El acercamiento a las relaciones sentimentales, en ocasiones, pasa por cuestionarse y transitar diversas interpretaciones sobre la propia orientación del deseo erótico, tratando de ubicarse en aquellas que les producen mayor comodidad:

En los últimos 10 años, desde los 14, la identidad que he ocupado en el mundo ha sido diferente. He sido chica heterosexual, chica bollera, chica bi, chico hetero, chico bi y chico marica. (Chico, 22 años).

Por aquel entonces yo que socializaba como una chica, eh, tenía una pareja que era una chica. Y para mí ser gay, en plan, ser lesbiana suponía, algo horrible. (NB, 23 años)

El vínculo sentimental se presenta como una cuestión relevante y, en muchas ocasiones, positiva en sus vidas. Sus parejas son fuente de tranquilidad, apoyo y confianza y, en ocasiones, pueden ser clave para la aceptación de sus cuerpos.

Tengo una pareja que me apoya en lo que quiero y lo que tengo y lo que busco. Y con eso estoy bien. (Chica, 21 años)

Ella no quiere que yo me ingrese a un quirófano, no quiere que me someta a cirugía. Ella me quiere tal y como soy. A ella no le importa si tengo pechos o no tengo (...) no es necesario que cambie algo de mí. (Chico, 18 años)

En algunos casos narran vivencias positivas de sus relaciones eróticas.

El caso es que cuando nos dimos cuenta, estábamos los dos en la cama de mi cuarto. «¿Tienes goma?», me preguntó. «¿De pelo?». «Noooo, condón». «Ah, no tengo polla». «Ah bueno, pues follamos sin la polla y sin condón». Y me eché a reír y nos echamos a reír. (Chico, 22 años)

En muchos otros casos, la erótica se presenta como un aspecto que genera malestar e incertidumbre, principalmente respecto a las dificultades que viven con sus cuerpos. De hecho, una de las cuestiones que manifiestan de forma reiterada es la necesidad de modificar su cuerpo, tanto los pechos como los genitales, ya que consideran que esto facilitaría el vínculo erótico.

Las experiencias sexuales vividas en la adolescencia fueron casi todas malas. No creía, no pensaba que tenía un cuerpo deseable ni que llegaría a serlo nunca. (Chico, 22 años)

Mis genitales me generaron conflictos antes de yo tener una pareja porque, si me gustaba una chica y esa chica se enteraba que yo era trans, había un problema porque no tenía... (Chica, 21 años)

Yo hasta que no me opere, yo lo veo imposible por mi parte y por parte de los demás, porque yo creo que... que me da mucha inseguridad a mí, y también que incluso transmite inseguridad a los demás. (Chica, 18 años)

[los genitales] sí son un problema. Es la única parte del cuerpo que prefiero que no me toquen. (Chica, 25 años)

En la búsqueda de interacciones eróticas, destacan dos tipos de actitudes con las que se han encontrado: quienes se relacionarían con personas trans por «morbo» y quienes no lo harían por rechazo.

Comencé a notar que si yo buscaba una persona... hombre cis... no me podía relacionar afectivamente, sino solo de forma sexual, porque a mí me veían como morbo. Y por eso yo nunca llegué a tener una relación afectiva con un varón cis. (Chica, 21 años)

Se ha puesto de moda el preguntar si tendrías algo con una persona trans, y hay mucha gente que dice no. Entonces, realmente, eso afecta mucho a la forma en la que nos relacionamos. (Chico, 20 años)

DISCUSIÓN

Nuestros resultados ponen de manifiesto cómo el inicio de las relaciones sentimentales y eróticas de los adolescentes trans va de la mano de un cuestionamiento y búsqueda de su propia identidad y orientación del deseo, tratando de definirse y encontrar aquellas en las que situarse con mayor comodidad (Marshall *et al.*, 2020).

La vivencia de las personas jóvenes trans en relación a los vínculos sentimentales y eróticos está fuertemente marcada por miedos relacionados con el rechazo hacia sus cuerpos, especialmente pechos y genitales, por parte de las personas con las que les gustaría relacionarse. Gran parte de las personas entrevistadas manifiesta interés por recurrir a cirugías, con la expectativa de que esto les facilite ser aceptadas.

Por otro lado, las relaciones sentimentales son fuente de satisfacción y suponen para las personas trans espacios donde sentirse comprendidas y aceptadas, tal y como expresan las personas participantes que tienen una relación estable y en consonancia con estudios previos como el desarrollado por Holt *et al.* (2023).

CONCLUSIONES

La sexualidad de las personas es uno de los ámbitos más relevantes en su proceso biográfico, especialmente durante la adolescencia y juventud. En el caso de las personas trans, supone una fuente de estrés y angustia relevante, por lo que, de acuerdo con lo señalado en estudios previos (Holt *et al.*, 2023; Marchall *et al.*, 2020), sería de interés que pudieran tener un acompañamiento adecuado para favorecer una mejor vivencia de su cuerpo y de los vínculos interpersonales.

REFERENCIAS

- Diener, M. L., Diener McGavran, M. B., Eid, M., & Larsen, R. J. (2008). ¿Qué hace feliz a la gente? A developmental approach to the literature on family relationships and well being. En M. Eid & R.J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 347-375). Guilford Press.
- Holt, M., Broady, T., Callander, D., Pony, M., Duck-Chong, L., Cook, T., & Rosenberg, S. (2022). Sexual experience, relationships, and factors associated with sexual and romantic satisfaction in the first Australian Trans & Gender Diverse Sexual Health Survey. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 38–48. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.2016540>
- Loving, T. J., y Slatcher, R. B. (2013). Romantic relationships and health. En J. A. Simpson & L. Campbell (Eds), *The Oxford handbook of close relationships* (pp. 617-637). Oxford University Press.
- Marshall, E., Glazebrook, C., Robbins-Cherry, S., Nicholson, S., Thorne, N. & Arcelus, J. (2020). The quality and satisfaction of romantic relationships in transgender people: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 21(4). 373-390. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1765446>
- Puckett, J. A., Glozier, K., Kimball, D., & Giffel, R. (2021). A systematic review of sexuality measurement in transgender and gender diverse populations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 8(3), 276–291. <https://doi.org/10.1037/sgd0000523>
- Rodríguez, I. (2007). *Para una sociología de la infancia: Aspectos teóricos y metodológicos*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Sáez, S. (2011). *Factores predictivos de la violencia de género y las tácticas dominantes-celosas en las relaciones de noviazgo durante la adolescencia*. Tesis Doctoral. Universidad Camilo José Cela.
- Wengraf, T. (2011). *BNIM Short Guide bound with the BNIM Detailed Manual. Version date*. For a free updated version, write to tom@tomwengraf.com. https://is.muni.cz/el/1423/podzim2014/SOC932/um/Wengraf_manual.pdf

Las vidas trans desde los mapas corporales narrados

Irene I. Sanz Perucho

Universidad de Zaragoza

sanz.perucho.irene@gmail.com

FUNDAMENTACIÓN

Los mapas corporales narrados son una metodología de investigación creativa y participativa que ahonda en la biografía aunando diferentes dimensiones de las vivencias encarnadas de los sujetos. Consisten en contrastar los relatos de las participantes y las observaciones de la investigadora con dibujos de las personas a tamaño real, en los cuales los sujetos han plasmado elementos relacionados con sus experiencias pasadas, su identidad, sus deseos, su cuerpo, su contexto sociopolítico, sus circunstancias materiales y su futuro.

En ellos se toma el cuerpo como el lugar privilegiado de creación de conocimiento a partir de un enfoque fenomenológico y entendiendo que la construcción de la identidad es algo que remite tanto a elementos biológicos como socioculturales (Gallardo-Nieto y Espinosa, 2021; González-Mendiondo y Mayor, 2024). Éstos abundan así en el nivel de agencia de las participantes, que narran y esbozan sus propias historias, lo cual permite una aproximación a sus experiencias más reflexiva y consciente al requerir de su involucración corporal directa y posibilitar plasmar emociones o sucesos difíciles de verbalizar (Gastaldo *et al.*, 2012, 2018; Furman *et al.*, 2019; Gaete *et al.*, 2023; Skop, 2016).

En el caso de las personas trans, resulta especialmente enriquecedor poner el foco en su biografía pudiendo así comprender mejor su devenir hasta los sujetos sexuados que son. De esta forma, esta metodología permite una comprensión integral de sus vivencias y, en consecuencia, una mayor claridad para desarrollar estrategias de acompañamiento.

OBJETIVO

Comprender los significados y vivencias de las personas trans desde ellas mismas a través de sus narraciones y dibujos en mapas corporales narrados.

METODOLOGÍA

Los mapas corporales narrados son una metodología artística de co-creación que parte del cuerpo, la memoria y las sensaciones (Gallardo-Nieto y Espinosa, 2021), lo cual hace

que estén fuertemente marcados por las circunstancias concretas de realización¹. Por tanto, al provenir de un trabajo más amplio, este texto se centrará en los aspectos más relevantes de los mapas corporales narrados de las dos participantes que en ciertos momentos vitales han reconocido desde lo trans, Indar (23 años) y Antonia (29 años)².

Las técnicas empleadas han sido entrevistas para conocer las biografías sexuadas, grupos de discusión, observación y mapeo corporal (Gastaldo *et al.*, 2018). El estudio ha consistido en una exploración fenomenológica del proceso de creación, un análisis visual de los mapas corporales, y de los discursos emitidos, tanto en la fase biográfica como en la explicación de los elementos gráficos. Por último, a partir de la obtención de una «descripción densa» del discurso (Charmaz, 2006, en Skop, 2016) y los elementos gráficos analizados, se ha accedido a la dimensión proyectiva del análisis (Silva *et al.*, 2013).

RESULTADOS

Analizando los resultados del proceso de creación de los mapas corporales narrados, lo más reseñable es la retroalimentación que hubo entre los sujetos, los cuales señalaron la importancia del diálogo para activar sus propios recuerdos.

A nivel gráfico, las composiciones de ambas participantes resultan sencillas, predominando el uso de la línea y de símbolos concretos. Mientras que el mapa corporal de Indar refleja muchos malestares corporales y referencias a sus apoyos, el de Antonia se centra más en sus relaciones.

En lo que respecta al relato, Indar interpreta su biografía como marcada por la violencia, así como por inseguridades corporales relacionadas con su identidad sexual, su estética y su delgadez. En concreto, refiere un constante cuestionamiento en el ámbito escolar y familiar de su identidad. En la pubertad, señala un esfuerzo «excesivo» por gustar, «para que vieran que era una tía de verdad.» Según ella, esto le expuso a numerosas violencias en el terreno erótico, ya que sus parejas la fetichizaban y mantenían en la clandestinidad, además de verse arrastrada a prácticas no deseadas.

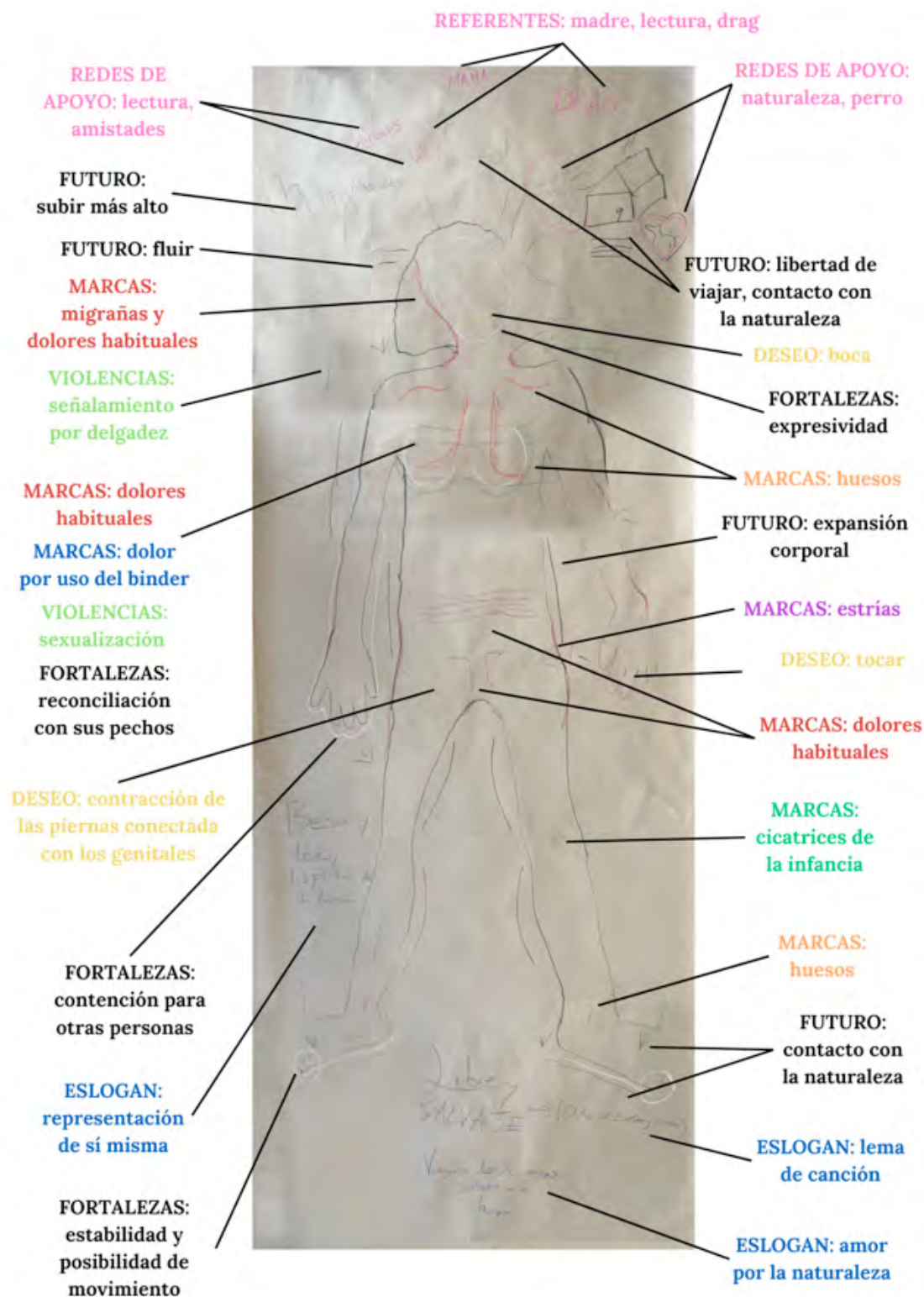
Al entrar en contacto con personas trans y con la militancia feminista con 15 años, realizó un tránsito social hacia la masculinidad que tampoco le satisfizo por sentirse «atrapado»: «Había un montón de días que me apetecía ponerme aros o pintarme los labios y no lo hacía porque iba a acarrear (...) un montón de explicaciones.»

Por su parte, Antonia refiere haber vivido una «infancia trans» por una autopercepción femenina que se fue atenuando en la adolescencia. No contó a nadie cómo se sentía, pero sí cree que sus compañeras le percibían como «en un limbo raro», «como un chico atípico». Al inicio de la pubertad estaba disgustado con el desarrollo de su cuerpo, pero esto fue desapareciendo a medida que realizó «la transición a género masculino de forma sutil y natural» desde los 13 años.

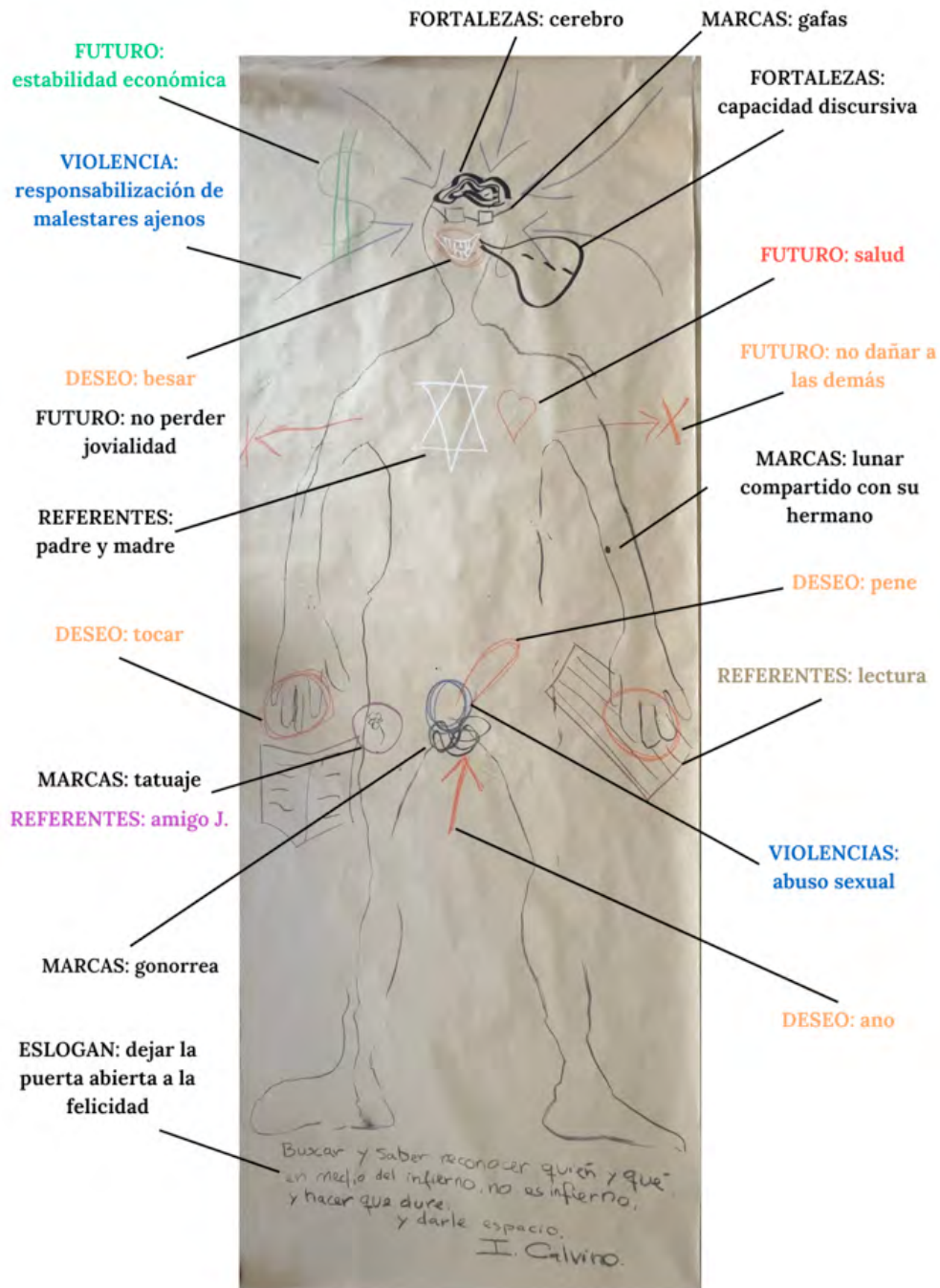
¹ En consecuencia, resulta necesario señalar que esta comunicación ha sido extraída de una investigación más amplia, concretamente del TFM «Estudio encarnado de la vivencia de la bisexualidad y otras plurisexualidades a partir de mapas corporales narrados» (Sanz, 2024) dirigido por Encarnación Soriano Ayala. En éste, se realizó un muestreo deliberado con seis personas de entre 23 y 29 años que se reconocen en orientaciones del deseo no monosexuales.

² Los nombres utilizados son seudónimos elegidos por las participantes.

Indar



Antonia



De los 15 a los 22 años Antonia se sentía «masculino y completamente heterosexual» hasta que empezó a tener deseo hacia otros hombres, con lo que experimentó a partir de encuentros eróticos esporádicos. En cuanto a su identidad sexual actual, señala sus conflictos internos, ya que se denomina «abolicionista de género» pero se ve interpelado a identificarse como hombre en pos de una agenda feminista. Ha sufrido violencia verbal en entornos de ocio por tener una expresión femenina, ante lo que ve necesaria una respuesta de resistencia y confrontación.

Por su parte, Indar siguió viviendo como un chico trans hasta que, al mudarse de ciudad, conoció a personas no binarias que le resultaron clave para entenderse desde esa identidad. Actualmente, señala el drag como «una forma de terapia» y explica: «Cuando mejor me siento respecto al género es cuando hay duda, cuando hay una incertidumbre inconmensurable (...) No me gusta que me lean como una tía muy bollera o como un chico trans. No soy eso, no vivo desde ahí.»

Igualmente, indica que el no binarismo le ha ayudado a reconciliarse con su bisexualidad, ya que observa que sino ella misma se «habría quedado fuera de la ecuación del deseo.»

DISCUSIÓN

A pesar de sus evidentes diferencias, ambos casos permiten ilustrar de manera clara la complejidad y desarrollo constante de las biografías, incidiendo en que el devenir sexuado de los sujetos es procesual (Missé y Parra, 2022). Así, frente a una lectura de «fracaso» o «arrepentimiento» por su pasajera etapa femenina (Missé y Parra, 2022), Antonia refiere una evolución orgánica de su manera de ser y no muestra quejas de no haber realizado un tránsito social. Sin embargo, su experiencia como niña es muy relevante ya que «nos preguntamos por la infancia a medida que nos preguntamos por quiénes somos» (Missé y Parra, 2022, p. 23) y para él, la persona que es ahora no podría ser comprendida sin este capítulo.

Igualmente resulta imposible separar la ideología política de Antonia con su manera de entender su identidad sexual, mostrando así cómo las experiencias trans y el cuestionamiento político aparecen en muchos casos entrelazados (González-Mendiondo *et al.*, 2024; Missé y Parra, 2022). La vinculación de Indar a grupos transfeministas remite a esto mismo.

Por su parte, ésta última presenta más elementos típicos de vivencias trans como puede ser la discriminación por parte de los grupos de pares (Gallardo-Nieto y Espinosa, 2021; González-Mendiondo *et al.*, 2024). A esto se suma la ausencia de un acompañamiento adecuado y una comunidad de iguales estable, que ahondaron en sus malestares corporales, por ejemplo, por un mal uso del *binder* (tal y como refleja en sus senos), y psicológicos, situaciones que para determinados sujetos acaba llevándoles al suicidio (Gallardo-Nieto y Espinosa, 2021).

Tal y como plantea Landarroitajauregui (2018) el tránsito social no eliminó su desasosiego, que siguió presente por el rechazo familiar y la asunción de roles y expresiones estereotipadas. Empezar en un entorno nuevo y con referentes de personas no binarias le permitió hacer un nuevo tránsito, que, lejos de ser vivido como una «detransición», es acogido como parte de un proceso de autorreconocimiento, tanto a nivel personal como político (Missé y Parra, 2022). Se ejemplifica así la importancia de las amistades y los referentes en la experiencias trans (Missé y Parra, 2022).

Por último, el carácter de juego del drag también le da un espacio de respiro para comprenderse, para experimentar, lo cual no hace más que subrayar la importancia de que las técnicas de intervención y de investigación recuperen el cuerpo y la creatividad para poder acceder a otras dimensiones de los sujetos (Furman *et al.*, 2019; Gaete *et al.*, 2023).

CONCLUSIONES

Los mapas corporales narrados ofrecen una metodología privilegiada para comprender las vivencias encarnadas de los sujetos sexuados, ahondando así en la importancia del enfoque biográfico en el estudio sexológico de las personas trans. Permiten una aproximación holística a sus relatos y representaciones al fomentar un acercamiento diferente, más corporal, situado y creativo que otras metodologías tradicionales.

Según los casos estudiados, tanto los factores socioculturales como los individuales resultan elementos fundamentales a la hora de configurar las vivencias de las personas trans, siendo especialmente relevantes la etapa de la pubertad y las percepciones de los grupos de pares. Igualmente, cabe destacar el fuerte impacto del contexto político en ambos sujetos, ya que la adopción de postulados transfeministas y queer les han llevado a conceptualizar sus vivencias desde lugares muy concretos, en general, de aceptación y disfrute.

REFERENCIAS

- Furman, E., Singh, A. K., Wilson, C., D'Alessandro, F., y Miller, Z. (2019). «A space where people get it»: A methodological reflection of arts-informed community-based participatory research with nonbinary youth. *International Journal of Qualitative Methods*, 18. <https://doi.org/10.1177/1609406919858530>
- Gaete, M. I., Castillo-Hermosilla, M., Martínez, C., Concha, F., Paiva-Mack, I., y Tomicic, A. (2023). Protocol of application and phenomenological exploration of body mapping in transgender population: An art-based research method. *International Journal Of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069221150108>
- Gallardo-Nieto, E. y Espinosa, M. (2021). Sobre la imposición del sistema de género y la transfobia: historias de niñxs creativxs con el género y jóvenes trans. *Revista Obets*, 16(1), 115-134. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8020896>
- Gastaldo, D., Magalhães, L., Carrasco, C., y Davy, C. (2012). *Body-map storytelling as research: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping*. [Online]. https://www.migrationhealth.ca/sites/default/files/Body-map_storytelling_as_research_HQ.pdf
- Gastaldo, D., Rivas-Quarneti, N., y Magalhães, L. (2018). Body-map storytelling as a health research methodology: Blurred lines creating clear pictures. *Forum: Qualitative Social Research*, 19(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-19.2.2858>
- González-Mendiondo, L. y Mayor, A. (2024). La transexualidad infantil: Aportaciones conceptuales para su acompañamiento psicoeducativo. *Anuario de Psicología Educativa Aplicada*, 1(1). <https://doi.org/10.5093/apca2024a2>
- González-Mendiondo, L., Moyano, N. y Mayor, A. (2024). Acompañar la transexualidad desde la escuela: Un estudio cualitativo con las familias. *Revista de Psicodidáctica*, 29(1), 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2023.08.001>
- Landarroitajauregui, J. R. (2018). Sexo, identidad sexual y menores transexuales. En N. Barqui, G. Genise y G. Tolosa (Eds.), *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans**. Akadia. <https://naizen.eus/wp-content/uploads/2019/01/Sexo-identidad-sexual-y-menores-transexuales-Joserra-Landa.pdf>
- Missé, M. y Parra, N. (2022). *Adolescencias trans. Acompañar la exploración del género en tiempos de incertidumbre*. Universidad de Vic. <https://doi.org/10.13140/rg.2.2.35674.21440>

- Sanz, I. (2024). *Estudio encarnado de la vivencia de la bisexualidad y otras plurisexualidades a partir de mapas corporales narrados* [Trabajo de Fin de Máster no publicado]. Universidad de Almería.
- Silva, J., Barrientos, J., y Espinoza-Tapia, R. (2013). Un modelo metodológico para el estudio del cuerpo en investigaciones biográficas: Los mapas corporales. *Alpha*, 37, 163-182. <https://doi.org/10.4067/S0718-22012013000200012>
- Skop, M. (2016). The art of body mapping: A methodological guide for social work researchers. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 28(4), 29-43. <https://doi.org/10.11157/anzswj-vol28iss4id295>

Cruïlles, acompañando la sexualidad de adolescentes y jóvenes en un centro comunitario

Elena Longares Hernández

Associació pels Drets Sexuals i Reproductius

cruilles@centrejove.org

FUNDAMENTACIÓN

El presente artículo aborda la experiencia del servicio Cruïlles, ubicado en el Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats de Barcelona (CJAS), un centro comunitario que desde 1992 brinda atención integral a la sexualidad de adolescentes y jóvenes de entre 12 y 25 años. CJAS es un proyecto impulsado por la Associació pels Drets Sexuals i Reproductius (L'Associació), con sede en Cataluña. En respuesta a la creciente demanda de acompañamiento emocional centrado en la diversidad afectivosexual y de género, surge en 2020 el servicio Cruïlles.

El marco teórico que sustenta esta iniciativa considera el adultismo y la LGTBIQA+fo-bia como manifestaciones del sistema patriarcal, que resta valor a la agencia de las personas adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, identidad y cuerpo. En este contexto, se considera esencial validar las experiencias y narrativas de la población LGTBIQA+ adolescente y joven, y, particularmente la población trans adolescente y joven, para fomentar la construcción de una autonomía sexual informada y consciente.

En este sentido, algunos datos revelan cómo las personas trans y/o no binarias viven numerosas situaciones de exclusión y de vulneración de derechos. Según el estudio Transaludes de Salud en personas trans y/o no binarias en España, 2024 (Belba *et al.* 2024), tan solo el 9,5% de las personas trans y/o no binarias se habían visibilizado con todas las personas y en todos los ámbitos de su vida.

En cuanto al ámbito de la salud, casi la mitad de las personas no se atrevieron a decir abiertamente en una consulta médica que eran personas trans y/o no binarias. Además, entre las personas trans binarias que no habían hecho transición hormonal, una de cada tres señaló barreras sociales de miedo a la discriminación o barreras sanitarias de acceso. De hecho, el 27,7% de las personas entrevistadas indicó haber dejado de acudir a servicios públicos sanitarios por haber vivido situaciones de discriminación alguna vez en la vida.

No obstante, el diagnóstico de algún problema de salud mental como ansiedad o depresión en los últimos 12 meses fue más de 10 veces más frecuente en las personas trans y/o no binarias que en la población general. Y la principal necesidad de salud no cubierta por motivos económicos fue la atención de la salud mental (la refirió un 51,2% de las personas)

OBJETIVO

El objetivo general del servicio Cruïlles es ofrecer acompañamiento emocional individualizado mediante una metodología basada en la escucha activa y las herramientas del counselling, con el fin de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes LGTBIQA+, promover su agencia y facilitar la toma de decisiones informadas sobre sus procesos personales.

A este objetivo cabe añadir otros específicos como son:

- Promover el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de la población LGTBIQA+ adolescente y joven, especialmente el de la población trans adolescente y joven.
- Facilitar la participación de la población adolescente y joven LGTBIQA+ con el entorno comunitario.

METODOLOGÍA

El acceso al servicio se puede realizar a través de los canales del CJAS o de Cruïlles directamente, ofreciendo atención presencial con cita previa y, para garantizar la accesibilidad, también mediante citas virtuales, si es necesario. El servicio está diseñado para abordar de forma flexible temas relacionados con la diversidad afectivosexual y/o de género, sin establecer un límite de sesiones.

El centro de atención en el Cruïlles son las personas adolescentes y jóvenes usuarias, por ello son ellas las que determinan las temáticas a trabajar. Las herramientas del counselling y de la escucha activa facilitan un espacio de acompañamiento donde se valide su experiencia, fomentado su agencia y el aprendizaje en la toma de decisiones.

El trabajo en red con entidades especializadas en el acompañamiento a personas LGTBIQA+ (Veus Trans, Grup Transfamílies, AMPGIL, Ahora Donde-Le Refugee, Stop Sida, Gais Positius, ACATHI o Casal Lambda, entre otras), así como con servicios públicos (Institut Català de la Salut, CatSalut, Servicio Trànsit de atención en salud a personas trans, Unidad de identidad de género del Hospital Sant Joan de Deu, etc.). Se prioriza la colaboración con proyectos que trabajan específicamente con población adolescente y joven como Bandada de la Cooperativa Candela.

RESULTADOS

Durante sus primeros cinco años de funcionamiento, el servicio Cruïlles ha atendido un total de 45 personas trans, que van desde los 12 hasta los 25 años, con una edad media de 18,6 años. De las cuales el 46,67% son chicos trans, el 26,67% son chicas trans, el 22,22% son personas no binarias y el 4,44% están en proceso por determinar su identidad de género.

Los principales temas por los cuales llegan al servicio son: la voluntad de iniciar un tránsito social, legal y/o físico (44,83%), situaciones de transfobia en el entorno (31,03%) o el abordaje de la propia identidad de género (24,14%).

Si bien el tema de origen puede ser uno de estos tres, en el proceso de acompañamiento se trabajan otros temas vinculados. En algunos casos los tres temas principales forman parte del proceso, en otros casos se añaden otras temáticas como puede ser la orientación afectivo-sexual o la salud sexual, entre otros.

Dada la complejidad y las diferentes necesidades de cada usuaria, el trabajo en red con recursos, servicios y otras asociaciones o colectivos es imprescindible. Ya sea para acceder a servicios de apoyo al tránsito físico o legal, ya sea para acceder a espacios de apoyo entre iguales o de situaciones específicas.

DISCUSIÓN

El abordaje desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos ha permitido potenciar la agencia de las personas usuarias, facilitar el reconocimiento de sus derechos y el desarrollo de herramientas para enfrentar situaciones de discriminación y exclusión. Esta práctica se complementa con acciones de incidencia política impulsadas por diversos proyectos de L'Associació, entre ellos, l'Observatori pels drets sexuals i reproductius, que recoge vulneraciones de derechos sexuales y reproductivos y los visibiliza través de la realización de un informe anual.

El modelo de intervención implementado en el servicio Cruïlles propone una transformación significativa en la forma en que se abordan los procesos de acompañamiento emocional y educativo vinculados a la diversidad sexual y de género en el ámbito comunitario.

CONCLUSIONES

Las personas adolescentes suelen experimentar un cuestionamiento constante de su experiencia, ya que no se las considera lo suficientemente adultas, pero a la vez se espera que se ajusten a normas y responsabilidades adultas. Este adultismo desvaloriza la capacidad de agencia sobre su sexualidad, identidad y cuerpo. Validar su experiencia y narrativa es fundamental para que puedan conocerse y tomar decisiones sobre su vida.

El análisis de la experiencia de Cruïlles permite concluir que:

- El acompañamiento comunitario contribuye de manera integral a la promoción de la salud sexual y reproductiva en espacios seguros.
- La transversalización de la perspectiva de diversidad sexual y de género mejora la calidad de la atención brindada, especialmente a adolescentes y jóvenes trans.
- El acceso inicial a servicios específicos como Cruïlles facilita el vínculo posterior con el sistema público de salud.
- Un servicio específico permite una atención diferenciada y sensible a las interseccionalidades que atraviesan a les adolescentes y jóvenes trans.
- Se fomenta la conexión con otros espacios comunitarios, recursos y servicios, especialmente con espacios de socialización entre pares, fortaleciendo el sentido de pertenencia y apoyo mutuo.

—En conclusión, Cruïlles se posiciona como una experiencia innovadora, replicable y fundamental para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en Cataluña.

REFERENCIAS

Belza MJ, González-Recio P, Moreno-García S, Donat M, Iglesias A, Guerras JM, Granda E, Palma D, Barba R. *Transaludes: salud en personas trans y/o no binarias en España*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2024

Formación inicial del profesorado de Educación Primaria e infancias trans: un binomio necesario para avanzar hacia una escuela inclusiva

Begoña Sánchez Torrejón

Universidad de Cádiz

begonia.sanchez@uca.es

FUNDAMENTACIÓN

Como señala Duncan (1999), no podemos olvidar la importancia del papel que cumplen los centros educativos en la creación y transmisión de valores en la reproducción de las discriminaciones y los estereotipos sobre las identidades sexuales. Estamos ante un sistema educativo heterosexista, pues contempla como modelo referencial la heterosexualidad. En esta línea Sánchez (2024) alude como la perspectiva cisheteronormativa que se transmite en la escuela desde la etapa de Educación Infantil es determinante en la construcción de la identidad de género y orientación sexual en el alumnado. Autores como Martxueta y Etxeberria (2014) señalan la carencia de formación adecuada desde la formación inicial de los docentes sobre las diversidades sexogenéricas para trabajar en el contexto educativo esta temática, además resaltan la invisibilización de la transexualidad en el discurso educativo. A tenor de lo expuesto, la formación inicial del profesorado en la etapa de Educación Primaria es clave para la inclusión del alumnado transexual en las escuelas, por lo que planteamos la necesidad de la presente investigación. Desde la Universidad debe haber un compromiso en la formación inicial del nuevo profesorado en diversidades sexogenéricas (Pichardo y Puche, 2019).

OBJETIVO

Detectar el nivel de formación inicial en materia de transexualidad del alumnado del Grado de Educación Primaria para avanzar hacia la inclusión del alumnado trans en los centros escolares.

METODOLOGÍA

El estudio propuesto se enfoca en una investigación de carácter cualitativa, metodología que, en su aplicación al ámbito educativo permite implementar mejoras continuas a la estructura social emergente de la formación de la comunidad educativa. Consideramos necesario dialogar con el futuro profesorado sobre su formación inicial en transexualidad. Por ello el

instrumento utilizado ha sido el grupo focal. Según Krueger (1991), la evidencia de los grupos focales sugiere que las opiniones de un individuo pueden cambiar en el curso de la discusión con otros, porque las personas influyen las una en las otras por medio de sus comentarios, se busca la interacción entre los participantes como método para generar información. Concretamente un grupo focal formado por 8 alumnas y alumnos de 4º curso del grado de Educación Primaria.

RESULTADOS

El alumnado alude que no ha trabajado nada sobre transexualidad e infancia a lo largo del grado. Además, apuntan que es un tema crucial para el buen desarrollo de la persona desde la infancia, y si la intervención es negativa, puede llegar a afectar gravemente en el alumnado. Asimismo, las personas partícipes de la investigación expresan el desconocimiento en metodologías y recursos inclusivos con la infancia trans para trabajar en un futuro en sus clases. El alumnado expone que la educación debe ser inclusiva con la transexualidad, pues es una de las bases de la actual ley educativa y para ello es necesario que el profesorado esté concienciado y formado en el tema, ya que este es el referente para seguir en clase, sobre todo en las edades tempranas.

CONCLUSIONES

Cabe resaltar que todo el alumnado de la muestra defiende y propone la necesidad de introducir en los planes universitarios de formación inicial del profesorado conocimientos sobre transexualidades, debido al gran desconocimiento y a la confusión que tienen sobre el tema. Se refleja en la investigación la necesidad de estar formados para poder actuar como futuros docentes de manera igualitaria frente a las sexualidades no normativas, y promover una escuela realmente inclusiva con la infancia trans. Suscribimos que, para construir una verdadera escuela inclusiva con todo el alumnado, es clave la formación inicial del profesorado en transexualidades, una formación actualizada e innovadora que contemple las múltiples identidades de género.

REFERENCIAS

- Duncan, N. (1999). *Sexual Bullying. Gender Conflicts and Pupil Culture in Secondary Schools*. Routledge.
- Krueger, R. (1991). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage.
- Martxueta, A. y Etxeberria, J. (2014). Claves para atender la diversidad afectivo-sexual en el contexto educativo desde un enfoque global escolar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 3(5), 121-128.
- Pichardo, J. I., & Puche Cabezas, L. (2019). Universidad y diversidad sexogenérica: barreras, innovaciones y retos de futuro. *Metadatos. Revista De Ciencias Sociales*, 7(1). <https://doi.org/10.17502/m.rcs.v7i1.287>
- Sánchez Torrejón, B. (2024). Atención a la diversidad sexogenérica y educación inclusiva: caminando hacia una escuela arcoíris. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1-15. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-633>

R-Existencias.

Estrategias para vivir una buena vida

Sore Vega

sorevegasandin@gmail.com

R-existencias es un término que se inspira en el concepto de línea de fuga de Gilles Deleuze y Félix Guattari (2015) presentado en *Mil mesetas*. Designa un movimiento de escape de los aparatos de binarización. Por un lado, estamos sometidos a las reglas inflexibles de un régimen de signos binarios que determinan cómo movernos por el sistema; por otro lado, se van a situar aquellas personas que expresan, viven y sienten el binario como un lugar restrictivo y sin posibilidades de abrirse a nuevas maneras de pensarse respecto al género, la sexualidad y el deseo. Las líneas de fuga posibilitan estrategias de resistencia, maneras de escapar de las normas cisheteronormativas, de transgredir el género binario (Vega y Sore, 2024).

Vamos a realizar un pequeño viaje por la riqueza de formas y necesidades de resistir críticamente a pesar del Aparato Estado Binario. Al igual que Rosi Braidotti (2020), entendemos que las R-existencias «implican afectividad y alegría, pero también significan aguantar las adversidades y el dolor físico» (p. 74). ¿Pero cuáles son esas condiciones en las que las personas trans, no binarias y queers pueden surgir y volverse socialmente visibles (Monro, 2019)? ¿Cuáles son esas prácticas de libertad que posibilitan nuevas representaciones de la identidad y la creación de nuevas formas de organizar el género (Moulin de Souza *et al.*, 2022)?

Es crucial, en este análisis, reconocer el papel de las infancias y adolescencias trans en la lucha por la visibilización y el derecho a la autodeterminación. Comprender cómo desarrollan la resiliencia a través de la resistencia es un paso importante para hacer frente al estigma y la opresión propias de una sociedad miope por binarismos. Aunque se hace imprescindible considerar que, para el pleno desarrollo de sus experiencias vitales, necesitan el amor, la comprensión y el total apoyo de sus familias y entorno.

A continuación, enumeraremos algunas estrategias útiles en nuestro vivir expandido (sentir no binario):

Proponemos «utilizar pronombres de género neutro y otros términos, como el título *elle/them* o afirmar la categorización de no binarie» (Dembroff, 2020). El lenguaje es un primer paso importante en la transición de un paradigma binario a otro expandido, aunque no es el único ni el más radical. En el caso de infancias y adolescencias trans, el respeto por

sus pronombres y nombres escogidos es un derecho fundamental y una forma de reconocer su existencia.

Otra estrategia lingüística sería la utilización de la conjunción «Y» en lugar de la «O». Es un movimiento sencillo que llama a la multiplicidad (Deleuze y Guattari, 2015). Por ejemplo, en lugar de pensar en términos esto es «masculino o femenino», «bueno o malo», «propio o ajeno»; podemos utilizar la fórmula inclusiva «masculino y femenino», «bueno y malo», «propio y ajeno». Como resultado, obtendremos una renovada visión de las subjetividades expandidas como espacio vital inclusivo y compasivo con las diferencias. Para niños y adolescentes trans, este tipo de prácticas lingüísticas facilita la validación de sus identidades sin necesidad de encasillarse en categorías binarias.

Desenmascarar la miopía binaria (Vega, 2024). Reeducar nuestro inconsciente de fórmulas binarias para poder reconectar con toda nuestra potencia de vivir en multiplicidad, de vivirnos en colores, en lugar de solo dos: blanco o negro, rosa o azul. ¿Qué color tiene tu género? Esta pregunta es especialmente valiosa en la infancia, ya que permite a los niños explorar su identidad sin la presión de expectativas normativas.

Cultivar una estética de género no conforme. Desde buscar una imagen propia, pasando por cambios en el lenguaje corporal y de expresión, hasta la experiencia con hormonas. Todas ellas buscan hablar un lenguaje propio que nos conecte profundamente con un bienestar psicológico y social, a la vez que tienen efectos directos en la problematización del género binario y se convierten en catalizadores del cambio social, alterando el binario sexo/género y sus consecuencias nocivas (Morgenroth y Ryan, 2021). Para adolescentes trans, la posibilidad de acceder a tratamientos afirmativos de género sin trabas burocráticas o patologizantes es una forma de resistencia que impacta directamente en su bienestar psicológico y social.

Cultivar la autodeterminación: ¿Cómo transformar el miedo, la vergüenza, la culpabilidad y la ansiedad en fuerza, orgullo, energía vital, sentido de existencia y compasión? Las emociones cobran importancia en la exploración y autoidentificación con la experiencia no binaria. En este sentido, emergen el orgullo, la autenticidad, así como un sentimiento de liberación en el momento de rechazar el género asignado y, al mismo tiempo, hacernos cargo de nuestros sentimientos y de la autodefinition de género (Barbee y Douglas, 2019). En el caso de infancias y adolescencias trans, el apoyo familiar y escolar son cruciales para que estos sentimientos negativos no se transformen en obstáculos insuperables para su desarrollo.

Cultivar la pertenencia a la comunidad. Crear comunidad significa tener amistades del colectivo LGTBQI+, formar parte y contribuir de manera activa a la comunidad de pertenencia. Esto permite sentirse identificado con referentes y tener influencias positivas, lo que contribuye directamente a aliviar síntomas de depresión y ansiedad propias del estrés de la minoría (Meyer, 2003) y favorece nuestra salud psicológica (Hall III, 2020). Este sentido de plenitud es más fácil de conseguir con las alianzas y desde lo colectivo. Especialmente, para los jóvenes trans, contar con redes de apoyo tanto offline como online, tanto entre pares como con adultos referentes es esencial para contrarrestar la discriminación estructural.

Pedir ayuda cuando hay mala generización. Se puede contar con las personas aliadas para hacer frente a situaciones de equivocación con el nombre o el pronombre. Pedirles específicamente que sean ellas quienes corrijan tanto cuando estamos presentes como cuando no. Este acto solidario facilita la vida de manera directa. En espacios escolares, es fundamental que docentes y personal educativo sean agentes de cambio y acompañamiento.

El aislamiento social como estrategia de resistencia. Hay momentos en los que apartarnos temporalmente sirve como medida para aliviar el agotamiento que produce enfrentarse a una mala generización; a veces, para alejarnos de amistades que son dañinas; a veces, para inmunizarnos de los protocolos estandarizados de cómo vivir nuestras vidas; a veces para protegernos de espacios públicos diseñados como lugares peligrosos, intransitables y violentos: baños, vestuarios, gimnasios, centros educativos, lugares de trabajo... (Giannopoulou, 2016; Nirta, 2014; Doan, 2010; Cavanagh, 2010). Sin embargo, en el caso de adolescentes trans, el aislamiento también puede ser un indicador de sufrimiento, por lo que es necesario generar espacios seguros donde puedan habitar su identidad sin miedo.

El poder de decir «NO». Podemos decir NO a una mala generización y a la invisibilización. Un mundo vivible es obligatoriamente un mundo de reconocimientos recíprocos (Fanon, 2009), de espacios que generen igualdad de condiciones y nos constituyan mutuamente. Este derecho debe garantizarse desde el hogar, la escuela y la sociedad en su conjunto, pero, sobre todo, educar a las criaturas y adolescencia con técnicas de afrontamiento adecuadas para reconocer esta acción como derecho propio.

Proponemos priorizar la seguridad personal si las circunstancias no son propicias para mostrar nuestro lado más expandido. Valorar en cada momento qué estrategia utilizar, dependiendo de dónde estemos y con quién. Solo si resulta seguro es aconsejable visibilizarnos y hablar en neutro y pedir que el resto también lo haga, aunque esta estrategia suponga incomodar a las personas presentes. En el caso de infancia y adolescencias trans, este aspecto es vital, ya que muchas veces dependen de las personas adultas para garantizar su seguridad y bienestar.

Poner en valor las R-existencias. es reconocer que el par sexo/género binario es un fracaso, una ilusión distópica. Gracias a las vidas trans y al transfeminismo somos capaces de vislumbrar un mundo donde el arcoíris deje de ser un fenómeno óptico para convertirse en el ejemplo de la diferencia vivida en colores y gozosamente.

REFERENCIAS

- Barbee, Harry & Schrock, Douglas. (2019). Un/gendering social selves: how nonbinary people navigate and experience a binarily gendered world. *Sociological Forum*, 34(3), 572-593. <https://doi.org/10.1111/socf.12517>
- Braidotti, Rosi. (2019/2020). *El conocimiento posthumano*. Editorial Gedisa.
- Cavanagh, Sheila L. (2010). *Queering bathrooms: Gender, sexuality, and the hygienic imagination*. University of Toronto Press.
- Deleuze, Gilles & Guattari, Félix. (1980/2015). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-Textos.
- Dembroff, Robin. (2020). Beyond binary: genderqueer as critical gender kind. *Philosopher's Imprint*, 20(9), 1-31. <https://philsci-archive.pitt.edu/16317/1/Beyond%20Binary%20Final.pdf>
- Doan, Petra L. (2010). The tyranny of gendered spaces — reflections from beyond the gender dichotomy. *Gender, Place & Culture*, 17 (5), 635-654. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2010.503121>
- Fanon, Frantz. (2009). *Piel negra, máscaras blancas*. Akal.
- Giannopoulou, Efpraxia. (2016). *Entre: de repente, sin fin, lo innombrable* [Tesis Doctoral]. Universidad Politécnica de Madrid.

- Hall III, Calvin J. (2020). *A Phenomenological study of nonbinary resilience and mental health*. [Doctoral dissertation]. Virginia Commonwealth University.
- Meyer, Ilan. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Monro, Surya. (2019). Non-binary and genderqueer: an overview of the field. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 126-131. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538841>
- Morgenroth, Thekla, & Ryan, Michelle. K. (2021). The effects of gender trouble: an integrative theoretical framework of the perpetuation and disruption of the gender/sex binary. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1113-1142. <https://doi.org/10.1177/1745691620902442>
- Moulin de Souza, Eloisio, & Parker, Martin. (2022). Practices of freedom and the disruption of binary genders: thinking with trans. *SageJournals*, 29(1), 67-82. <https://doi.org/10.1177/1350508420935602>
- Nirta, Catherine. (2014). *Marginal bodies: actualising trans Utopias* [Doctoral dissertation]. University of Westminster.
- Vega Sandín, Sore. (2024). *Mundos no binarios. Rompiendo los mandatos de género*. Ediciones Kindle. ASIN: B0D9HSR2L1. <https://amzn.eu/d/hITUjIi>

Comunicaciones Sesión 2

Komunikazioen 2. saioa

The Norwegian trans health care system today

**David R. Banos¹, Alma Marstein², Kristopher Salvesen², Anine Hartmann²,
Janne Bromseth³, Max Korbmacher^{4,5,6}**

¹ University of Oslo, P.O. Box 1053, Blindern, 0316, Oslo, Norway.

² Independent, Oslo, Norway.

³ Inland Norway University of Applied Sciences, Postboks 400 Vestad, 2418, Elverum, Norway.

⁴ Haukeland University Hospital, Jonas Lies vei 71, 5053, Bergen, Norway.

⁵ Mohn Medical Imaging and Visualisation Centre (MMIV), Ulriksdal 8, 5009, Bergen, Norway.

⁶ Western Norway University of Applied Sciences, Inndalsveien 28, 5063, Bergen, Norway.

davidru@uio.no

INTRODUCTION

This conference proceeding provides an overview of pathways for gender-affirming care in Norway. We begin with a glossary, followed by a historical overview and a flow chart describing the pathways. Finally, we outline the current situation and offer a critical view of today's challenges and possibilities.

GLOSSARY (COMMONLY USED NORWEGIAN ACRONYMS IN PARENTHESIS)

- GP: General Practitioner
- OUH: Oslo University Hospital (OUS)
- CAPOC: Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Clinic (BUP)
- RCGI: Regional Centers for Gender Incongruence (RSKI)
- DPC: Local District Psychiatric Centre (DPS)
- NCGI: The Norwegian National Center for Gender Incongruence (NBTK)
- KID Team: division within NCGI for those under 18.
- AKV Team: division within NCGI for those over 18.
- HCGS: Health Clinic for Gender and Sexuality in Oslo (HKS)
- Trans*: Includes all who identify with a gender different from their assigned sex at birth or express gender in non-normative ways, such as binary trans, non-binary, and gender non-conforming people.
- POGI: Patient Organization for Gender Incongruence (PKI)

HISTORICAL CONTEXT

Transgender medicine in Norway became formally institutionalized in 2001/2002 with the establishment of the Gender Identity Disorder Clinic (GID) (Slagstad, 2022, p. 484), later renamed National Center for Transsexualism in 2010 (Helsedirektoratet, 2015, p. 40), and finally the National Center for Gender Incongruence (NCGI) in 2020 (eRapport, 2019)¹, following the WHO's revision of ICD-11. Meanwhile, in 2001, the Health Clinic for LGBT Youth was established. It became HCGS in 2008, supporting trans people aged 0–30 (HKS, 2025).

The current national medical guidelines result from a commission issued by the Norwegian Ministry of Health in 2012. Experts from various fields (sexology, medicine, law, biology, psychology, associations, etc.) were brought together to draft a report with recommendations regarding trans health (Helsedirektoratet, 2015).

Not all recommendations were implemented, but the report led to the gender recognition law which came into force on July 1, 2016. The law allows legal gender change through self-declaration, without the need for castration or an F64.0 Transsexualism diagnosis. Prior to the law, those who wished to change their legal gender had to have the F64 diagnosis and present medical proof of sterilization² (SLN, 2024). To obtain such proof, people who had undergone surgery abroad were required to be examined by a Norwegian doctor (Sørlic, 2014, p. 274).

In 2018, the Patient Organization for Gender Incongruence (POGI) was founded to advocate for change. Among its demands are dismantling the monopoly held by the National Hospital and the National Unit for Gender Incongruence (NBTK), the inclusion of non-binary people in public health care, and the adoption of approaches based on informed consent and support, such as the model used by HCGS (PKI, 2018).

In 2023, the treatment of trans minors was impacted by a report from the Norwegian Commission for Investigation of the Health and Care Services (UKOM, 2023), which criticized the use of puberty blockers and hormonal treatments, recommending that they be redefined as «experimental treatment.» Many LGBTI+ organizations reacted against this. In 2024, POGI commissioned the report «*Healthcare for Minors with Gender Incongruence: Legal and Medical Approaches*», prepared by Egalia, an anti-discrimination organization. The report concluded that the Norwegian healthcare system violates the rights of trans minors by failing to provide adequate and non-discriminatory care (Hamnvik & Løvdal, 2024).

THE PROCESS TODAY

There are two ways to access public gender-affirming care in Norway: the national route via NCGI (open to all citizens) and a local Oslo-based initiative through HCGS (for residents aged 0–30). Figure 1 is based on the official websites of NCGI (OUH, 2025) and HCGS (HKS, 2025).

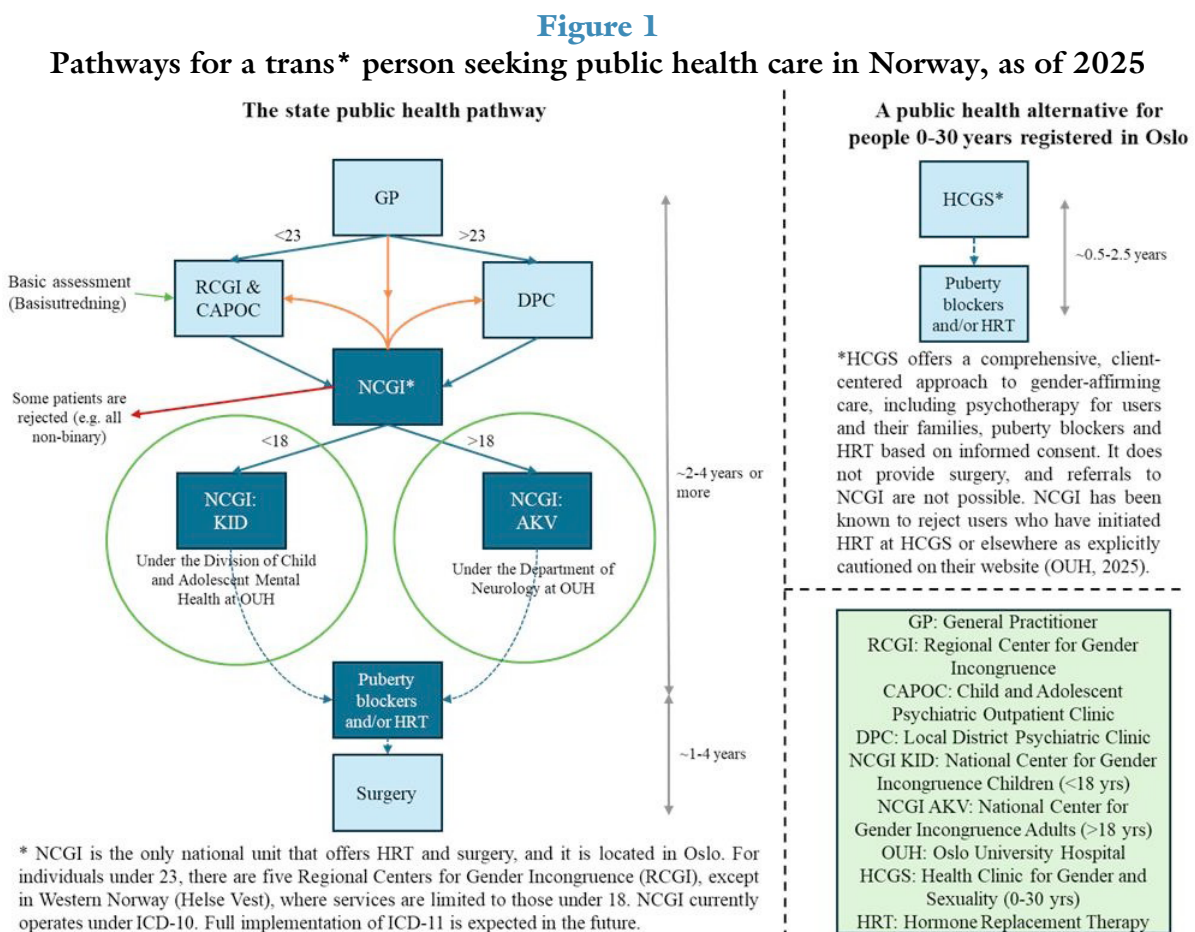
¹ The official annual reports and the NCGI website refer inconsistently to the service, using both the old name (NBTS) and the new name (NBTK), even within the same documents and after the official name change (eRapport, 2019).

² Sterilization was mandatory for legal sex change, but not for treatment (SLN, 2024; Sørlic, 2013, p. 68). The National Hospital has been criticized for performing sterilizations to meet legal requirements before offering other surgeries—a practice many regard as forced sterilization (Helsedirektoratet, 2015).

The dark blue boxes in Figure 1 represent services provided by the NCGI. Although GPs are allowed—and encouraged by international guidelines (e.g., WPATH)—to refer individuals directly to NCGI or to the newly established RCGIs, the current practice at NCGI is to redirect these referrals to CAPOCS and DPC for psychiatric evaluation (represented by orange lines in Figure 1). At present, NCGI operates under the ICD-10 diagnostic framework and routinely rejects patients who identify outside the gender binary or who are not deemed to meet the diagnostic criteria for «gender incongruence» (indicated by a red line in Figure 1).

For non-binary trans* individuals aged 0-30 residing in Oslo, the only available public option is HCGS. As of now, all other non-binary trans* people are effectively excluded from the public healthcare system (Nyquist, Torgersen, David, Diseth, Gulbrandsen, *et al.*, 2024). This exclusion leads to serious legal and health consequences (Monro & Van Der Ros, 2017).

HCGS assists people of all genders aged 0-30 and their families, but it is not authorized to offer gender-affirming surgeries or refer users to other units. As a result, HCGS clients typically pursue surgeries privately or rely on support from LGBTQI+ organizations through fundraising. Their approach is based on informed consent. It follows SoC-8 and operates under the ICD-11. Hence, no psychiatric assessment is required. Anyone can approach the clinic. HCGS has long waiting lists of around 10 months due to limited resources (HKS, 2025).



NCGI MODEL VS. HCGS MODEL

The two institutions reflect fundamentally different approaches to transgender health care. NCGI emphasizes psychiatric evaluation (Surén *et al.*, 2020) while HCGS is located entirely outside hospital premises and its employees work mainly in sexology and psychology, while endocrinologists manage follow-up. Despite NCGI's hegemony, widespread discontent in the trans community has led to few changes³. For reference, NCGI got 90 complaints from 2019 to 2022 which, to date, has not led to any significant change (Aydar, 2023). In contrast, HCGS got 2 complaints and 1 warning in 2022, which temporarily halted treatments (Kringstad & Lilleeng, 2022). The activity was retaken shortly after protests by organizations.

TRANSPHOBIA IN NORWEGIAN PUBLIC HEALTH CARE

The NCGI has been the subject of sustained criticism for a clinical model that reflects limited engagement with contemporary understandings of gender diversity and trans-affirming practice. This is evident in institutional language, policies, and academic outputs. For example, the official NCGI website (OUH, 2025) continues to use pathologizing terminology such as «birth gender» and ICD-10 diagnostic categories. As of 2025, it states that «Oslo patients with symptoms of gender incongruence» may be referred for assessment, consistently describing trans individuals as «patients with gender incongruence.» A similar framing appears in Nyquist *et al.* (2024), authored by clinicians affiliated with NCGI, which refers to trans identities in terms of «symptoms» and emphasizes psychiatric comorbidities without addressing minority stress. A published critique (Banos *et al.*, 2025) responded to this article by highlighting both methodological flaws and the pathologizing implications of its language, calling for research that is more socially grounded and respectful of trans experience.

Current procedures at NCGI also reflect a gatekeeping model that diverges from international standards. Individuals are referred through psychiatric services before accessing specialized care, a pathway not aligned with best practices (e.g., WPATH, SoC-8). The website further describes a required «real-life experience» (RLE) phase, where individuals are expected to socially transition in all aspects of life before treatment. This approach has been widely criticized for enforcing binary norms and has been removed from the latest Standards of Care (Coleman *et al.*, 2022).

In public discourse, clinicians affiliated with NCGI have expressed concern over a «sudden explosive increase in referrals» and referred to transmasculine youth as «our nation's daughters» (Währe & Tønseth, 2018), grounded more in moral panic than clinical objectivity. Some have attended SEGM conferences, a group known for promoting anti-trans narratives (Caraballo, 2022). Additionally, long-serving staff have been involved in past practices such as requiring sterilization for legal gender recognition—policies condemned by international human rights bodies. Despite calls from trans-led organizations, no formal apology or institutional reckoning has yet taken place.

³ The claim is backed by numerous testimonies in Norwegian media. Ninety complaints filed against NCGI (2019- 2022) support this (Aydar, 2023). A freedom of information request by the POGI revealed NCGI ranked lowest in patient satisfaction among all the 51 hospital departments.

CLOSING REFLECTIONS

We believe that respectful and effective health care must begin with an institutional apology and a commitment to academic and clinical updates to restore public trust. The NCGI website illustrates the systemic transphobia that continues to shape the Norwegian public health system. International practices like ICD-11 and SoC-8 need to be fully implemented, but we also see awareness of internalized transphobia as a *conditio sine qua non* for providing dignified, stigma-free care. This requires rigorous self-assessment of language, gender-related biases, and paternalistic approaches that limit personal freedom and bodily autonomy. It is time for Norway to take accountability and rebuild a system where care is available to all genders.

BIBLIOGRAPHY

- Aydar, S. (2023). *Skriftlig spørsmål fra Seher Aydar (R) til helse- og omsorgsministeren [Written question from Seher Aydar (R) to the Minister of Health and Care Services]*. Oslo: Stortinget Retrieved from <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlig-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=79189>
- Banos, D. R., Marstein, A., Patrascu, M., Hartmann, A., Bromseth, J., *et al.* (2025). Concerns about Nyquist *et al.*, published 15 July 2024. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
- Caraballo, A. (2022). The Anti-Transgender Medical Expert Industry. *J Law Med Ethics*, 50(4), 687-692. <https://doi.org/10.1017/jme.2023.9>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., *et al.* (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23, S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- eRapport. (2019). *Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens*. <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/L-OUS-21/2019> Archived at <https://perma.cc/W33T-X3PW>
- Hamnvik, O.-P., & Løvdal, L. (2024). *Helsehjelp til mindreårige pasienter med kjønnsinkongruens: Juridiske og medisinske perspektiver [Healthcare for Minors with Gender Incongruence: Legal and Medical Perspectives]*. <https://egalia.org/barn-og-kjønnsinkongruens/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rett til rett kjønn — helse til alle kjønn: Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rett-til-rett-kjonn>
- HKS. (2025). *Helsetasjon for kjønn og seksualitet [Health Clinic for Gender and Sexuality]*. <https://www.hksoslo.no/om-hks> Archived at <https://perma.cc/RD8N-66HX>
- Kringstad, K., & Lilleeng, S. (2022, 2022-04-22). Stopper planlagt behandling til transpersoner [Suspension of planned treatment for transgender individuals]. NRK. https://www.nrk.no/trondelag/helsetasjon-for-kjonn-og-seksualitet-_hks_-ga-beskjed-om-at-hormonbehandling-stopper-1.15921588 Archived at <https://perma.cc/4S42-9VRB>
- Monro, S., & Van Der Ros, J. (2017). Trans* and gender variant citizenship and the state in Norway. *Critical Social Policy*, 38(1), 57-78.
- Nyquist, C. B., Torgersen, L., David, L. W., Diseth, T. H., Magnus, P., *et al.* (2024). Population-adjusted numbers, demographics and mental health among children and adolescents referred to the Norwegian National Center for Gender Incongruence over two decades. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

- Nyquist, C. B., Torgersen, L., David, L. W., Diseth, T. H., Gulbrandsen, K., *et al.* (2024). Treatment trajectories among children and adolescents referred to the Norwegian National Center for Gender Incongruence. *Acta Paediatr.*
- OUH. (2025). *Oslo University Hospital: Kjønnsinkongruens*. Retrieved 4 April 2025 from <https://www.oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/kjonnsinkongruens> Archived at <https://perma.cc/K7S7-6VVN>
- PKI. (2018). *Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (Patient Organization for Gender Incongruence)*. <https://pkinorge.no/>
- Slagstad, K. (2022). Bureaucratizing Medicine: Creating a Gender Identity Clinic in the Welfare State. *Isis. The University of Chicago Press Journals*, 113(3).
- SLN. (2024). *Store Norske Leksikon: lov om endring av juridisk kjønn*. Retrieved 4 April 2025 from https://snl.no/lov_om_endring_av_juridisk_kj%C3%B8nn
- Surén, P., Wæhre, A., Tønseth, K. A., Bauge, I. S., & Stoltenberg, C. (2020). *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/MRzMWB/helsedirektoratet-kommer-med-uforsvarlige-retningslinjer-for-kjoennsinkongruens-fem-leger> Archived at <https://perma.cc/65KV-FJFT>
- Sørli, A. (2013). *Retten til kjønnsidentitet som menneskerettighet: Kan norsk forvaltningspraksis' krav om irreversibel sterilisering ved endring av fødselsnummer forsvares?* University of Oslo]. <https://www.jus.uio.no/ior/forskning/omrader/kvinneverett/publikasjoner/skriftserien/dokumenter/nr-90-anniken-sorlie.pdf>
- Sørli, A. (2014). Tvungen identitet — en vurdering av norsk forvaltningspraksis' krav om irreversibel sterilisering ved endring av juridisk kjønn. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 12(4), 272–295.
- UKOM. (2023). *Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens*. <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag>
- Wæhre, A., & Tønseth, K. A. (2018). <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/BJvg49/vi-har-faatt-en-eksplosiv-oekning-i-antall-tenaaringsjenter-som-oensker-aa-skifte-kjoenn-tar-du-ansvaret-bent-hoeie-anne-waehre-og-kim-alexander-toeneth> Archived at <https://perma.cc/75GL-ZX6H>

Clinical profiles, models of care and future perspectives of transgender children and adolescents in a specialized consultation in Paris, France

Dr. Adur Jauregi Yarnoz

Psiquiatra, Hospital Pitié-Salpêtrière-Sorbonne Université

adur.jauregiyarnoz@aphp.fr

CONTEXT

French clinical data on the medical management of transgender children and adolescents is scarce, yet the topic regularly comes to the forefront in the media. In Paris, the specialized consultation in the Pitié-Salpêtrière hospital, a partner of the TJT platform (Trajectoire Jeunes Trans), operates since 2012 a Gender Diversity consultation tending to underage transgender and gender questioning patients.

METHOD

We describe the Gender Diversity consultation in the Pitié-Salpêtrière hospital, the largest specialized gender identity consultation for children and adolescents in Île-de-France. We also present the results of a 2023 study that retrospectively describes all the 239 children and adolescents received between 2012 and 2022 in this consultation, focusing on their sociodemographic characteristics, the presence of gender incongruence according to the ICD 11 criteria, the psychiatric and social vulnerabilities, and the main management modalities proposed. Finally, we present a new prospective study that is being currently conducted, in which we aim to assess the impact of our affirmative model of care on the very cohort of 239 youths described in the aforementioned study.

RESULTS

The specialized consultation for gender identity was established in 2012 within the university hospital department of child and adolescent psychiatry at the Pitié-Salpêtrière Hospital, at the initiative of Colette Chiland (Mendes *et al.*, 2016). This service provides care for transgender minors and/or those experiencing questions regarding their gender identity, as well as their families. Access to the consultation is based on self-referral, medical referral, and/or referrals from peer-led advocacy groups.

The team at Pitié-Salpêtrière — Sorbonne University coordinates the regional network supported by the Île-de-France Regional Health Agency (ARSIF), known as the *Trans Youth Trajectories* platform (Trajectoires Jeunes Trans or TJT). This multidisciplinary platform brings together professionals from various fields, including child and adolescent psychiatry, psychology, pediatric endocrinology, endocrinology, pediatrics, surgery, reproductive biology, sexual health medicine, psychomotricity, law, and ethics.

Over time, trust-based relationships have progressively been established among healthcare professionals, transgender advocacy organizations, the parent association *Grandir Trans* (representing approximately 1,300 families), the *Trans Health Network* (Réseau Santé Trans or ReST) and more, united by a shared commitment to promoting the comprehensive health and well-being of transgender minors and young adults.

The consultation is dedicated to supporting young people and their families in their exploration of gender identity, adopting an empathetic, non-judgmental approach aligned with the standards of care established by the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (WPATH, n.d.). The proposed medical information and interventions are supported by scientific evidence, the situated knowledge of transgender individuals, international guidelines, and draws upon both the clinical tradition of child and adolescent psychiatry and an ethical framework grounded in the principles of Beauchamp and Childress (Beauchamp & Childress, 2007).

Since 2015, Multidisciplinary Case Conferences (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires, or RCP) are held on a monthly basis. These meetings bring together all professionals involved in the care of young individuals to collaboratively assess the appropriateness of initiating medical treatments, issuing a collegial endorsement of any particular medical procedure.

Since 2021, in the absence of any psychiatric concerns identified during initial registration, psychodynamic consultations focusing on the exploration of gender identity, the formulation of a gender affirmation request, and psychological support may be conducted by a psychologist. In such cases, the young person and their family are seen by the psychologist from the first consultation, with a subsequent meeting with a child psychiatrist arranged if necessary in the following weeks to assess any potential psychiatric comorbidities and to complete the developmental history from a medical perspective.

In order to better characterize the population of transgender, gender-nonconforming, or questioning minors who attend this specialized center in France, a retrospective study was conducted in 2023. The study aims to describe all children and adolescents receiving care since 2012 at the gender identity consultation of the child and adolescent psychiatry department at Pitié-Salpêtrière Hospital, AP-HP — Sorbonne University. In addition to reporting their sociodemographic characteristics, the study evaluates the presence or absence of gender incongruence according to ICD-11 criteria and any co-occurring psychiatric conditions. It also outlines the main types of care provided, including social transition, pubertal suppression, hormonal transition, and surgical transition. Finally, the study reports on the youths' chosen expression of their transgender identities, as well as the timelines and ethical frameworks guiding the initiation of the proposed treatments.

We collected data on 239 youths aged 3 to 20 years, from which 68% were assigned female at birth, 31% assigned male at birth, and 1% were intersex or presented with

variations of genital development. The mean age at which youths and their families were seen at the first appointment was 14.5 years (± 3.16). Overall, 91% of the sample presented with gender incongruence, with 32% expressing gender incongruence before puberty. In terms of psychopathology, depressive and anxiety disorders, as well as suicidality, came well ahead of other psychiatric co-occurrences. School ostracism and rejection were common. Compared to the general adolescent population, the young people in the specialized consultation were much more exposed to discrimination and insults, and even sexual aggression in the public space, than their peers. Overall, 40% of the young people made a social transition before the first consultation and 74% and 61% of them did so within the family and at school contexts, respectively (the mean age of social transition at school = 15.13 years). Overall, 35% of the young people officially changed their name (the mean age = 16.26 years). Puberty blockers were used by 11% of the youths who had reached puberty (mean age = 13.9 years, mean time to initiation = 10 months). In total, fewer than half of the youths (44%) received masculinizing or feminizing sex hormone treatment (mean age = 16.9 years, mean time to initiation = 14 months). Overall, 8.7% of the young people who received sex hormone treatment underwent fertility preservation. Requests for surgery before the age of 18 remain very rare. The most frequent are torsoplasties (20%) performed at a mean age of 18.44 years and never before 16 years (Lagrange *et al.*, 2023).

Aiming to assess the impact of the care model guiding the management of young people attending the *Gender Diversity Consultation*, a longitudinal outcome study is currently underway. The primary objective of the study is to describe the psychosocial evolution of the 239 young individuals who have received care at the *Gender Diversity Consultation* at the child and adolescent psychiatry department of the Pitié-Salpêtrière Hospital since 2012. Psychosocial outcomes are being evaluated both functionally (quality of life, adaptive functioning, well-being, and academic and/or professional integration) and in terms of physical and mental health (psychiatric diagnoses, incidence of suicidal behavior and addictive behavior).

The secondary objective of the study is to identify factors associated with better adaptive functioning at follow-up—as measured by the total score on the *Global Assessment Scale* (GAS)—among various socio-demographic, clinical, environmental, and transition-related variables (Endicott *et al.*, 1976). Although the study is still in its initial phase, it is anticipated that there will be a positive correlation between GAS scores and parameters related to the care process: frequency of consultations, duration of follow-up period, and access to specialized treatments (hormonal and surgical interventions).

Additionally, it is hypothesized that young people receiving care within this network, in which the Gender Diversity Consultation operates, will present with fewer associated psychiatric disorders compared to their initial assessment.

CONCLUSION

Like many other specialized consultations in Europe and in the world, the Gender Diversity consultation in the Pitié-Salpêtrière hospital aims to provide comprehensive and affirming care to trans children and adolescents, amidst quickly changing legislative and political contexts.

The results of the descriptive study show a cohort similar to those reported by other European centers in terms of the higher proportion of young people assigned female at birth. However, they differ in having a lower proportion of hormonal treatment. ((Wiepjes *et al.*, 2018, Masic *et al.*, 2022) Social transition is the most frequent request in the consultation, but it is not systematic.

Longitudinal studies conducted among minors accessing specialized consultations have highlighted the benefits of early access to care. However, with the exception of a few studies, the follow-up periods in recent research rarely exceed two years. (Olson-Kennedy *et al.*, 2019, Chen *et al.*, 2023) No longitudinal study has been conducted within the French population, and extrapolating data from other countries proves challenging due to significant cultural and legislative differences. The longitudinal observational study here presented will help identify the factors influencing long-term trajectories and to inform strategies for improving care provision.

REFERENCES

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2007). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Les Belles Lettres.
- Chen, D., Berona, J., Chan, Y. M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., ... & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial functioning in transgender youth after 2 years of hormones. *The New England Journal of Medicine*, 388(3), 240–250. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297>
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766–771.
- Lagrange, C., Brunelle, J., Poirier, F., Pellerin, H., Mendes, N., Mamou, G., & Condat, A. (2023). Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(5), 270–280.
- Masic, U., Butler, G., Carruthers, P., & Carmichael, P. (2022). Trajectories of transgender adolescents referred for endocrine intervention in England. *Archives of Disease in Childhood*, 107(11), 1012–1017.
- Mendes, N., Lagrange, C., & Condat, A. (2016). La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent: Revue de littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64, 240–254.
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434. <https://doi.org/10.2196/14434>
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., *et al.* (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582–590.
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (n.d.). *Homepage*. <https://www.wpath.org>

Implementación de un programa de transición para adolescentes trans entre unidades de género pediátricas y de adultos

Paloma Ferreiro-Mazón, Óscar Moreno Domínguez, Eduardo Enrique Martínez Rodríguez, Julio Guerrero-Fernández, Atilano Carcavilla Urquí, Isabel González Casado

palomafmgp@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La transición de adolescentes desde servicios pediátricos a servicios de adultos supone un momento crítico en su seguimiento, y su éxito está relacionado con la mejora en la continuidad del tratamiento y la reducción de complicaciones (Borovitz *et al.*, 2023; Padley *et al.*, 2023; Nardone *et al.*, 2020)

No hay programas estructurados de transición a adultos en personas trans documentados en la literatura.

Para coordinar el traspaso de cuidados entre la Unidad de Género (UG) Infantil y la UG de adultos de nuestro centro, hemos elaborado un programa estructurado de transición que incluye una consulta médica, en la que participan un endocrinólogo de cada unidad, además del adolescente implicado, y uno o varios acompañante si así lo desea la persona transicionada.

En esta consulta se realiza un repaso de la historia clínica del adolescente, con especial atención a los tratamientos hormonales recibidos y efectos secundarios objetivados, así como antecedentes personales de interés, tanto desde el punto de vista médico como psicológico o social. También se explican posibles cirugías que resulten de interés para el adolescente, y se incluye en lista de espera si así lo desea.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es evaluar las ventajas de realizar una transición a adultos mediante un programa estructurado. Las ventajas esperadas de la implantación de este programa son reducir el tiempo de espera entre consultas, minimizar la pérdida de seguimiento y facilitar la adaptación de los adolescentes a la nueva unidad.

Como objetivo secundario, describir las características de los adolescentes involucrados en el programa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en la Unidad Multidisciplinar de Género de un hospital terciario. Se incluyeron 61 personas trans que participaron en el programa de transición estructurado, desde su inicio en noviembre de 2022 hasta mayo de 2024.

Se realizó una recogida de variables descriptivas de la muestra transicionada: género, edad, estadio puberal, tipo de terapia hormonal recibida, cirugías realizadas, efectos secundarios observados y porcentaje de abandono de tratamiento. También se analizó la tasa de abandono de consulta en la UG de adultos y el tiempo medio de espera objetivado desde que acuden a la consulta de transición hasta la primera consulta en la UG de adultos.

RESULTADOS

De los 61 adolescentes incluidos en el estudio, 39 son chicos trans (63,93%), 21 chicas trans (34,45%) y una persona de género no binario (1,63%). La edad media durante la consulta de transición fue de 18,81 (DS: $\pm$ 1,95) años. Un 75,41% ($n = 46$) de la muestra refería identidad diferente a la asignada al nacer desde la infancia (antes de los 10 años). Un 11,47% realizó criopreservación previo al inicio de terapias hormonales (4 chicas trans, 3 chicos trans).

Un 22,95% ($n=14$) había iniciado terapias hormonales en estadios iniciales de la pubertad (Tanner II-III), y un 75,41% ($n=46$) en estadios finales (Tanner IV-V). En el momento de la transición, la persona de género no binario se encontraba en tratamiento con frenadores de la pubertad (FP) en monoterapia. El resto de los participantes recibía terapia hormonal afirmativa de género (THAG), de los cuales un 25,64% de los chicos trans ($n = 10$) y un 90,47% de las chicas trans ($n = 19$) la combinaban con FP. La duración promedio de THAG hasta el momento del estudio fue de 4,88 (DS: $\pm$ 1,55) años.

La vía de administración de THAG más frecuente fue la transdérmica (71,42%) en chicas trans y la subcutánea en chicos trans (69,23%). Un 53,84% de los chicos trans se sometieron a cirugía de masculinización torácica, y un 14,28% de las chicas a vaginoplastia, ambos en centros privados, previo a la consulta de transición.

Un 58,97% de los chicos trans ($n = 23$) presentó algún efecto secundario ($E2^\circ$) a la testosterona, siendo el más frecuente la poliglobulia (41,02%), seguido del acné (17,94%). La prevalencia de poliglobulia fue ligeramente superior en tratados con cipionato de testosterona intramuscular vs. subcutánea (55% vs. 37%). Solamente 4 chicas trans (19,04%) presentaron algún $E2^\circ$ a la terapia hormonal, siendo el más frecuente la osteopenia ($n=2$), en probable relación con terapia concomitante con frenadores de la pubertad.

Se identificaron 3 casos de abandono de tratamiento (4,92%), todos ellos chicos trans, en promedio 6 años después de su inicio, debido a efectos secundarios y dudas sobre su deseo de corporalidad. Ninguna chica trans abandonó THAG. Todos ellos mantuvieron su identidad sentida. No se registraron casos de detransición primaria entre los participantes.

Ocho adolescentes (13,11%) abandonaron el seguimiento, uno de ellos por suspensión de THAG. El motivo de abandono fue desconocido en el resto de la muestra.

El tiempo promedio desde la consulta de transición hasta la primera consulta en la UG de adultos fue de 3,88 (DS: $\pm$ 2,45) meses, con una duración máxima de 8,77 meses.

DISCUSIÓN

Previo a la implantación del programa de transición, la mayoría de los adolescentes que finalizaban el seguimiento en pediatría precisaban solicitar una nueva cita en un servicio de adultos en otro centro. El cambio de centro conlleva una pérdida de parte de la historia clínica, y una demora en la atención.

En enero del año 2023 se realizó una encuesta de satisfacción a 35 adolescentes trans que habían sido transferidos a unidades de adultos desde la UG infantil de nuestro centro, de los cuales un 75% precisaron realizar un cambio de hospital. Solamente 14 de ellos (40%) referían no haber presentado dificultades a la hora de iniciar seguimiento en la nueva unidad. Las problemáticas referidas fueron relacionadas con tiempos de espera prolongados, así como dificultades a la hora de adaptarse a la nueva unidad y problemas administrativos relacionados con la accesibilidad y solicitud de citas.

Como resultado de la implementación del programa de transición, se observaron principalmente dos beneficios: por un lado, se facilitó la adaptación de los adolescentes a la nueva unidad; por otro, se mejoró la comunicación entre la UG infantil y de adultos. Esto permitió evitar pérdidas de información y garantizar una adecuada transferencia de la historia clínica al equipo receptor.

También se observó un tiempo de espera que consideramos breve (media 3,88 meses), aunque sería adecuado realizar un estudio comparativo con los tiempos de espera previos a la implantación de este programa para poder conocer de manera más precisa su optimización.

El porcentaje de abandono de consultas no fue desdeñable (13,11%), aunque se desconoce la tasa de abandono previo a la implantación de este programa, y no hay datos en la literatura de porcentajes de abandono en consultas de identidad de género.

CONCLUSIONES

1. El programa estructurado de transición desde la UG pediátrica a la UG de adultos ayudó a reducir el tiempo de espera y el impacto asociado al cambio de especialista, facilitando la adaptación a nueva unidad.
2. No se observó ningún caso de detransición primaria en los participantes del programa.
3. El porcentaje de abandono de consultas en nuestra serie fue de un 13,11%.

REFERENCIAS

Borovitz, Y., Zanhendler, N., Katz, N., Koren, G., Haskin, O., Alfandari, H., Levi, S., Dagan, A., Hamdani, G., Davidovits, M., Landau, D., & Toukhy, N. (2023). A new transition program for kidney transplanted young adults from pediatric to adult care services. *Harefuah*, 162 (5), 290-294.

- Padley, N., Moubayed, D., Lanteigne, A., Ouimet, F., Clermont, M. J., Fournier, A., & Racine, E. (2023). Transition from pediatric to adult healthcare services: Aspirations and practices of human flourishing. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1), 2278904. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2278904>
- Nardone, O. M., Iacucci, M., Ghosh, S., & Castiglione, F. (2020). Can a transition clinic bridge the gap between paediatric and adult inflammatory bowel disease care models?. *Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, 52(5), 516–527. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2020.02.009>

Experiencia en una consulta de atención a la salud sexual y reproductiva. Personas trans adolescentes y jóvenes

Anna Payaró Llisterri

Trànsit Barcelona. Institut Català de la Salut

apayaro.bcn.ics@gencat.cat

FUNDAMENTACIÓN

Desde el año 2021, dentro del servicio Trànsit de atención a la salud de las personas trans en Catalunya, se lleva a cabo una consulta de salud sexual y reproductiva en el ASSIR Numància de Barcelona, destinada exclusivamente a personas usuarias de Trànsit. Esta consulta, que funciona una tarde a la semana, atiende de forma continuada a personas trans con necesidades específicas en el ámbito ginecológico, reproductivo y sexual, en un entorno seguro y libre de violencias. Muchas personas acuden desde otros territorios debido a experiencias previas de discriminación o incomodidad en los servicios de atención primaria convencionales.

OBJETIVO

Presentar los motivos de consulta y las demandas detectadas en las personas trans menores de 25 años atendidas en esta consulta entre febrero de 2021 y febrero de 2025.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo basado en el registro clínico sistemático de las visitas realizadas en la consulta. Se analizaron variables como el motivo de visita, la identidad de género, el sexo asignado al nacer, el deseo gestacional, la toma de testosterona y la presencia de dolor pélvico. Se realizó un análisis cuantitativo simple con cálculo de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

A pesar de que las personas menores de 25 años representan el grupo más numeroso entre las usuarias de Trànsit en Barcelona, solo un 5,7% de ellas ha accedido a la consulta espe-

cífica de salud sexual y reproductiva, en comparación con un 17,2% de las personas adultas. Esta diferencia apunta a la necesidad de seguir eliminando barreras de acceso y reforzar estrategias de derivación e información para asegurar que también la población joven pueda beneficiarse de este espacio adaptado.

Durante el período comprendido entre febrero de 2021 y febrero de 2025, fueron atendidas 205 personas trans menores de 25 años. 133 se identificaron como personas transmasculinas (64,9%), 62 como personas transfemeninas (30,2%) y 10 como personas no binarias (4,9%). Dentro del grupo no binario, 7 personas fueron asignadas mujer al nacer y 3 fueron asignadas hombre al nacer. La edad media de todos los grupos fue de 21 años.

Esta distribución mantiene la predominancia de identidades transmasculinas, pero introduce también un grupo claramente definido de personas no binarias, lo que permite un análisis más inclusivo. Visibilizar estas identidades más allá del binarismo es clave para una atención más ajustada a las diversidades de género.

Entre las 133 personas transmasculinas, los motivos más frecuentes fueron molestias vaginales (26,4%), citologías (15,7%), cribado de ITS (7,9%) y sangrado genital (7,9%). También se registraron consultas por criopreservación, histerectomía, anticoncepción, dolor pélvico y reproducción asistida. En el marco del plan de accesibilidad de la Generalitat de Catalunya, se colocaron 6 implantes anticonceptivos sin coste para personas menores de 29 años. Tres casos respondieron a una demanda explícita de anticoncepción, y en tres fue una colocación oportunista. En un caso, el implante fue indicado con el objetivo de reducir sangrados intensos sin aumentar la dosis de testosterona, lo que se logró con éxito clínico. En una persona con amenorrea inducida por testosterona, esta se mantuvo tras la colocación. En tres casos adicionales, en personas que ya presentaban amenorrea con la testosterona, se observó spotting leve y mantenido tras la inserción del implante. El implante puede ser útil como método anticonceptivo y para reducir sangrados abundantes, aunque no parece ser eficaz para inducir amenorrea de forma consistente.

En los últimos 18 meses, se derivaron 10 personas transmasculinas para colocación de dispositivos intrauterinos DIUs en el marco del mismo plan de accesibilidad 9 fueron DIUs hormonales tipo Mirena y 1 un DIU de plata en 2 casos la finalidad fue exclusivamente anticonceptiva mientras que en los otros 8 casos se buscaba inducir amenorrea o reducir el sangrado menstrual en personas que no deseaban iniciar testosterona o que lo hacían en dosis bajas que no provocaban supresión del sangrado en la mayoría de estos casos el efecto anticonceptivo también fue valorado positivamente

Se preguntó por la presencia de dolor pélvico a 88 personas transmasculinas y no binarias asignadas hembras. No referían este dolor 58 de ellas (67,4%) y 24 (27,9%) presentaban dolor pélvico. De quienes presentaban dolor pélvico, 3 (3,5%) también lo referían durante el orgasmo y una (1,2%) solo presentaba dolor pélvico con el orgasmo. Estos resultados abren la puerta a un análisis más profundo sobre los efectos secundarios del tratamiento hormonal y la necesidad de circuitos específicos de atención y formación de los profesionales.

Entre las 62 personas transfemeninas los motivos de consulta más frecuentes fueron la derivación a cirugía genital 35,7% molestias vaginales 30% revisión o información sobre mamas 8,6% y tratamiento de ITS 7,1% también se recogieron demandas relacionadas

con reproducción asistida y sangrado genital algunas molestias vaginales posteriores a la cirugía requirieron abordaje conjunto con urología cirugía plástica o fisioterapia del suelo pélvico.

Respecto a la preservación de la fertilidad 10 hombres trans de una media de 20 años y 1 mujer trans de 21 años realizaron efectivamente la criopreservación de gametos lo cual pone de manifiesto la importancia de ofrecer esta opción de forma accesible sin sesgos y en el momento oportuno

DISCUSIÓN

Los resultados reflejan demandas altamente específicas por parte de la población trans joven en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Las barreras estructurales, el miedo a la discriminación y la falta de recursos especializados siguen condicionando el acceso a servicios adecuados, lo cual se evidencia en la procedencia de muchas personas fuera del área de Barcelona. Además, muchas personas trans, especialmente jóvenes, encuentran gran dificultad para acudir a servicios convencionales donde deben desnudarse o exponerse físicamente. Es imprescindible que los profesionales que las atienden comprendan esta vulnerabilidad y actúen desde la empatía, creando espacios de seguridad real donde las personas puedan mostrarse sin miedo ni vergüenza.

Uno de los aprendizajes más relevantes es la necesidad de incluir de manera estructural la educación sexual y los cribados preventivos dentro de las consultas de atención a personas trans. A menudo se da por hecho que las personas trans no requieren anticoncepción o que no están en riesgo de embarazo, lo cual es un error con consecuencias potencialmente graves. Asimismo, es fundamental que las personas transmasculinas reciban información clara y honesta sobre los posibles efectos adversos del tratamiento con testosterona, incluyendo el dolor pélvico, la sequedad vaginal y el dolor durante el orgasmo. Estos síntomas pueden parecer menores o poco relevantes al inicio, pero tienen un impacto real en la calidad de vida y deben ser conocidos antes de iniciar el tratamiento para que las personas puedan tomar decisiones plenamente informadas. Lo mismo ocurre con las mujeres trans: es esencial que dispongan de información veraz y completa sobre lo que implica una vaginoplastia, tanto a nivel quirúrgico como en relación con los cuidados posteriores, los posibles efectos secundarios y las implicaciones para su salud sexual.

Para todo ello, es imprescindible que los profesionales estén formados no solo desde el punto de vista técnico, sino también desde una perspectiva relacional y respetuosa, capaz de acompañar procesos íntimos desde la escucha y el respeto profundo. La calidad de la información ofrecida y la calidez del vínculo profesional son elementos determinantes para que una persona decida o no cuidar de su salud sexual y reproductiva. Esta experiencia muestra que cuando se dan estas condiciones, el acceso mejora y las personas trans se implican activamente en su cuidado.

El dolor ginecológico en personas en tratamiento con testosterona merece especial atención y podría estar vinculado a alteraciones hormonales, sequedad vaginal o disfunción del suelo pélvico. El interés por la anticoncepción y la preservación de la fertilidad, incluso tras iniciar tratamiento hormonal, evidencia la importancia de no asumir un rechazo generalizado de la reproducción entre las personas trans.

CONCLUSIONES

La atención sexual y reproductiva a personas trans menores de 25 años requiere un enfoque adaptado, respetuoso e informado, así como recursos accesibles y profesionales sensibilizados. Esta experiencia demuestra la viabilidad y necesidad de consultas específicas, capaces de abordar realidades invisibilizadas en los circuitos sanitarios tradicionales. Urge consolidar estos espacios y extenderlos al territorio para garantizar equidad y justicia sanitaria para toda la población trans.

¿Analizamos correctamente la función renal en jóvenes trans tratados con testosterona?

María Cruz Sanz Martínez¹, Íñigo Lorente Doria², Alicia Màrquez Vidal³

¹ Medicina Familiar y Comunitaria, Área Básica de Salud Rambla Ferran. Lleida. España

² Medicina Familiar y Comunitaria, Área Básica de Salud Primer de Maig. Lleida. España

³ Enfermería Familiar y Comunitaria, Área Básica de Salud Rambla Ferran. Lleida. España.

c.sanz.lleida.ics@gencat.cat

INTRODUCCIÓN

Atender a personas trans en nuestras consultas es cada vez más frecuente. La interpretación de los resultados de sus análisis puede ser errónea si no tenemos en cuenta que algunos parámetros biológicos varían en función de las hormonas sexuales presentes.

La tasa de filtración glomerular (TFG) es uno de estos parámetros. Mide la función renal o capacidad de los riñones para filtrar la sangre y eliminar, a través de la orina, desechos, toxinas y exceso de líquido del cuerpo. Su valor depende de la creatinina (Cr) en sangre.

La creatinina es un marcador importante de la función renal, que procede del metabolismo muscular y tiene valores de normalidad distintos en los cuerpos, en función de la presencia de estrógenos o de testosterona. Su nivel en sangre también está condicionado por la administración de algunos fármacos (la testosterona (T) es uno de ellos), el aumento de masa muscular y la ingesta elevada de proteínas en la dieta o con suplementos.

El CIP (código de identificación personal) de la tarjeta sanitaria, en Catalunya, incluye un marcador de sexo (mujer=1; hombre=0) que hace referencia al sexo registral, que en las personas trans e intersexuales puede o no coincidir con su biología, con su identidad de género o con las hormonas sexuales séricas. En jóvenes trans* con testosterona, que no tienen cambiado el sexo registral, la valoración de la función renal (TFG y creatinina), ha de tener en cuenta su dependencia de las hormonas sexuales séricas.

OBJETIVOS

Objetivos principales:

- Valorar los cambios en la función renal (TFG y creatinina) debida al tratamiento con testosterona en jóvenes trans*.
- Utilizar una medición de la función renal (TFG) que tenga en cuenta las diferencias en función del sexo, para poder hacer una interpretación de los resultados en jóvenes trans con testosterona, que no tengan el marcador de género cambiado en el CIP.

Objetivo secundario:

- Detectar si existen diferencias en el incremento de Cr en función de la vía de administración de la testosterona (cutánea o intramuscular).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de la función renal en jóvenes trans en tratamiento con testosterona atendidos en la Unidad Trànsit de Lleida (Atención a la Salud de las Personas Trans), del Institut Català de la Salut entre septiembre de 2019 y noviembre de 2024.

Se hace una revisión de sus historias clínicas registrándose la edad, la duración y vía de administración (transdérmica, intramuscular o ambas) de la testosterona, el marcador de género del CIP de la tarjeta sanitaria y la TFG y la Cr sérica antes de iniciar el tratamiento y en la última analítica disponible.

Para calcular la función renal se analiza la creatinina sérica y la TFG. Para medir la TFG se utiliza la fórmula CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), que tiene en cuenta las variables edad, sexo, raza y Cr sérica, Una TFG inferior a 90 indica una disminución de la función renal.

En nuestro laboratorio de referencia la Cr normal está entre 0,67-1,17 mg/dl si la hormona sexual circulante es la testosterona y entre 0,51-0,95 mg/dl si hay estrógenos circulantes.

RESULTADOS

Atendimos a 53 jóvenes trans*, de edades entre los 13 y 25 años, con una edad media (EM) de 20,83 años y una duración media del tratamiento de 32,81 meses. El 51% de ellos utilizaron testosterona intramuscular, el 28,3% cutánea y un 20,7% alternaron testosterona intramuscular y cutánea a temporadas. Solo un 28,3% habían cambiado el marcador de género en su CIP.

Se observó un aumento del 29,01% en la media de la Cr antes (0,67 mg/dl) y después del tratamiento (0,86 mg/dl). Ello condicionó que 13 jóvenes (24,5%) tuvieran resultados en alguna analítica con una TFG inferior a 90. No observamos diferencias significativas en estos 13 jóvenes, respecto a la muestra total, en su EM (21,4 años), en la duración media del tratamiento (33 meses) ni el porcentaje medio de aumento de la Cr (29,11%). Sí encontramos en este subgrupo un menor porcentaje de jóvenes que habían cambiado el marcador del género en su CIP (15,4% frente al 28,3% en la muestra global).

En este subgrupo, al aplicar el cálculo de la TFG con en la fórmula CKD-EPI, modificando el marcador de género a quienes no lo tenían cambiado en el CIP, sólo 2 jóvenes (15,4% de la muestra total) tenían la TFG inferior a 90.

En esta tabla mostramos los resultados según la vía de aplicación del tratamiento:

	Intramuscular	Cutáneo	Cutáneo/intramuscular
Jóvenes trans*	27	15	11
Edad media (años)	21,9	19,2	20,2
Duración T (meses)	37	19	41
Incremento Cr	31,3%	20,1%	35,4%

CONCLUSIONES

El tratamiento con testosterona aumenta los niveles de creatinina sérica. Es importante tener en consideración este hecho al valorar la función renal (TFG y creatinina) en jóvenes trans en tratamiento con testosterona.

Consideramos muy recomendable el uso sistemático de la ecuación CKD-EPI, según la identidad de género, en jóvenes trans* con testosterona, en vez del marcador de género de su identificación sanitaria, para evitar malas interpretaciones de su función renal.

Se observa un incremento de la Cr con la duración del tratamiento, y ello dificulta saber si también hay variaciones en función de la vía de administración. Estudios con una muestra mayor y a más largo plazo nos proporcionarán más información.

La formación en diversidad nos ofrece una visión sensible e integradora respecto a los procesos de reafirmación de género. Conocer la influencia de los tratamientos hormonales en los parámetros analíticos, nos permite una mejor interpretación y evitar yatrogenias.

REFERENCIAS

- Montañés R, Bover J., Oliver A, Ballarin JA, Gracia S.:Valoración de la nueva ecuación CDK-EPI para la estimación del Filtrado Glomerular.Nefrología 2010;30 (2):185-194.
- Levey AS,Coresh J,Tighiouart H,Green T,InkerLA: Measured and estimated glomerular filtration rate: corrent status and future directions. Nat Rev Nephrol 2020;16:51-64.
- Dina N. Greenea, , Gabrielle Winston McPhersona, Jessica Rongitschb, Katherine L. Imborekc,Robert L. Schmidtd, Robert M. Humblee, Nicole Nislyf, Nancy J. Dolef, Susan K. Daneg,Janice Frerichsg, Matthew D. Krasowski: Hematology reference intervals for transgender adults on stable hormone therapy. ActaClinica Chimica Acta 492 (2019) 84-90.
- Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, *et al.* for the CKD-EPI (Chronic Kidney disease Epidemiology Collaboration). A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med. 2009 May 5; 150:604-612. PubMed ID: 19414839.
- The effect of gender-affirming hormone treatment on serum creatinine in transgender and gender-diverse youth: implications for estimating GFRKate Millington, Ellis Barrera, Ankana Daga, Nina Mann, Johanna Olson-Kennedy, Robert Garofalo, Stephen M Rosenthal, Yee-Ming Chan. Pe-diatr Nephrol. 2022 Jan 26;37(9):2141–2150. PMID: [35083530](#)

Evolución de la talla final y densidad mineral ósea en chicos trans que han recibido tratamiento médico

Amaia Sánchez Arlegui^{1,4}, Claudia Cifuentes Zamalloa^{1,4}, Asier Peña Fuentes^{2,4},
Nancy Portillo Nájera^{1,3,4}, Amaya Vela Desojo^{1,3,4}, Gema Grau Bolado^{1,3,4},
Itxaso Rica Echevarría^{1,3,4}

¹ Endocrinología Pediátrica

² Medicina Nuclear

³ Unidad de Identidad de Género. GIDSEEN. CIBERER. Endo-ERN. Instituto de Investigación BioBizkaia

⁴ Osakidetza. Hospital Universitario Cruces.

amaiasanchez.4a@gmail.com

Las guías internacionales recomiendan bloqueo puberal con análogos de GnRH y asociación posterior de testosterona en chicos transexuales que soliciten terapia médica. Esta recomendación coexiste con la restricción legal en algunos países del uso de análogos, ante la falta de evidencia científica demostrada de su posible beneficio. Los análogos son una terapia reversible y eficaz. Utilizados en pubertades avanzadas disminuyen la disforia que algunos chicos transexuales sufren por la presencia de menstruaciones. A pesar de su reversibilidad, en la mayoría de las ocasiones esta medicación se sigue de un tratamiento con testosterona, que sí causa efectos parcialmente irreversibles. Hay escasa información sobre la repercusión de la doble terapia en la talla final de los chicos transexuales y en la evolución de su densidad mineral ósea (DMO).

OBJETIVO

Estudiar la repercusión de la doble terapia en talla final y DMO en varones transexuales.

SUJETOS Y METODOLOGÍA

Se han incluido 24 hombres transexuales de $19,5 \pm 1,7$ años que iniciaron Triptorelina a los $14,8 \pm 0,78$ años (Tanner IV-V y presencia de menarquia) y testosterona a los $15,8 \pm 0,67$. La Triptorelina se suspendió a los $16,7 \pm 0,86$ años. Se excluyeron chicos con talla diana desconocida. Antes de iniciar tratamiento se miden la talla-SDS, el peso-SDS, la DMO en grs/cm^2 y en SDS (Densitómetro LUNAR, GE HealthCare: medición en LIL4 y cuerpo total excluyendo cabeza) para mujeres, y la talla diana esperada para mujeres y hombres. Durante el tratamiento con testosterona se miden los mismos parámetros en relación con la edad y el sexo del varón.

Protocolo de medicación: Triptorelina a dosis media $60 \mu\text{g}/\text{k}/28$ días. Testosterona i.m.: dosis inicial $50 \text{ mg}/4$ semanas, con ascenso gradual cada 6 meses hasta alcanzar $200\text{mg}/3$ semanas. La Triptorelina se suspendió 1 año tras el inicio de Testosterona. Análisis estadístico con programa SPSS V 25. Test no paramétrico de Wilcoxon.

RESULTADOS

Datos iniciales (SDS mujeres): Edad $14,8 \pm 0,78$ años, Peso-SDS $1 \pm 1,5$, Talla-SDS $0,45 \pm 0,97$, DMO L1L4 $1,16 \pm 0,12$ g/cm² (SDS $0,7 \pm 1,1$), DMO Cuerpo total $1,01 \pm 0,11$ g/cm² (SDS $0,5 \pm 0,8$). Talla diana para mujeres $161,05 \pm 4,4$ cm y para hombres $174,0 \pm 4,3$ cm.

Talla Final: La talla final alcanzada fue $166,4 \pm 6,4$ cm, resultado estadísticamente superior a la talla diana para mujeres (Test Wilcoxon, $p < 0,01$).

Evolución de DMO: La tabla muestra los datos antropométricos y DMO en un subgrupo de 19 pacientes que completaron seguimiento hasta la transición a adultos. Se realizaron 4 DMO: antes de iniciar la terapia, tras 1 año de Triptorelina, 1 año después de asociar Testosterona y en terapia prolongada con Testosterona, antes de su transición a endocrinología de adultos.

	Inicial	Triptorelina	Triptorelina con testosterona	Testosterona
Edad años	$14,5 \pm 1,2$	$15,6 \pm 0,8$	$16,7 \pm 1,3$	$18,0 \pm 1,3$
Duración tratamiento (meses)	----	$15,8 \pm 7,3$	TRIP: $26,7 \pm 6,5$ TEST: $15,3 \pm 7,2$	$31,4 \pm 9,7$
Peso-SDS mujeres	$0,4 \pm 1,3$	—	—	—
Talla-SDS mujeres	$0,11 \pm 0,9$	—	—	—
Peso-SDS varones	—	—	$-0,18 \pm 1,4$	$-0,5 \pm 1,4$
Talla-SDS varones	—	—	$-1,6 \pm 0,9$	$-1,8 \pm 1,1$
DMO L1L4 g/cm ²	$1,09 \pm 0,5$	$1,06 \pm 0,5$	* $1,09 \pm 0,12$	* $1,19 \pm 0,13$
DMO L1L4-SDS varones	—	$-0,18 \pm 0,99$	* $-0,64 \pm 0,89$	* $-0,23 \pm 0,97$
DMO Cuerpo g/cm ²	$0,96 \pm 0,9$	$0,94 \pm 0,1$	* $0,97 \pm 0,10$	* $1,01 \pm 0,11$
DMO Cuerpo-SDS varones	—	$-0,26 \pm 0,9$	* $-0,39 \pm 0,73$	* $-0,25 \pm 0,8$
Test no paramétrico de Wilcoxon (comparación de medias relacionadas). * Significación estadística $p < 0.05$.				

Los datos antropométricos iniciales son normales. A los 18 años tienen un peso normal, y una talla media en el P 3 para varones. Los valores de DMO en g/cm² y en SDS/varones progresan de forma significativa tras suprimir la Triptorelina, y se encuentran dentro de la normalidad para varones a los 18 años.

CONCLUSIONES

La talla final alcanzada por el grupo supera a la diana para chicas, a pesar de haberse iniciado la terapia médica con un desarrollo puberal muy avanzado. Los niveles de DMO a los 18 años son adecuados para la población de referencia y se objetiva una clara ganancia durante el tratamiento con testosterona. Ambos resultados son esperanzadores y apoyan el beneficio fisiológico de la doble terapia en chicos transexuales.

REFERENCIAS

- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12), e4252–e4263. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15-year-old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Van der Loos, M. A. T. C., Vlot, M. C., Klink, D. T., Hannema, S. E., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2023). Bone mineral density in transgender adolescents treated with puberty suppression and subsequent gender-affirming hormones. *JAMA Pediatrics*, 177(12), 1332–1341. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.4588>
- Willemsen, L. A., Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Klink, D. T., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2023). Just as tall on testosterone: A neutral to positive effect on adult height of GnRHa and testosterone in trans boys. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 108(2), 414–421. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac571>
- Delgado-Ruiz, R., Swanson, P., & Romanos, G. (2019). Systematic review of the long-term effects of transgender hormone therapy on bone markers and bone mineral density and their potential effects in implant therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 8(6), 784. <https://doi.org/10.3390/jcm8060784>
- Norup, P. B., Haahr, M. E., Christiansen, P., Aksglaede, L., Cleemann, L., Johannsen, T. H., Juul, A., & Main, K. M. (2024). Growth and adult height attainment in Danish transgender adolescents treated with GnRH analog and sex hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 109(11), 2764–2773. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae263>

Evolución de la inhibina-B y densidad mineral ósea en chicas trans que han recibido tratamiento médico

Amaia Sánchez Arlegui^{1,4}, Claudia Cifuentes Zamalloa^{1,4}, Asier Peña Fuentes^{2,4},
Nancy Portillo Nájera^{1,3,4}, Amaya Vela Desojo^{1,3,4}, Gema Grau Bolado^{1,3,4} e
Itxaso Rica Echevarría^{1,3,4}

¹ Endocrinología Pediátrica

² Medicina Nuclear

³ Unidad de Identidad de Género. GIDSEEN. CIBERER. Endo-ERN. Instituto de Investigación BioBizkaia

⁴ Osakidetza. Hospital Universitario Cruces

amaiasanchez.4a@gmail.com

Las guías internacionales recomiendan bloqueo puberal con análogos de GnRH y asociación posterior de tratamiento estrogénico, en menores en situación de transexualidad (trans*) con género sentido femenino, que soliciten terapia médica. Persisten incertidumbres en relación con sus posibles efectos colaterales en aspectos importantes como la fertilidad y la masa ósea. Por este motivo se recomienda plantear la preservación de su fertilidad antes del inicio de las medicaciones y valorar periódicamente su densidad mineral ósea (DMO). Al margen de aspectos genéticos y hormonales, hay factores ambientales que influyen en la masa ósea, siendo especialmente importantes la alimentación, la ingesta de calcio, el peso corporal, los niveles de vitamina D y la práctica de deporte.

OBJETIVO

Estudiar la repercusión de la doble terapia en chicas trans* en los niveles de inhibina B y DMO. Conocer qué proporción de menores practica deporte y su posible influencia en la adquisición de masa ósea.

SUJETOS Y METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de 19 menores que iniciaron Triptorelina a los $13,1 \pm 1,6$ años (65% Tanner III-IV) y terapia estrogénica (E2) a los $14,9 \pm 1,08$. Variables incluidas: Inhibina B dimérica (Enzimoinmunoanálisis: rango normal 25-352 pg/ml), peso (cálculo de SDS para edad y género sentido, según tablas de población de referencia), DMO en gr/cm² y en SDS para género sentido (Densitómetro LUNAR, GE HealthCare; medición en L1L4 y cuerpo total excluyendo cabeza con corrección para peso y talla) y niveles de vitamina D. Se recogió la práctica de deporte programado estableciendo un mínimo de 2 horas semanales.

Estudiamos las variables antes de la medicación y durante el tratamiento: *Triptorelina* a dosis media 60 µg/k/28 días, iniciada 29,1±6 meses antes y *E2* transdérmico parches 75 mcg (2 parches/semana) recibida durante 22,6±9,5 meses. Análisis estadístico con programa SPSS V 25. Test no paramétrico de Wilcoxon para muestras relacionadas y Chi-Cuadrado para proporciones.

RESULTADOS

Datos iniciales: Inhibina B 204 ± 49 pg/ml, Peso-SDS $0,07 \pm 1,6$, DMO L1L4 $0,89 \pm 0,16$ g/cm² (SDS $-1,1 \pm 0,89$), DMO Cuerpo total $0,9 \pm 0,11$ g/cm² (SDS $-0,23 \pm 1,1$) y vitamina D $21,9 \pm 8,5$ ng/ml. El 23% (5/19) hace deporte y el 16% (3/19) acudieron a la consulta de fertilidad para solicitar su preservación. La tabla refleja la evolución de las variables.

	Inicial	Triptorelina Estradiol	P
Edad años	13,1±1,6	14,9±1,08	-
Inhibina B pg/ml	204,1±49*	105±90*	0,001
Peso-SDS Género sentido	0,07±1,6	0,3±1,3	0,01
DMO L1L4 g/cm ²	0,89±0,16*	1,02±0,14*	0,000
DMO L1L4-SDS Género sentido	-1,1±0,89*	-1,1±1,1*	ns
DMO Cuerpo g/cm ²	0,90±0,11*	0,96±0,09*	0,01
DMO Cuerpo-SDS Género sentido	-0,23±1,1*	-0,4±1,12*	0,004
Vitamina D ng/ml	21,9±8,5	21,1±5,4	ns
Proporción Vitamina D < 20 ng/ml	58%	42%	ns
Proporción práctica deporte	23%	23%	
Test no paramétrico de Wilcoxon (comparación medias). Test Chi-Cuadrado (comparación de proporciones). Significación estadística $p < 0.05$.			

Los niveles de Inhibina B disminuyen con la terapia. En un subgrupo de 6 mujeres, que llevan 36 meses con E2 la disminución es aún mayor (196 ± 47 vs $87 \pm 9,5$ 26). El peso-SDS aumenta discretamente a lo largo del tratamiento. Durante los 2,5 años de terapia combinada, la DMO g/cm² se incrementa, los valores de DMO-SDS para género sentido en columna lumbar no sufren modificaciones, y en el cuerpo disminuyen. La mayoría de las menores no hacen deporte de forma programada sin que hayamos podido relacionar esta práctica con el resto de las variables estudiadas.

CONCLUSIONES

A lo largo de los 2,5 primeros años de tratamiento con Triptorelina y Estradiol en chicas trans* se objetiva una disminución progresiva de los niveles de Inhibina B que puede comprometer su fertilidad, a pesar de lo cual sólo una minoría solicita preservarla. La mayoría de ellas no hacen deporte y tienen niveles bajos de vitamina D, aspectos que pueden perjudicar su salud ósea.

(Re)conocer una red de atención a la salud en Río de Janeiro, Brasil, para niños y adolescentes trans

Carlos Renato Alves-da-Silva¹, Márcia Brasil¹, Paula Gaudenzi²

¹ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira — Fiocruz

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro — UERJ

carlos-renato.silva@fiocruz.br

INTRODUCCIÓN

En Brasil, la atención y asistencia pública de salud sigue los principios del Sistema Único de Salud (SUS), implantado en 1990: universalidad, integralidad y equidad, es decir, un sistema de salud que tiene como objetivo garantizar la salud a toda la población brasileña. En este contexto político e histórico, la salud de la población travesti y transexual sólo ganó visibilidad en 1997 a través del Consejo Federal de Medicina, pasando por la incorporación de diversos procedimientos ambulatorios y quirúrgicos en el SUS en 2008, y sus actualizaciones en los años siguientes (Portaria n° 2803/2013; Portaria n° 3006/2024). Como señala la investigadora Marcia Brasil (Santos, 2022, p.7), existen dificultades para identificar a lo largo de la historia, ya sea antes de 1997 o incluso después, los servicios de salud que brindan atención a la población trans en Brasil. En 2024, el Ministerio de Salud anunció el PAES Pop Trans (Programa de Atención Especializada a la Salud de la Población Trans), con el objetivo de ampliar la atención a las personas transgénero en el Sistema Único de Salud (SUS). Es fundamental pensar cómo las infancias y adolescencias trans son cubiertas por iniciativas públicas que pretenden garantizar servicios específicos para estos grupos de edad. Las necesidades reales de salud que deben ser atendidas en niños y adolescentes con experiencias trans (NAETs), frente a una sociedad cisnormativa, hacen que los servicios de atención a estos pacientes deban estar capacitados para responder esas demandas. Sin embargo, cuando se confronta con la normativa que aborda el proceso transexualizador en Brasil, se observan pocas acciones dirigidas a esas personas. Las primeras menciones relacionadas con demandas de salud para NAET en documentos oficiales nacionales aparecieron en 2013, a través del dictamen Número 8 del Consejo Federal de Medicina (CFM). Esta valoración ético-científica sigue sustentando hoy en día la atención sanitaria dirigida a esta población, como el bloqueo puberal y la terapia hormonal cruzada después de los 16 años de edad (Resolução n° 2265/2019).

En la ciudad de Río de Janeiro existen actualmente tres servicios de salud especializados autorizados por el Ministerio de Salud y registrados en el SUS para atender a personas tra-

vestis y transexuales (Portaria nº 3006/2024). Sin embargo, sólo una de estas unidades de salud atiende a niños y adolescentes: el ambulatorio de Identidad Transdiversidad de la Policlínica Piquet Carneiro (PCC), parte del complejo de salud de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ). Este servicio ambulatorio funciona desde hace sólo dos años, formado por alrededor de 26 profesionales sanitarios y 19 investigadores, de diferentes áreas de conocimiento: endocrinología, psiquiatría, urología, ginecología, dermatología, enfermería, asistencia social, odontología, logopedia, psicología y educación física.

OBJETIVO

Describir y analizar la atención y asistencia a la salud en un ambulatorio especializado de salud para NAET en la ciudad de Río de Janeiro: la Clínica de Identidad Transdiversidad de la PPC/UERJ, así como realizar un diagnóstico situacional para mapear una posible red de atención a la salud en el Estado de Río de Janeiro.

METODOLOGÍA

La investigación es de carácter exploratorio, documental y descriptivo, adoptando métodos cualitativos y cuantitativos, utilizando como campo de esta investigación el ambulatorio especializado para niños y adolescentes trans: el Ambulatorio de Identidad Transdiversidad de la Policlínica Piquet Carneiro (PCC), ubicado en la ciudad de Río de Janeiro. Otros posibles campos de investigación se identificarán a través de los Centros de Ciudadanía LGBTI del Estado de Río de Janeiro, que actualmente cuentan con 22 unidades de acogida para personas con diversidad sexual y de género. Se elaborará un cuestionario con preguntas cerradas sobre el perfil socioeconómico de los usuarios (responsables de niños, niñas o adolescentes), y otro cuestionario para delimitar el perfil social y técnico-profesional de los profesionales que trabajan en el servicio especializado en estudio, para ser aplicado en el momento de las entrevistas. En esta investigación también se realizarán entrevistas abiertas a los usuarios (sólo con sus tutores legales) cuyo objetivo es conocer sus respectivos itinerarios terapéuticos, es decir, cómo llegaron a este ambulatorio especializado. Para estas entrevistas abiertas se utilizará un mapa vial estructurado de preguntas disparadoras que guiarán la captura de información considerada esencial para trazar itinerarios terapéuticos, que van desde las primeras sospechas sobre la diversidad de género, los posibles conflictos e intereses sobre el tema, los servicios de salud previos, hasta el ingreso del niño, niña y adolescente al ambulatorio de salud especializado, y las posibles intervenciones realizadas, que pueden estar relacionadas con la salud mental, la re(reproducción) de cuerpos de diferentes géneros, entre otros. Los datos de los cuestionarios sobre el perfil socioeconómico de los usuarios y el perfil social y técnico de los profesionales de la salud y otras áreas profesionales serán procesados mediante el programa estadístico JASP (Jeffrey's Amazing Statistics Program) versión 0.17.1.0. Los datos serán analizados y tabulados utilizando frecuencia porcentual simple y recursos gráficos para describir mejor los resultados.

Las narrativas grabadas y transcritas serán analizadas utilizando los siguientes marcos metodológicos: los estudios sobre las narrativas de vida (Bertaux, 2010) y la investigación fenomenológica de estas narrativas (Breton, 2023). Estos permitirán, a partir de los rela-

tos particulares de personas que compartieron motivaciones y trayectorias individuales hacia el servicio de salud investigado, lograr una comprensión de los significados de las experiencias para los sujetos que las vivieron y de lógicas sociales más amplias. La investigación se realizará de acuerdo con las normas éticas establecidas en las Resoluciones 466/12 y 510/16 del Consejo Nacional de Salud (CNS), bajo evaluación del Comité de Ética en Investigación (CEP) del IFF/Fiocruz bajo registro - CAE 86054124.6.0000.5269.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera realizar un diagnóstico de la situación a través de la identificación y descripción de los servicios de salud seleccionados en el estudio, revelando cómo estos servicios fueron creados, estructurados y mantenidos por el SUS u otra fuente de financiamiento. Uno de los resultados esperados es conocer los itinerarios terapéuticos de los usuarios entrevistados, con el fin de comprender mejor las debilidades, amenazas y oportunidades encontradas en el acceso a este servicio de salud, así como describir sus líneas de atención de estos servicios de salud y analizar las demandas de salud ofrecidas y no atendidas por este servicio especializado desde la perspectiva de sus usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertaux, D. (2010) *Narrativa de Vida: a pesquisa e seus métodos* (1.^a edición). São Paulo e Natal: Paulus e EDUFERN.
- Breton, H. (2023) *Investigação narrativa em ciências humanas e sociais* (1.^a edición São Paulo: Fundação Carlos Chagas.
- Portaria n.º 2803/2013 do Ministério da Saúde do Brasil (2013). Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
- Portaria n.º 3006/2024 do Ministério da Saúde do Brasil (2024). Inclui procedimentos, órteses, próteses e materiais especiais no SUS. Disponible en: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/nota-publica-portaria-n-1693-2024-da-saes-ms#:~:text=A%20Portaria%20SAES%20FMS%20n%C2%BA,cisnormativos%20de%20homem%20e%20mulher>
- Resolução n.º 2265/2019 do Conselho Federal de Medicina do Brasil (2019). Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero, e revoga a Resolução CFM n.º 1955/2010.
- Santos, M.C.B. (2022) Protoformas do processo transexualizador no Brasil: apontamentos sobre a tortuosa institucionalização da assistência à saúde de pessoas trans no SUS entre 1997 e 2008. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), 38, e22303. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22303.a>

Acompañamiento en dos ámbitos: una realidad sinérgica

Laura Clotet Romero^{1,4}, Maria de la Sierra Moreno Rosel^{2,4}, Raquel Núñez Lorca^{3,4}

¹ Unitat Trànsit Sabadell, ² CAP Ripollet, ³ CAP Creu Alta; ⁴ Transfamílies Sabadell

Lclotet.mn.ics@gencat.cat

Esta comunicación es una propuesta de reflexión y puesta en común de tres profesionales sanitarias que tienen una persona trans entre sus descendientes (Mar, 19 años; Aroa, 11 años; y Kim 7 años)

Casualmente nos encontramos en la asociación de familias Transfamílies de Sabadell, nos conocíamos previamente del ámbito laboral como profesionales sanitarias y las horas compartidas nos han hecho pensar si hacemos el acompañamiento diferente en casa que en la consulta, si lo que vemos en consulta nos facilita la gestión del tránsito en casa, si el tránsito que vivimos en casa nos modifica la forma de acompañar en consulta... es decir, cómo se interrelacionan los diferentes tránsitos que se cruzan en nuestra vida entre ellos y cómo nos hacen evolucionar como madres y como profesionales.

Puntos que hemos destacado:

PERCEPCIÓN DEL TIEMPO

«No vi ninguna señal, cuando en consulta me parecen evidentes, y en consulta pregunto el pronombre y uso el que me dicen. En casa no entendí que me pedía un pronombre diferente, le costó 2 años pedírmelo de forma clara a pesar de que yo preguntaba»

La percepción del tiempo en casa y en la consulta son diferentes. Posiblemente porque en la consulta vemos un momento transversal de la persona y solemos verla cuando la decisión de transitar está tomada y normalmente aceptada.

En casa nos damos cuenta de que el tiempo entre el primer malestar y reconocer el motivo y tomar una decisión es mucho más largo. Con frecuencia pasan años. Los tiempos son diferentes para cada persona de la familia y eso también dificulta las decisiones.

En casa nos hemos dado cuenta de que a veces cuando han identificado lo que les pasa, les cuesta expresarlo, por el miedo a molestar, al rechazo, o simplemente para no complicarnos la vida a los adultos de su entorno más cercano. Eso nos ha servido para explorar este motivo específicamente cuando la persona que atendemos no ha sabido expresar su identidad sentida en su casa.

FALTA DE FORMACIÓN EN SALUD SOBRE LAS PERSONAS TRANS*

«Yo siempre tuve sensibilidad hacia el tema trans* pero desde que veo el proceso de mi hijo, puedo atender con más conocimiento a las personas en consulta, y ellas notan que hay algo especial y he aumentado el vínculo terapéutico con ellas»

Todas, coincidimos que desde la transición familiar nos hemos informado, formado y hemos escuchado otras historias trans, especialmente en la asociación de familias, por lo que ahora tenemos una mirada con menos prejuicios y más cercana a la realidad de las personas trans que atendemos.

«Atender una persona trans que tenía una vida que definía como feliz, con un trabajo, amigos, pareja, aceptación familiar y del entorno, me ayudó a dar el paso para pedir una consulta en una unidad de atención a las personas trans para mi hija»

A todas, atender a personas trans y escuchar sin juicios cada una de sus historias de vida en consulta nos ayuda a entender mejor a la persona trans que tenemos en casa.

«Muches compañeres de trabajo no entienden ni respetan a las personas trans y en el café se oyen comentarios transfóbos. Decir que tengo una personita trans* en casa será una pelea diaria» Eso lo compartimos las tres.

Todas compartimos la falta de sensibilidad y de respeto de muchos profesionales de la Salud de nuestro entorno más inmediato, algunas veces por falta de formación y otras por la perpetuación de creencias erróneas y estereotipos sobre las personas trans. Eso hace que nuestro miedo a que nuestros hijos no sean respetados por el sistema sanitario sea justificado, y de hecho ya no nos faltan experiencias negativas que lo demuestran.

NUESTRA GESTIÓN EMOCIONAL

«Con frecuencia anoto lo que escribo después de la hora de salida para poder estar presente durante la visita y mostrarme calmada»

En consulta y bajo la bata es fácil mantener un punto de tranquilidad y acompañar las dudas, aunque a veces se paga con horas extras. En casa se requiere de un trabajo más personal porque con frecuencia sostenemos nuestras emociones y las de gran parte de la familia y no podemos elegir el momento en que tenemos que hacerlo.

DIFERENTES MODELOS ASISTENCIALES

Como profesionales de la salud, tenemos unas indicaciones de qué derivaciones tenemos que hacer cuando alguien consulta por un tema de identidad de género, pero persisten diversos modelos de atención y como familia debemos elegir donde queremos ser acompañadas.

CONCLUSIONES

Con este trabajo de reflexión sólo podemos decir que atender personas trans* de todas las edades en consulta nos ha aportado claridad y nos ha dado herramientas para acompañar el tránsito familiar. Y tener una hija trans* nos ha permitido abrir la mirada a acompañar a las personas trans sin juicios, entendiendo que cada persona trans* debe encontrar su camino.

Tanto en consulta como en casa, debemos respetar los tiempos de las personitas trans, preguntar lo que no entendemos y no dar nada por supuesto. Preguntar desde el respeto y acompañar en las dudas si las tienen. Y al mismo tiempo intentar que nuestro acompañamiento sea desde la calma, responsabilizarnos de nuestros miedos e incertidumbres y usar los servicios sanitarios y las asociaciones de familias para sentir que no estamos solas y que lo que hacemos es lo mejor que podemos hacer.

Experiencias y realidades en la atención obstétrica-ginecológica del colectivo trans*: una revisión bibliográfica

Aina Ortiz

Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu-Esplugues de Llobregat

aortizm@hsjdbcn.es

FUNDAMENTACIÓN

La identidad y/o expresión de género de las personas trans* es diferente a las expectativas culturales basadas en el sexo que se les asignó al nacer, siendo habitualmente invisibilizadas y estigmatizadas. Su realidad generalmente es desconocida para la sociedad general, siendo víctimas de discriminación y violencia, lo que las hace especialmente vulnerables en el ámbito sanitario.

La atención del colectivo trans* en espacios obstétrico-ginecológicos desafía las normas de género establecidas habitualmente en dichos espacios, realzando la necesidad de enfoques inclusivos en los servicios de salud, requiriendo cambiar el modelo de atención cisheteronormativo instaurado actualmente, por un modelo inclusivo, ya que enfrentan retos y experiencias únicas que demandan una comprensión profunda y una sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios.

OBJETIVO

Analizar y compilar los estudios existentes sobre la atención ginecológica y obstétrica en la población transgénero, con el fin de identificar las principales cuestiones, enfoques y barreras en la atención a esta población en los espacios ginecológicos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en mayo del 2024 a través de las bases de datos Pubmed y Scielo, usando los siguientes términos MeSH: «Transgender Persons», «Transsexualism», «Care» y «Gynecologists», mediante los operadores booleanos OR y AND. Con los criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos 10 años, texto completo y escritos en español o inglés.

Se obtuvieron 248 artículos de los cuales 67 fueron excluidos tras aplicar filtros, posteriormente tras lectura de título y abstract se excluyeron 163 por no ser relevantes en el tema, de los 18 artículos restantes se realizó una lectura crítica seleccionando los artículos con mejor metodología y mayor evidencia, incluyendo finalmente 6 artículos científicos en la revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Los estudios concluyen que las personas trans* han experimentado avances significativos a nivel social, a pesar de esto, el estigma y la discriminación persisten en los servicios sanitarios por falta de inclusión de las personas con diversidad de género (FELGTB, s. f.). Los estudios coinciden en la falta de concienciación y formación por parte del personal sanitario que atiende al colectivo trans* (Silva *et al.*, 2024).

Debido a la visión social donde la atención obstétrica y ginecológica se trata de una experiencia exclusivamente femenina, las personas del colectivo trans* se enfrentan a diferentes barreras fruto de la organización del sistema sanitario y de los propios profesionales (Sbragia & Vottero, 2020).

En cuanto a las barreras a la atención sanitaria percibidas por las personas trans*, un estudio reveló que al 19% de las personas trans* se les había negado atención médica debido a su identidad de género, el 50% tuvo que enseñar a sus proveedores de salud sobre problemas de salud trans* y el 28% había retrasado la búsqueda de atención médica por temor a ser discriminados. (Grant *et al.*, s. f.)

A pesar de ello, la evidencia más actual, establece unas líneas de actuación y ciertas recomendaciones, con la finalidad de acercar al colectivo trans* a la atención obstétrico-ginecológica. Entre las principales propuestas se destacan las siguientes: (MacLean, 2021; Pereira *et al.*, 2022; Sbragia & Vottero, 2020; Silva *et al.*, 2024)

1. Capacitación del personal sanitario: Se recomienda que los profesionales de la salud reciban formación especializada sobre las necesidades y especificidades de la población trans*, incluyendo una educación sobre identidad de género, disforia de género, y las intervenciones médicas y psicológicas asociadas con la transición.
2. Uso de un lenguaje inclusivo y respetuoso: Se enfatiza la importancia de adaptar el lenguaje utilizado en la consulta y en los registros médicos para reflejar correctamente la identidad de género del paciente, utilizando los pronombres y nombres elegidos por la persona trans.
3. Inclusión de la salud reproductiva en el seguimiento: En términos de atención específica, se subraya la necesidad de un enfoque integral que no ignore la salud reproductiva de las personas transgénero, incluyendo la preservación de la fertilidad en adolescentes trans que se encuentren en tratamiento hormonal o en proceso de transición.
4. Adaptación de procedimientos preventivos y diagnósticos: Si bien los procedimientos preventivos y diagnósticos en gineco-obstetricia son en muchos casos similares para personas cis y trans*, las personas trans* pueden necesitar ajustes en función de su historia clínica y las intervenciones realizadas durante su proceso de transición.

5. Entornos libres de discriminación: Garantizar que las personas trans*, reciban atención en entornos libres de discriminación es fundamental. Esto implica no solo la capacitación del personal sanitario en cuestiones de género, sino también la creación de políticas institucionales que protejan a las personas trans* de cualquier forma de violencia o acoso. Además, es esencial que los espacios de atención sean seguros y respetuosos, promoviendo un clima de confianza que permita a las personas trans* acceder a la atención médica sin temor a ser rechazadas o estigmatizadas.

A través de una exhaustiva búsqueda bibliográfica, no se han encontrado estudios que aborden específicamente la atención ginecológica y obstétrica en la infancia o adolescencia transgénero. Sin embargo, los artículos que tratan sobre el embarazo en hombres transgénero incluyen aspectos relacionados con la atención obstétrico-ginecológica general, los cuales podrían ser extrapolables a la población adolescente trans. No obstante, estos estudios no mencionan explícitamente a dicha población. Esta ausencia subraya la necesidad urgente de investigaciones que analicen la atención a las adolescencias transgénero en los espacios obstétricos y ginecológicos. Además, resalta la importancia de que el personal sanitario especializado en ginecología considere a la población transgénero en su práctica clínica.

CONCLUSIONES

Los estudios sobre la atención obstétrico-ginecológica en el colectivo trans* son limitados y de reciente inclusión en la literatura científica, hecho que dificulta proporcionar una atención basada en la evidencia a este colectivo. Los estudios existentes tienen limitaciones significativas, por muestras reducidas y el uso de datos autoinformados, sin información objetiva.

La atención obstétrico-ginecológica en el colectivo trans* es una realidad que debe ser integrada en la organización sanitaria. Es esencial promover la formación para los profesionales de la salud, para fomentar una comprensión profunda y el respeto hacia la diversidad de género y familiar. Es fundamental reconocer que la salud reproductiva y sexual comienza en la infancia y adolescencia. Por ello, es imperativo que los profesionales de la salud ofrezcan una atención obstétrico-ginecológica integral y respetuosa desde temprana edad, que abarque las necesidades únicas de todas las personas, sin importar su identidad o expresión de género.

BIBLIOGRAFÍA

- FELGTB. (s. f.). *Las personas trans y su relación con el sistema sanitario*.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Justin Tanis, J., with Jack Harrison Jody Herman, Dm. L., & Keisling, M. (s. f.). *Injustice at Every Turn A Report of the National Transgender Discrimination Survey*.
- MacLean, L. R. D. (2021). Preconception, Pregnancy, Birthing, and Lactation Needs of Transgender Men. *Nursing for women's health*, 25(2), 129-138. <https://doi.org/10.1016/J.NWH.2021.01.006>
- Pereira, D. M. R., de Araújo, E. C., da Silva, A. T. C. S. G., de Abreu, P. D., Calazans, J. C. C., & da Silva, L. L. S. B. (2022). Scientific evidence on experiences of pregnant transsexual men. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, e20210347. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0347EN>

- Sbragia, J. D., & Vottero, B. (2020). Experiences of transgender men in seeking gynecological and reproductive health care: A qualitative systematic review. *JBIR Evidence Synthesis*, 18(9), 1870-1931. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00347>
- Silva, G. C., Puccia, M. I. R., & Barros, M. N. dos S. (2024). Transsexual men and pregnancy: an integrative literature review. *Ciencia & saude coletiva*, 29(4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.19612023>

Experiencias trans en psicoterapia. Una mirada multidimensional

Diana Zapata¹, Sore Vega², Clara Paz³, Konstantinos Argyriou⁴

¹ Dra. Psicología Social UAB y Psicoterapeuta;

² Dre. Psicología Social UAB y Psicoterapeuta

³ Docente investigadora U. Ecuador

⁴ Docente investigador U. Rey Juan Carlos

dianazh68@hotmail.com

FUNDAMENTACIÓN

Las personas trans han enfrentado violencias médicas y psicológicas en los sistemas de salud, ya sea al solicitar atención específica relacionada con la transición de género o simplemente por su identidad trans, exponiéndose a abuso y desconocimiento por parte de profesionales (Aultman, 2019; King *et al.*, 2020; Suess, 2020). Frente a esta problemática, en 2017 se creó Trànsit (Servei Català de la Salut) en Barcelona, un servicio de atención basado en una perspectiva despatologizadora y transafirmativa con una mirada multidimensional, desarrollado con apoyo de activistas y profesionales de la salud.

Trànsit trabaja con un enfoque centrado en el consentimiento informado, cumpliendo con las disposiciones de la Ley catalana 11/2014. Este modelo multidimensional transafirmativo se basa en la construcción de narrativas alternativas que potencian la autonomía de las personas atendidas, apoyándose en teorías críticas del género y el feminismo interseccional, las cuales cuestionan la rigidez del binarismo de género y promueven una ética del cuidado enfocada en las desigualdades estructurales en lugar de patologizar la diversidad (Rose, 2016; Millet, 2020).

OBJETIVOS

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica de Trànsit mediante el análisis del grado de satisfacción y los beneficios percibidos por las personas atendidas. Se busca destacar un modelo que priorice la autodeterminación de género frente a los enfoques tradicionales basados en diagnósticos de disforia de género. Aunque la muestra que se analiza es de personas adultas, la perspectiva afirmativa que se emplea y presenta aquí fomenta las bases para una atención sólida e integral que se usa también en el acompañamiento de adolescentes.

METODOLOGÍA

Ética: La investigación fue aprobada por un comité de ética y contó con consentimiento informado de las personas participantes, garantizando anonimato y confidencialidad.

Participantes: Se incluyó a 66 personas entre 18 y 59 años atendidas entre 2015 y 2021 que completaron al menos ocho sesiones de terapia individual y los cuestionarios de evaluación antes y después del proceso terapéutico.

Instrumentos: En la fase cuantitativa, se utilizó el cuestionario CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure), que mide malestar psicológico. En la fase cualitativa, se emplearon preguntas abiertas sobre la experiencia terapéutica y sugerencias de mejora.

Procedimientos: Los datos cuantitativos se recolectaron al inicio y final de las diez sesiones del procedimiento de acompañamiento, con el propósito de generar evidencia basada en la práctica y de manera concurrente (Barkham *et al.*, 2006). Los cualitativos se recogieron mediante cuestionarios de preguntas abiertas sobre la satisfacción en relación a la terapia realizada al concluir la terapia.

Análisis: Se aplicó un diseño mixto, triangulando datos cuantitativos y cualitativos (Charres, 2018). Los resultados cuantitativos se evaluaron en términos de cambios estadísticamente significativos y psicológicamente relevantes. Para la medición del cambio confiable y psicológicamente significativo, se aplicaron los métodos propuestos por Jacobson y Truax (1991). Las narrativas se analizaron para identificar dimensiones clave sobre la experiencia terapéutica y sus beneficios, aplicando el análisis temático-narrativo (Reissman, 2008).

RESULTADOS

Se midieron cuatro dimensiones de acompañamiento a través del CORE-OM: el beneficio de la terapia, el aporte personal, el aporte por parte de la persona terapeuta, y sugerencias de mejora. Los resultados cuantitativos mostraron una mejora significativa en todas las dimensiones evaluadas por el cuestionario CORE-OM además de una diferencia significativa entre la primera y la última sesión, indicando que la terapia redujo el malestar psicológico. Más del 66% ($n = 37$) de personas participantes con puntuación similar a la «población que busca atención psicológica» al comenzar la terapia presentaron una reducción del malestar significativa al final de la terapia, mostrando puntuaciones similares a las de la población «que no busca atención psicológica». Estos cambios fueron estadísticamente significativos y psicológicamente relevantes, indicando la efectividad de la intervención psicoterapéutica en Trànsit.

Tabla 1

Media e intervalos de confianza al 95% de los puntajes pre-, post- acompañamiento y la diferencia entre ambos puntajes

Puntuación	Pre-	Post-	Diferencia	Cohen d
CORE-OM	1.94 (1.79, 2.08)	1.06 (0.92, 1.19)	0.88 (0.69, 1.06)	1.17 (0.94 a 1.48)
CORE-OM-NR	2.14 (2.00, 2.29)	1.22 (1.07, 1.36)	0.92 (0.74, 1.12)	1.2 (0.96 a 1.55)
Riesgo	0.96 (0.75, 1.18)	0.31 (0.18, 0.43)	0.65 (0.44, 0.88)	0.7 (0.53 a 0.92)

Las narrativas recogidas arrojaron luz a partes más biográficas, revelando que las personas atendidas reciben por lo general servicios sanitarios no especializados e insatisfactorios. Por ello, valoraron positivamente la perspectiva multidimensional y despatologizadora del servicio: «me ayudaron a empoderarme». El marco que ofrece Trànsit no solo cubre necesidades que en otros servicios se ven ignoradas, sino que además sirve de soporte y punto de referencia dentro de la comunidad para una variedad de demandas. Las personas participantes destacaron, además, la importancia de contar con un espacio seguro donde sus identidades fueran validadas y respetadas, y «seguir con el proceso a pesar del dolor» que conlleva la mayor autoaceptación y la lucha contra el estigma, lo que favoreció el fortalecimiento de su autoestima y autonomía. También se subrayó el impacto positivo del acompañamiento realizado por el equipo terapéutico, quienes proporcionaron un modelo de referencia empático, sensible y comprensivo, donde el acompañamiento grupal adquiere una importancia radical: «han sido un espejo amoroso».

DISCUSIÓN

Los datos presentados apoyan la idoneidad del modelo multidimensional transafirmativo por encima de cualquier estilo autoritario o paternalista (Ashley, 2023). La relación entre bienestar y disconformidad con el género tiene como variable mediadora el estigma percibido (King *et al.*, 2020). El abordaje del estigma es crucial en el acompañamiento psicológico. Las habilidades desarrolladas que resultaron más efectivas para disminuir el estigma fueron las estrategias y preparación para la revelación de la identidad de género al entorno, el afrontamiento anticipatorio del posible estigma, así como la vinculación con grupos de iguales (Stone *et al.*, 2020).

Por lo tanto, nuestro estudio respalda la idea de que el malestar no proviene de la autodeterminación de la identidad de género, sino otras circunstancias, como el sufrir abusos, acoso, ocultamiento o presiones para encajar en las normas de género imperantes (ej. Hendricks & Testa, 2012; Mizock & Mueser, 2014). Un modelo despatologizador de atención evita que ese estigma se perpetúe desde la práctica psicológica, y cuanto antes se emplee, según las respuestas obtenidas, mejores efectos puede ofrecer.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, nos centramos en las experiencias en la atención a la salud de las personas trans con perspectiva multidimensional. La aproximación del Servicio de Trànsit es integradora, interdisciplinar, centrada en necesidades y altamente comprometida; elementos fundamentales para garantizar una atención de calidad con la diversidad de género. En ese sentido, los datos tanto cuantitativos como cualitativos presentados revelan una satisfacción general con los servicios. Sentirse arropadas ayudó a las personas atendidas a rebatir las presiones de su entorno y abrazar su identidad de género. Ofrecer servicios transafirmativos con mirada multidimensional es un punto de partida necesario para un cambio de paradigma generalizado hacia la aceptación de las minorías de género.

Las voces de satisfacción presentadas, así como el alineamiento con evidencias de otros estudios en el campo, sirven como evidencias no solo para que no se amenace con deroga-

ción según qué políticas apliquen, sino para que se mantenga como espacio seguro de referencia en la comunidad.

REFERENCIAS

- Ashley, F. (2023). Interrogating gender-exploratory therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 18(2), 472–481. <https://doi.org/10.1177/17456916221102325>
- Aultman, B. L. (2019). Nonbinary trans identities. *Oxford Research Encyclopedia: Politics*, 1–25. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1195>
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/14733140600581218>
- Charres, H. (2018). Triangulación: Una herramienta adecuada para las investigaciones en las ciencias administrativas y contables. *Revista FAECO sapiens*, 1(1), 18-35.
- Hendricks, M. & Testa, R. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). *Clinical Significance: A Statistical Approach to Denning Meaningful Change in Psychotherapy Research*. 8.
- King, W. M., Hughto, Jaclyn. M.W., & Operario, D., (2020). Transgender stigma: A critical scoping review of definitions, domains, and measures used in empirical research. *Social Science & Medicine*, 250, 112867.
- Millet, A. (2020). *Cissexismo y Salud: Algunas Ideas desde Otro Lado*. Puntos Suspensivos.
- Mizock, L., & Mueser, K. (2014). Employment, mental health, internalized stigma, and coping with transphobia among transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(2), 146–158. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000029>
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage Publ.
- Rose, N. (2016). La psicología como ciencia social. En R. Rodríguez (ed.), *Contrapsicología: De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura* (pp. 21–44). Dado.
- Stone, A. L., Nimmons, E. A., Salcido, R., Jr., & Schnarrs, P. W. (2020). Multiplicity, race, and resilience: Transgender and nonbinary people building community. *Sociological Inquiry*, 90(2), 226–248. <https://doi.org/10.1111/soin.12341>
- Suess Schwend, A. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews*, 41(3), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>

Acompañamiento emocional en adolescentes trans en el sistema público de salud

Andrea Cortés Ruiz

Institut Català de la Salut
acortes.lleida.ics@gencat.cat

FUNDAMENTACIÓN

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo de la identidad, en la que los jóvenes experimentan cambios físicos, emocionales y sociales significativos. Para las personas trans, este proceso puede verse acompañado de desafíos adicionales, como el rechazo social, la incompreensión familiar o el impacto de los estereotipos de género. Esta combinación de factores, sumada a la alta prevalencia de problemas de salud mental, autolesiones e ideación suicida en esta población (Toomey, Syvertsen y Shramko, 2018; Tordoff *et al.*, 2022; Er-langsten *et al.*, 2023), resalta la necesidad de ofrecer servicios públicos de atención especializados en infancias y adolescencias trans (Lee y Rosenthal, 2022).

En el territorio donde se desarrolla este estudio, desde el año 2023 existen consultas específicas para la atención de la salud de las personas trans, dirigidas también a menores y sus familias. Estas consultas incluyen acompañamiento emocional individual y grupal con el objetivo de facilitar la autoaceptación del género sentido, empoderar a la persona, dar significado a su experiencia y prevenir el aislamiento. También se ofrece atención a las familias, brindando herramientas para comprender la diversidad de género y gestionar el proceso de transición del entorno cercano.

OBJETIVO

El presente trabajo tiene como finalidad visibilizar la importancia de ofrecer atención psicológica temprana a adolescentes trans en situación de malestar emocional, con el fin de prevenir conductas de riesgo como las autolesiones o la ideación suicida. Para ello, se presentan dos casos clínicos atendidos recientemente en una unidad pública de atención a personas trans.

METODOLOGÍA

Se seleccionaron dos casos clínicos de adolescentes trans atendidos en la consulta de psicología de una unidad especializada del sistema público de salud. En ambos casos, las familias solicitaron atención urgente debido a la presencia de autolesiones, ideación suicida y di-

facultades de adaptación escolar. Se garantizaron las condiciones éticas, como el anonimato, modificando los nombres y datos identificativos. La intervención se centró en la valoración del estado emocional, la detección de riesgos, la coordinación interprofesional y la implementación de estrategias de acompañamiento emocional y prevención.

RESULTADOS

Caso 1: Nicholas, 13 años. Nicholas acude acompañado de su padre, quien refiere un historial previo de seguimiento en salud mental por ansiedad y autolesiones. Dos meses antes, Nicholas verbalizó sentirse un chico, mostrando malestar con su cuerpo. A pesar de una primera visita programada a un mes vista, la situación se agravó con nuevas autolesiones tras experiencias que generaron confusión sobre su identidad de género. En la consulta se valoró que las autolesiones no eran suicidas y se exploraron sus desencadenantes. Se trabajaron estrategias alternativas de regulación emocional, contando con el padre como figura clave de apoyo. Este caso muestra cómo la atención psicológica temprana actúa como factor de contención, permite prevenir recaídas y favorece un espacio seguro para la exploración de la identidad, con apoyo familiar como pilar terapéutico.

Caso 2: Axel, 12 años. Axel acudió con su madre tras haber empezado un nuevo instituto, mostrando síntomas de ansiedad y retraimiento. Su madre informó que el centro educativo detectó ideación suicida, lo cual Axel confirmó. Se mostró reacio a visibilizar su identidad trans en el entorno escolar, lo que generaba conflicto con su madre. La ideación suicida se presentó estructurada y planificada, por lo que se procedió a una derivación urgente al servicio de salud mental infanto-juvenil. Se realizó coordinación profesional y se programó una visita de seguimiento con el equipo de acompañamiento emocional. Este caso evidencia la importancia de un espacio accesible y sin juicio donde el adolescente pueda expresar su malestar. La intervención oportuna permitió detectar un riesgo vital y activar los recursos adecuados sin forzar los tiempos del proceso identitario.

DISCUSIÓN

Estos casos muestran cómo la intervención temprana desde unidades especializadas puede ser determinante para contener el sufrimiento emocional y prevenir conductas autolesivas o suicidas en adolescentes trans. La posibilidad de acceder a un recurso específico, accesible y con perspectiva de género permite dar respuesta ágil a demandas urgentes, al tiempo que se promueve la validación de la identidad y el fortalecimiento del entorno familiar.

La atención psicológica centrada en la comprensión de la vivencia trans, y el trabajo conjunto con las familias, resulta clave para evitar la cronificación del malestar. Asimismo, el abordaje emocional desde el respeto y el acompañamiento facilita que los adolescentes puedan expresarse, ganar seguridad y generar estrategias de afrontamiento más saludables.

CONCLUSIONES

La existencia de unidades específicas de atención a personas trans en el sistema público de salud representa un recurso fundamental para la detección precoz de conductas de riesgo

en adolescentes en proceso de transición. En ambos casos presentados, la intervención temprana permitió frenar la escalada de la sintomatología, activar recursos especializados y favorecer la regulación emocional de los jóvenes. Estos resultados refuerzan la necesidad de consolidar y ampliar los servicios de acompañamiento emocional y psicológico dirigidos a infancias y adolescencias trans, como medida esencial de prevención y garantía de bienestar.

REFERENCIAS

- Erlangsen, A., Jacobsen, A. L., Ranning, A., Delamare, A. L., Nordentoft, M., & Frisch, M. (2023). Transgender identity and suicide attempts and mortality in Denmark. *JAMA*, 329(24), 2145–2153. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.8627>
- Lee, J. Y., & Rosenthal, S. M. (2023). Gender-affirming care of transgender and gender-diverse youth: Current concepts. *Annual Review of Medicine*, 74, 107–116. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-043021-032007>
- Toomey, R. B., Syvertsen, A. K. & Shramko, M. (2018). Transgender adolescent suicide behavior. *Pediatrics*, 142(4), e20174218. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4218>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Wittlin, N. M., Kuper, L. E., & Olson, K. R. (2023). Mental health of transgender and gender diverse youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 207–232. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-020326>

Vivencias en 1.^a persona
del singular

Bizipenak singularreko
1. pertsonan

Vivir contracorriente

Ares Piñeiro López

arespineirol@gmail.com

Nací en Santurtzi un 23 de julio de 1972 y ya empecé a vivir contracorriente. En el 72, la tele era en blanco y negro, pero también la vida, aunque esta última era más negra que blanca.

Hijo de padres gallegos, católicos y apostólicos y que además han sido migrantes durante 25 años en Venezuela, allí nació mi hermana y cuándo ella cumplió los 12 años regresaron y aterrizaron en Santurtzi, casi al año de estar aquí, nací yo (el salmón), así nos llama Joserra, nuestro papá pitufo, y es que él dice que los salmones, al igual que las personas transsexuales, nadan a contracorriente. De ahí surge el título de esta charleta.

La frase que siempre me han recordado mis aitas es que al nacer mi aita dijo, «encima de caro chica», nací de pago, ya que mi aita por aquel entonces era autónomo, y la seguridad social no le cubría la cesárea que había que practicarle a amatxu.

Cuenta mi amatxu, que a la edad de 4 añitos, dije que era un niño y que quería tener un pitilín como mis tatos, (primos).

Fue pasando el tiempo y a la edad de 6/7 años, siempre pedía a los Reyes Magos u Olentzero, que me trajeran ese pitilín y un scalextric, pero nunca llegaban, siempre me traían muñecas, que obviamente acababan volando por la ventana.

Así fueron pasando los años, hasta que a la edad de 9 años, deciden que haga la primera comunión, QUE ESPANTO!!!!, encima para colmo de males, ese mismo día se casaba mi hermana, por lo que mi vestido de comunión fue como el de novia de mi hermana pero en txiki, velo, corona, y el copón de la baraja!!!.

Mis aitas se empeñaron en dejarme el pelo largo para ese «maravilloso evento», pues yo dije si ehh???, ahora veréis y zasca, me pegue un tajo en todo el flequillo el día antes de autos... pero mi amatxu que era muy lista, llamó a la peluquera y me plantaron un postizo, y así tuve que hacer la comunión. Yo quería de marineritooooo!!!! Ya que tenía que hacer la dichosa comunión. Y si aún ese año no había tenido suficiente, me bajó la regla, a los 9 años!!

Con esto fue pasando el tiempo y lo que yo tanto anhelaba y pedía no llegaba y una noche de reyes pillé a mi aita, colocando los regalos y supe que mis oparis tan deseados nunca llegarían.

En el colegio, todos los días tenía fiesta, si no era porque me insultaban, era porque no me dejaban jugar al fútbol, en fin un calvario.

Y entre una cosa y otra llegó mi adolescencia, fracaso escolar absoluto.

El cuerpo estaba en plenos cambios, y en vez de una barba me crecieron las tetas, y no sabía cómo hacer para ocultar aquello, que para mí, era lo peor que me había pasado hasta entonces, fue cuándo decidí que algo tenía que hacer y con la edad de 15 años dejé de estudiar, porque era insufrible ir al colegio, un verdadero infierno y me fui a trabajar con la idea de ganar mi propio dinero y así poder comprarme mis cositas.

Recuerdo la primera vez que fui a comprarme mi pitilín, entre en una sex shop que había por aquel entonces en Zabálburu y compre el pitilín más grande de la tienda, (que claro ya no era un pitilín) si no que era un señor pollón, tan grande era que no me cerraba el pantalón, pero yo quería que quien me mirara viese un hombre y a poder ser uno muy macho «azul cetrino».

Retomando el tema de las tetas, con esta edad me inventé como ocultarlo y la cuestión es que era algo tan sencillo, como doloroso, por lo menos en mi caso, ya que había mucho volumen.

En casa siempre había vendas porque mi amatxu pasaba largas temporadas en el hospital debido a su enfermedad y con esas vendas yo apachurraba las tetas y me las vendaba al punto que más de una vez me llegó a faltar la respiración.

Aun así para evitar que quien me mirase pudiese ver bulto caminaba encorvado y con ropa 4/5 tallas más que la que yo usaba, era tal la agonía que yo tenía, que nunca fui a la playa, ni tampoco a la piscina, eso hizo que nunca aprendiese a nadar.

Llega la hora de los enamoramientos adolescentes, que en mi caso ya había madurado mucho debido a todo lo pasado, por lo tanto para mí ya no eran amores adolescentes, si no de los que te llegan adentro con mucha madurez.

A partir de los 15 años, jamás permití que se me tratase de otra forma que no fuese como el hombre que soy, lo cual me trajo muchas peleas, luchas, insultos, vejaciones, etc...

La primera novia que tuve, se lo deje bien claro, quien era y lo que yo soy, por lo tanto no iba a permitir nada que no fuese de esa manera, por lo cual nunca me desnudé delante de ella ni de ninguna otra chica, nunca dejé que me tocasen mis genitales, jamás me llegué a tocar ni yo mismo, porque no lo soportaba.

Aparte de todo esto que no es poco, nunca encontré un igual, me encontraba en medio de un desierto sin saber hacía donde ir, donde buscar ayuda, no existía internet, y en la tele no salía ningún hombre transexual, solo salía alguna mujer transexual, pero el enfoque era prostitución, espectáculo, etc...

Así que decidí, buscarme un pisito e irme a vivir yo solo y comenzar mi andadura y mi lucha, la verdad que desde los 15 hasta los 30 años es una época que me hubiese gustado borrarla de mi vida, no a las personas que compartieron conmigo, sino esos años oscuros sin ver la luz del sol por ningún lado, pero la vida continuaba y yo no iba a bajar los brazos.

Y así a los 30 años llegó un pequeño rayo de luz que para mí fue como ver el amanecer en mi querido México lindo.

Yo estaba en tratamiento por un problema de tiroides y aproveché una cita con mi endocrino para comentarle lo que me pasaba, y él me facilitó el comienzo del camino, enseñándome me recetó lo bueno (para mí) que era la hormonación pero también lo no tan bueno, la derivación al Hospital Carlos Haya de Málaga, ya que en el País Vasco aún no existía unidad para las personas transexuales.

Al cabo de unas semanas de estar con el endocrino, me opere y me hice la mastectomía, de pago, no me quedaba otra, pero era lo más deseado para mí, que para eso llevaba tantos años trabajando.

Dice mi hermana que nunca había visto una sonrisa en mi cara cómo la que tenía cuando desperté de la anestesia y vi que aquello ya no estaba y que mi pectoral estaba lisito, tal fue la felicidad que según me dieron el alta, mi hermana me metió en una tienda de ropa y me compro un montón de camisetas justas y por supuesto había crecido 5 centímetros... pues ya no andaba encorvado, si no estirado como un jirafa.

La peripecia del Hospital Carlos Haya, fue un espanto, una vez al mes tenía que viajar desde Bilbao hasta Málaga, para ir a la consulta de la loquera, que se llama Juana; yo la llamaba Juana la loca la desabrida, así durante 2 años, y siempre los mismos teses, que eran del año que reinaba Carolo.

Después de 2 años yendo a su consulta, en la última cita y digo última porque así fue, y después de 5 millones de veces preguntándome si había matado a alguien o algún animal, la dije textualmente «nunca he matado a nadie, pero me están entrando unas ganas de matar...» y así fue como me dijo que ya no volviera, por fin lo había conseguido, y total para nada, estuve yendo, porque esas sesiones eran para derivarme a cirugía para hacerme la faloplastia y al final decidí que no me lo iba hacer porque no había ninguna intervención que fuese buena.

En toda esta historia, me ha faltado por contar dos cosas que, por lo menos para mí han sido muy importantes, la primera fue dar con Joserra, gracias al cual terminó picándome el gusanillo de aprender sexología y la segunda es que, como yo a lo largo de mi proceso nunca había tenido la posibilidad de hablar con alguien que ya lo hubiera vivido, decidí que quería ofrecer aquello que a mí me hubiera gustado poder encontrar, un igual con el que hablar de lo que es vivir siendo un hombre transexual.

Esta decisión me llevó a introducirme en el mundo del activismo, donde he podido acompañar a multitud de amigos y compañeros o también escribir leyes que nos han ayudado a conseguir derechos, y así nace Errespetuz, pero esto ya queda para otra charleta, que si no se hace muy largo.

Referentes trans en la cultura pop de finales de los 90 y 2000

Elsa Ruiz

elsaruiz@laorejadebongo.es

Querría pintar un poco mi infancia y adolescencia. Lo que todavía me acuerdo. Nací en el 87, el 2 de marzo del 87. Comparto cumpleaños con Roberta Marrero, que me gustaría recordar especialmente. Porque dentro de poco va a hacer un año que decidió dejarnos en el plano terrenal. Es lo que tienen las divinidades: que piden estar unidas al cosmos lo antes posible. ¿Qué vamos a hacer? Y nada, me apetecía mucho hablar de ella porque, para mí, fue la primera mujer trans que yo conocí en persona, que me hizo imaginarme a mí misma de mayor. Y es una cosa que siempre le estaré muy agradecida a Roberta.

Bueno, yo nací en el 87. Soy la mayor de dos hermanas: mi hermana pequeña Marta y yo. Y en mi casa yo siempre fui la niña rara. Porque además, en mi caso es curioso, como le dije al psiquiatra de la UIG de Madrid cuando me preguntó si yo jugaba más a pelotas o a las muñecas cuando era pequeña, yo le contesté la pura verdad: yo, es que leía. La tercera casilla del género: muñecas, pelotas y libros. La tercera casilla. Entonces yo leía libros. Leía mucho, sobre todo muchos tebeos, *Mortadelo y Filemón*, por ejemplo, que es lo que aprendí a leer y dibujar gracias a mi padre. Reivindico desde aquí muchísimo la figura de Mortadelo como travesti porque... mucho RuPaul, pero para travesti calva y con gafas gordas estuvo Mortadelo, muchos, muchos años antes.

Yo siempre he sido muy consumidora de cultura popular, dibujos animados, series de televisión... que veía sobre todo con mi madre. Mi padre era un poco ausente porque estaba trabajando y yo pasaba mucho tiempo con mi madre.

Sobreviví en el colegio porque no me interesaban las cosas hipermasculinas. Yo estaba en plan de «intelectual». Hasta que un día fatídico, en los 90, se puso de moda en los patios de colegio, por lo menos en Madrid, donde yo vivía, intercambiarse unas cartas y sobres con dibujitos. Algunas tenían olor y demás. Y a mí, como me gustaba el dibujo y veía que mis compañeras las tenían, dije «ay, yo quiero también, para intercambiar con mis compañeras». Mis padres dijeron, bueno, pues vamos esta tarde a una librería que te compres las que quieras y así las puedes cambiar en el patio. Y yo iba con toda mi ilusión, con mi carpeta con cartas que iba acumulando. Al poco tiempo apareció un niño, totalmente random, que no era

ni de mi clase, ni siquiera recuerdo ni cómo se llamaba, ni su cara, y me soltó el primer «¿por qué haces eso, si es de niñas?» de mi vida.

Automáticamente yo dejé de hacer lo de las cartas porque ya era bastante raro que no me gustasen los deportes y que no quisiese jugar al fútbol. Ya era la rarita de los libros. No podía exponerme. Yo, ya desde pequeña, sabía esto: que no podía exponerme a que se me señalase todavía más. Además, estamos hablando de los 90, que el tema LGTBI, aunque empezaba a tener cierta presencia en medios populares como la televisión, medios accesibles para todo el mundo, era muy perseguido.

Yo no sabía quién era la Veneno por haberla visto, pero sabía lo que opinaba la gente de la Veneno. Sabía que: «maricón, puta, sidoso». Todo eso. Había una carga emocional muy grande. También como niña de los 90 yo había visto la película de Ace Ventura en la que hay un momento muy tráfobo, que la mayoría conoceréis, y que tampoco voy a reproducir aquí, porque es un momento muy violento.

En el documental de *Netflix Disclosure* sobre tema trans, muchas personas trans hablan de este tema porque fue muy horrible. Pero también me viene a la mente una película de Leslie Nielsen, de estas de *Agárralo como puedas*, de comedia, en la que había un gag en el que se iba a acostar con una señora de la que solamente se veía la sombra... y la señora tenía pene. Yo ponía como cara de circunstancias. «¡Qué risa! ¡Qué gracioso todo!» Incluso en la película del 2000 y poco de Ashton Kutcher, *Colega, donde está mi coche*, hay un personaje que es trans y todo lo que rodea a este personaje, que es una mujer trans, es bastante tráfobo.

Con todos esos contextos, a mí, lo poco LGTBI que me llegaba, pues yo tengo la suerte de haber visto con mi madre *Will & Grace*, que era muy básico, pero era lo mejor que teníamos. Luego, ya de adolescente, tenía *Buffy Cazavampiros* que ahí empezó a crecer una cosa y yo empecé a sentir, sin yo todavía definirme como mujer trans, ni siquiera como niña trans, sino porque yo notaba ciertas cosas en mí que no sabía ponerles nombre, porque nadie me había enseñado cómo ponerles nombre. Pero, por ejemplo, en *Buffy Cazavampiros* el personaje de la hermana de Buffy, Dawn, es un personaje que aparece de repente. La hermana de Buffy nunca ha existido y es la forma humana de algo como que van a usar después. Y se lo han puesto a Buffy y a su familia y les han implantado recuerdos. Y yo, creciendo, me di cuenta de que me identificaba con ella. Y hay un momento muy bonito con Buffy, que Buffy le dice que es su hermana. Que aunque ella no haya sido una humana de verdad más, ella siente que es su hermana. Y eso es un momento muy bonito y es una cosa para mí muy trans.

Porque las personas trans de mi generación, y muchas más, al no tener referentes reales, hemos recurrido a hacer trans a muchos personajes de la ficción. Por ejemplo, para mí, Jessica Rabbit, de *Quién engañó a Roger Rabbit*, es un personaje muy muy trans porque además ella es un dibujo animado, pero los humanos la cosifican y la sexualizan muchísimo. De hecho, yo, de pequeña decía que me quería casar con Jessica Rabbit y llevaba un dibujo de ella en el babi, en el colegio, esto con seis años. Y Jessica Rabbit para mí pasó de ser objetivo amoroso a ser totalmente *body goals*.

También, lógicamente, la Sirenita, que para tantas y tantas niñas trans de tantas generaciones, nos ha servido tanto de inspiración.

Y hay otros personajes como , por ejemplo, Pitufina de *Los Pitufos*. Porque Pitufina no es un pitufo de verdad. Pitufina era creada por Gargamel para engañar a los pitufos. O sea

que, básicamente, es un argumento muy TERF este. Y entonces Pitufina de repente descubre que traiciona para lo que ha sido creada por Gargamel, que es engañar a Los Pitufos, para acabar con ellos; o sea, básicamente, para borrar a los pitufos. Y descubre que es una comunidad que la acepta. Eso sí, le obligan a pasar a hacer *cispassing* porque Gargamel cuando crea a Pitufina es morena y se parece físicamente más a un pitufo, es más vasta. Pero Papá Pitufo le hace que tenga más *cispassing*, le hace ser rubia, y le hace la nariz más respingona para que sea más normativa. Que me hace gracia que tenga que ser más normativa cuando todos los pitufos no habían visto a una mujer pitufo en la vida. Pero bueno, es curioso.

Y otro personaje del que me he reapropiado mucho y que creo que también lo ha hecho mucha gente, es Fiona, de *Shrek*. Fiona tiene un *transvibe* acojonante como mujer trans porque es una mujer que tiene *cispassing* hasta cierto punto del día, que el objetivo es casarse con Lord Farquaad. Tiene miedo de contar sus secretos a Shrek, por sufrir rechazo, incluso cuando Shrek es como ella. O sea, hasta tal punto es el delirio del rechazo. Tiene unos padres que le han metido básicamente en una terapia de conversión, que se estar en una torre hasta que venga un príncipe y rompa el hechizo. Y es muy bonito ese momento cuando se rompe el hechizo y la verdadera forma de Fiona es de ogra y Shrek le dice que es muy hermosa. De hecho, en la segunda peli de *Shrek*, cuando están de luna de miel los dos, hay una escena en que Shrek se está afeitando y gira el plano y Fiona también se está afeitando. Es otra vivencia trans que hemos ido rescatando. Y esto es una cosa que es muy importante.

Hace unos años Mark Hamill, el actor que hace Luke Skywalker, fue a dar una charla en Inglaterra y él dijo una cosa preciosa. Dijo: me preguntan mucho la gente si el personaje de Luke Skywalker es gay. Y Mark Hamill decía esto: si para ti es importante que sea gay, entonces lo es, porque el personaje es para ti, no es para mí. Esto es muy bonito: que nos apropiemos de iconos.

¿Cuántos chicos trans han cogido a Mulán como ejemplo? Para mí, Mulán, justamente, que esto es lo guay, que lo he hablado con algún chico trans, es que para mí es una mujer trans. Porque es una mujer que no encaja en los tópicos, intenta ser un hombre, pero es que ella no es un hombre. Entonces para mí es un icono de mujer trans. Pero eso, que para mí sea una mujer trans, es perfectamente compatible con que para un chico trans Mulán sea un chico trans. Es una cosa maravillosa.

Entonces, hemos tenido que tirar de estas cosas porque no hemos tenido referentes. Referentes existen, referentes siempre ha habido. Lo que pasa es que la cultura de masas y el «cistema» binario no nos lo han permitido mostrar de una manera cómoda. Y todavía tenemos que hacer, a día de hoy, arqueología para ello.

Por eso he mencionado precisamente a Roberta Marrero. Roberta Marrero, en su gran libro *El bebé verde*, que os recomiendo, que seguramente conoceréis la mayoría, dice: «No nací ni hombre ni mujer, nací bebé, necesito tiempo para saber quién soy».

Reivindico ese cómic, esa especie de cómic hecho a mano, fanzine maravilloso que es, en el que se ve cómo a través de los iconos de la cultura pop ella fue descubriéndose.

Con Roberta comparto muchos referentes. Por ejemplo, hay dos familias, hay dos parejas que siempre menciona ella: Gómez y Morticia Addams; y Germán y Lily Monster. Que, curiosamente, son las familias más raras pero más tolerantes y abiertas. O sea, en los Monster se produce esa maravillosa paradoja de que todos son monstruos menos la sobrina, que es una

persona normal; y la aceptan sin ningún tipo de cortapisa. O sea, incluso hacen chistes como: «a pesar de su aspecto la queremos igual», «no pasa nada, es así, qué le vamos a hacer».

Yo creo que en mi experiencia, y por ir acabando, yo he tenido que conquistar mi femi- nidad y mis cosas a cuentagotas. Yo, desde adolescente, siempre tenía un impulso por usar ropa femenina porque necesitaba verme a mí misma. No había ninguna cosa de fetiche se- xual, pero necesitaba usar la ropa que usaban las compañeras de clase. Me acordaré siempre de un día que fui con mi madre a El Corte Inglés a comprarme ropa. Alguna chica que ha- bía usado el probador en donde me metí, había dejado la ropa que se había probado. Y au- tomáticamente sentí el impulso de probármela. Y me vi por primera vez. Además, como era un sitio que no era mi casa, sino que era público, aunque fuera a escondidas, fue de repente como una revelación. Y fue muy importante para mí. Lógicamente, sabía que me tenía que quitar aquello y que no se lo podía contar a mi madre; no porque tuviera prejuicios, sino porque los prejuicios estaban en la sociedad y yo había visto en el colegio lo que pasaba. En- tonces fui una especie de Cenicienta; pero en vez de varias horas, fueron unos pocos minu- tos; y fue muy doloroso.

A través de eso, de la ropa y demás, me fui construyendo. Por desgracia también me fui construyendo a través de los chats de internet: mis primeras experiencias sexuales como mu- jer fueron, básicamente, dejarme usar por hombres cis que me utilizaban sexualmente para que, a cambio, otra persona me viese y me tratase como mujer. Pagué un peaje muy alto y eso condicionó mucho mi relaciones sexuales después. Y eso es algo que no le deseo a nadie.

Por eso necesitamos construir referentes y sacar los referentes antiguos que están ocul- tos. Y eso es muy, muy, muy importante. A la gente más joven deciros: que sana envidia me dais, que tenéis más referentes. Bueno, no es que tengáis más referentes, es que tenéis refe- rentes más accesibles, más visibles.

Yo creo que, en relación a las adolescencias y juventud LGTBI en general y a la gente trans en particular, tenemos la responsabilidad de hacer accesibles esos referentes para todo el mundo.

TXIKITIK HANDIRA

De lo pequeño a lo grande

Eder Iturralde Agirre

ederitu00@gmail.com

*A quienes abrieron brazos que abrazan,
orejas que escuchan y corazones que entienden
A quienes me dieron su amor incondicional
y caminaron conmigo sin saber muy bien a dónde.
A mis compañeros trans, por mostrarme
que dar la cara y la voz también es luchar.
A quienes abrieron caminos para que hoy
podamos andar con menos miedo.
Gracias por ser parte de esta historia colectiva.
Gracias por sostener la vida, incluso cuando pesa.
Gracias por ser parte de la resistencia.*

IZENA - NOMBRE

Mi nombre es Eder. Eder Iturralde Agirre. Es un nombre vasco, que significa bello, hermoso, guapo. Escogí mi propio nombre. Al nacer me pusieron Eider, una marca conocida de material de montaña. *Si el forro polar nos ha salido tan bueno, también la hija.* No me gustaba lo que representaba cuando hablaban de Eider. Pero os advierto que, para quien no haya pasado por esto, decidir cómo quieres ser llamado es una gran pregunta. Elegir tu nombre no es sólo decidir cómo quieres ser visto, es cómo existir; en la lengua y en el entorno.

Y ahí estaba yo, con mis 17 años, tumbado en la cama, en Errezil, un pequeño pueblo de cabras en el corazón de Gipuzkoa. Eran finales de febrero y estaba cursando Batxi 2. Hacía tres meses que algo hizo «click» y, de repente, todo se hizo «crack». Entendí que era un chico, que siempre lo había sido, aunque nunca entendí del todo. La vida se me estaba haciendo demasiado bola. Parecía que todo lo que había construido hasta entonces se estaba cayendo en pedazos. Me sentía tranquilo en parte, por poder ponerle nombre a lo que me estaba pasando. «Por fin lo estoy entendiendo», me decía a mí mismo. No sabía dónde estaba, pero tenía claro que no volvería a ser como antes. Es como darte cuenta de que has vivido en una mentira: no eres quien creen, pero tampoco sabes quién podrías ser. Has sido siempre, y a la vez, nunca. Y quieres ser, quieres tener un nombre, un sitio en el mundo, porque el que ocupabas antes ya no existe. Y ese es el momento en el que empiezas a pensar en cómo te gustaría ser llamado.

Ha habido cosas que han cambiado, por ejemplo los saludos; los códigos entre hombres, la forma de hablar entre ellos. He pasado de que me traten como tonta explicándome absolutamente todo, a que den por hecho que sé sobre coches, fútbol, caza, fontanería, jardinería, obras... Y a mí nunca me han interesado.

IZANA - SER

Nombrarse sólo es el primer paso. Habitar en ese nombre, darle cuerpo y vida... es otra historia. No me gusta contar mi historia en español porque me obliga a decidir cosas que antes no tenía que pensar; al referirme a mi yo de antes de hacer el tránsito no se si elegir entre el masculino o femenino, porque no se si estoy traicionando al Eider que fui. Hoy suelo usar el masculino para evitar líos, por intentar ser coherente.

Paradójicamente, empecé a usar más el castellano después del tránsito. Buscaba referentes, amistades trans, y la mayoría estaban fuera de Euskal Herria. No era fácil encontrar información fiable, tampoco gente trans que viviera en euskera. Pensaba que éramos Astérix y Obelix en su aldea, pero pronto entendí que, habría que aprender a convivir con los romanos.

La identidad nacional y cultural no se construye solo sobre papeles o leyes. Nace del territorio, la lengua, los afectos y la memoria. No es una fantasía: se basa en hechos, circunstancias históricas, geográficas y culturales. Aunque algunos sueñan con abolir las naciones y las identidades, otros seguimos insistiendo que pertenecer a un pueblo o a una cultura es algo real. No implica superioridad ni odio. A veces, simplemente, implica resistir, existir y amar aquello que nos ha hecho ser quienes somos.

Nací en un pueblo de apenas 600 habitantes y tiene escuela primaria. En el año 2000 nacimos seis: supuestamente tres chicas y tres chicos. Jugábamos mezclados todas las edades: con la bicicleta en el río, en el patio de la escuela o durante horas en la ludoteca. Tuve una infancia feliz, con la libertad que necesitaba. Pero esa libertad empezó a estrecharse al crecer.

Lo que de pequeño era un juego sin normas se convirtió en un tablero con casillas marcadas. Terminé la primaria y nos mudamos a Azpeitia, el pueblo de al lado, tiene 15.000 habitantes, mucho más grande que el mío, pero también mucho más tradicional en todos los aspectos. Tenía apenas 12 años y entendí que, si quería sobrevivir y encajar, debía cambiar. Allí, la estética tiene demasiada importancia: ropa, marcas, apariencia externa.

Los chandals heredados de mi primo ya no me servían. Hasta las mallas de deporte debían ser de marca, y había que elegir entre lo «guay» y lo «pringado». No era una elección, era supervivencia. Yo solo quería encajar en una clase de 27 chavales, donde, como suele pasar a esa edad, somos crueles. Muy crueles.

La tutora me recomendó ir al psicólogo para “arreglar” eso de que me gustaran las chicas. Las chicas, a su vez, se quejaban de lo que podría suponer cambiarse conmigo en los vestuarios. Y de repente se creó un silencio insostenible. Nadie hizo nada. Segundo de la ESO, 2013.

Al final de la ESO, con 16 años, tuve el primer contacto con el feminismo. Se amplió mi espacio social y conocí a feministas y bolleras. Descubrí otro mundo. Una amiga me rapó el pelo a cero y hubo otro *clic*, otro *crack*. ¿Cómodo o guapa? Aquí estoy más cómoda. Para ser una chica no tienes por qué ser femenina, hay muchas maneras de ser mujer. Ya, claro, sí pero no. No había respuesta, ni información, ni forma de entender la ensalada que tenía en la cabeza. Ojalá supiera la mitad de lo que sé ahora. Sabía que ser mujer no implicaba ser femenina. Pero... ¿y si no implicaba ser mujer?

EZINA - IMPOSIBLE

Oraingoan ni izango naiz barre egingo dizuna. Ahora voy a ser yo quien se ría de ti.

Lo escribí en el espejo. No era una amenaza, era una promesa. Toqué fondo. No entendía lo que me pasaba. Si no sabes que una realidad puede ser real, es imposible reconocerte en ella, es imposible entenderte. Porque no, aunque se empeñen, no existe ningún manual para determinar el sexo de alguien. Eres. Y ya. Siempre has sido.

Ese año, en mi Sistema Solar, se alinearon Júpiter y Saturno, y empecé a escuchar las primeras experiencias trans: un mundo que me llamaba la atención, pero al que no tenía acceso real. Solo llegaban salpicaduras, algunas bombillas que se encendían en la oscuridad.

Vi un vídeo de un chico trans andaluz y por primera vez escuche una experiencia transmasculina. Y eso sí que me encajaba a la perfección. ¿Cómo era posible que un chico con una cultura y un entorno tan distintos tuviera tantas similitudes conmigo? Había pillado al gato encerrado. Y por fin pude ponerle respuesta a tantas preguntas. *Click y Crack.* No había vuelta atrás. Como una brida: cada vez más prieta, cada vez más daño hace.

Y, de repente, un suicidio. Principios de 2018. Otro chico vasco. Catorce años. Ekai. No me lo podía creer. Sabía que sería duro el camino. Pero prometí que no me rendiría. Yo no seré parte de la lista negra de personas trans que se suicidan, nos asesinan. Hemos venido a jugar. Había que dar el paso. La brida apretaba demasiado. No quedaba otra que actuar. Porque a veces, no hacer nada también es una forma de rendirse. No elegí ser valiente. Elegí no desaparecer. Y para eso, hacía falta decidir.

ERABAKI - DECIDIR

Cuando entendí que era un chico trans supe que pertenecería al asterisco el resto de mi vida: lo que incomoda, lo que no se permite, lo que sale de la norma... Ser vasco me enseñó el deseo de soñar con la libertad, el derecho a decidir quién quieres ser. Tomé cuatro decisiones pensadas, luchadas y necesarias, y las lleve a cabo:

1. Nombre: Pedí a las personas cercanas que me llamaran por el nuevo. Cambié el DNI: primero el nombre, luego el sexo. Me costó dos años de lucha con el registro civil. Cuando alguien me dice que soy español porque lo pone en el DNI, le recuerdo que también decía que era mujer, que tenía otro nombre, otra dirección... Y que mi identidad no está en un documento, menos en los genitales. Ser parte de la minoría de la minoría da vértigo, sobre todo cuando apenas saben que existimos. Cuando descubres que tu existencia se percibe como una amenaza, entiendes que el problema no eres tú, es su odio. No es fobia: es odio. Entonces entiendes que formas parte de la resistencia. Y que resistir también es una forma de existir.

2. Hormonas: Hace siete años empecé con la testosterona. Al principio me ayudó a sentirme mejor: barba, voz grave, sin regla... todo parecía positivo. Pero lo barato, a veces, sale caro. No me arrepiento de haberlas tomado, ni mucho menos. Pero decidí parar. Fue una montaña rusa emocional. Tras cuatro años, cuando mi cuerpo ya había cambiado lo suficiente, decidí parar el tratamiento, aunque apenas había información sobre lo que ocurriría al

dejarlas. Investigué por mi cuenta y encontré tres cambios reversibles: menor vello corporal, menos masa muscular y el retorno de la regla.

En mi adolescencia, la viví con disforia y con un rechazo profundo hacia mi cuerpo, sin entender la razón. No sabía que podía ser un chico. No tenía las palabras ni el conocimiento. Cuando entendí esto, empecé a cuestionarme si tenía sentido seguir tomando las hormonas si ya habían hecho su efecto óptimo. Puse en la balanza los pros y los contras y, finalmente, decidí reconciliarme con la regla, intentar que los días rojos no fueran tan negros.

Entendí que era una función más de mi cuerpo y parte de mi vida. Esa es la suerte que tenemos: pertenecemos a la población gestante, siendo hombres. Con el tiempo comprendí que ser hombre no depende de las hormonas. Quien soy va mucho más allá de tratamientos u operaciones. Decidí dejar la testosterona. Fue una decisión necesaria, tan necesaria como empezar. No he dejado de ser un hombre. Me quisieron contar como detransición.

3. Operaciones: No todo se puede conseguir con las hormonas. Siempre tuve claro que quería quitarme el pecho. Me pesaban en existencia. El binder mal usado ya me estaba dañando. Intenté convivir con los pechos, pero desde que los mutilé, no los he vuelto a echar de menos. Me avisaron un martes que me operarían ese jueves, a finales de julio. Llevaba 8 meses en T. Salió todo perfecto.

Lo peor eran los drenajes. Los odié tanto que les puse nombre: Pintxo y Pote. Me escapaba del hospital y decía que me iba de pintxo-pote. Fueron los cuatro días más largos de mi vida. Todo el trámite médico lo hice en un año. Bienvenido a la gincana de la Unidad de Género: endocrinología, psiquiatría, reproducción, cirugía...

Sí, hubo violencia profesional —ya sabíamos a dónde íbamos—, pero también encontré profesionales empáticos, con ganas de entender y aprender. No todo era malo, pero qué frágiles éramos. Gracias a vuestros impuestos y tener una sanidad pública, he podido costear mi tránsito, algo que en otros países es jodidamente difícil. Nunca me he planteado hacerme la faloplastia. A veces, de broma, digo que si me saliera la salchicha, me la quitaría.

4. Contar: Me enfadé con el mundo. Entendí la falta de palabras que había sobre este tema. ¿Por qué nadie me había contado nada antes? En aquella época apenas se hablaba de ello: no era un tema de moda, mucho menos un blanco directo del odio. Por eso decidí contar mi vivencia en centros y escuelas: para que las personas cis pudieran entender mejor a las personas trans, y para tener referentes y referencias cercanas, y sobre todo, reales.

TXIKITIK HANDIRA - DE LO PEQUEÑO A LO GRANDE

Esta es solo una muestra de estos 25 años en este mundo. Quizás no es más que un relato de alguien que intenta sobrevivir en un mundo donde las violencias evitables se viven como inevitables. Donde ser, existir, resistir... se convierte, sin quererlo, en un acto de rebeldía. Vengo de un pueblo que ha tenido que aprender a florecer entre las grietas. De una lengua que ha resistido siglos de prohibición y violencia. De una identidad que ha tenido

que defenderse incluso de sí misma, solo por querer ser quien es. Nuestra memoria está en los cuerpos que no se rinden y en las lenguas que no se callan. Venimos de resistencias, de sueños tercos. Somos memoria interseccionalizada: porque nuestras heridas, nuestras luchas y nuestras dignidades no caben en una sola frontera. Y sé que no estamos solos, solas, soles. Porque cada pequeño acto de existir con dignidad en este mundo roto... ya es una victoria. De lo pequeño a lo grande. Porque cada paso, por muy pequeño que sea, abre camino. Por la autodeterminación de cuerpos, corazones y pueblos.

Yo nunca he hecho el tránsito

Izar

15 años

Lo primero que quería empezar diciendo es que, para mí, la verdad, yo nunca he hecho el tránsito. Porque cuando tenía cinco años fue cuando mis padres se dieron cuenta de que era un chico, realmente. Y como nunca he tenido el recuerdo de me hayan tratado como una niña, ni de que me hayan tratado en femenino y, aparte, como tampoco he cambiado de nombre, pues la verdad es que yo creo que nunca he hecho el tránsito, en ese sentido.

De aquella época yo no me acuerdo de nada, la verdad. Era tan pequeño que no me acuerdo de nada; solo de lo que me ha contado mi ama. Y os voy a contar eso. Una vez, como mi ama veía que yo no tenía actitudes «de niña», como podríamos decir, pues me puso la película *Brave*, no sé si la conocéis. Y mi ama me decía que yo era como Mérida, que yo era una chica independiente, y no sé qué... Y cuando me comparó con ella, le dije: No, no, no, ama, ¡yo soy el caballo!

Y, bueno, de aquel tiempo no me acuerdo mucho más. Luego, cuando mi ama habló con Aingeru, y con lo que antes era Chrysallis, pues decidimos contarlo a la familia, en clase y eso... Y la verdad es que todo el mundo lo entendió perfectamente. Nunca nadie me ha dicho nada, nunca he sufrido ningún episodio de bullying, ni nada parecido, por ser trans. Y la verdad es que, por esa parte, estoy muy feliz. Porque siempre me han tratado como el chico que soy

Hoy en día la gente en mi clase ni se acuerda de que hice el tránsito y de que alguna vez fui «una niña»... bueno, que tampoco lo fui, pero más o menos, ¿no?

Llevo haciendo el mismo deporte desde casi que tengo los ocho años, por lo cual en el equipo nunca han visto esa faceta anterior. Antes nunca me duchaba en el vestuario, siempre venía a mi casa. Pero ha llegado un momento en el que ya tenía que ir sí o sí al vestuario a ducharme de vez en cuando. Y, claro, no sabía cómo afrontar esa situación. Como vi que muchos se duchaban en calzoncillos, dije, pues yo también, y empecé a ducharme en calzoncillos. Eso sí, si jugamos en casa, me voy a mi casa, que me ducho mucho más a gusto, con música y eso. Y cada vez que jugamos fuera de casa, me ducho en gallumbos, como una gran parte del equipo.

Cuando me dijeron que iba a empezar con la testosterona, yo ya tenía ganas. Sentía que me iba a quedar como un poco atrás, como que me iba a empezar el vello después que a todos mis amigos. Y tenía, no miedo, pero bueno, como que tenía ganas de empezarlo. Y ya

cuando empecé y vi que no había casi diferencia, la verdad que mucho más tranquilo. No sé cuánto llevo, pero bueno, estoy feliz con el tiempo que llevo. Y la verdad que la única diferencia que encuentro entre yo y la gente de mi clase y mis amigos es que yo cada tres semanas me tengo que pinchar y punto.

Por último, decir que no llevo mi transición como un secreto o algo que no le cuente a la gente. Pero, simplemente, al igual que una persona que no es trans, que no es gay, que no es lesbiana, no va presentándose a la gente, hola, soy no sé quién, y soy hetero, o soy cis, o no sé qué, no creo que yo tenga la obligación de hacerlo, así que no lo hago.

¿Qué es ser normal?

Biotza

13 años

Yo nací en el 2012.

Aquí estamos haciendo una presentación de lo que es ser trans. Pero en realidad ¿qué es ser trans? ¿Es ser una persona que tiene las partes íntimas de otro género? No. En realidad, ser trans es ser alguien que tiene el valor para poder afrontar a la gente. Porque la gente parece que es inofensiva, pero en realidad la sociedad puede hasta hacer mucho daño, puede hacer más que solo tristeza, mucho más.

Y pues lo que quería decir... ¡es que ya os voy a aburrir con mi historia!

Yo, desde pequeña, siempre he sido muy femenina, sinceramente, aunque yo me llamaba Aritz. Yo era como la rarita del cole, porque yo solo tenía amigas. Yo nunca he sido amiga de ningún chico, hasta un poco mas tarde.

Yo y mis amigas estábamos súper unidas. Y también, lo que quería decir es que yo desde pequeña, como mi mejor amiga, éramos fanáticas de Frozen. Y ahora ya todos lo sabéis. Pero bueno, yo, desde pequeña, siempre andaba así, como muy femenina, como en una pasarela. Con 5 o 6 años, con mi mejor amiga desde pequeña, empecé a coger los tacones de mi madre y sus vestidos y nos los robamos para mi habitación, y hacíamos pases de modelos y así... ¡Encantada!

Hasta los 7 años, toda mi infancia, ¡me lo pasé muy bien! Y sigue siendo así. Pero, bueno, mis padres creían que yo iba a ser gay. Sí, gay. Hasta que descubrieron Naizen, y compraron libros sobre ser trans. Y vieron que yo era en realidad trans, y me lo dijeron, y yo: «Pues, ¡vale!».

A los 7 años les dije a mis padres que ya quería ser chica... bueno, yo siempre he sido chica, pero que ya quería cambiarme el nombre y todo. Y ya ahí, mis padres comprendieron mucho mi esto... mi drama.

Y fuimos a buscar nombres. El primero era Elsa, gracias a Frozen. Después fue Lola. Hasta que elegí el nombre que tengo ahora, Biotza (*corazón*, en euskara). Y tengo una historia para mi nombre, Biotza. Mi abuelo murió de un ataque al corazón. Y mis padres, que siempre van a la playa, ahí siempre hay piedras con forma de corazones. Y claro, cogían las piedras para recordar que mi abuelo tenía un corazón de piedra. Y entonces, yo les pregunté y me contaron esa historia. Y yo les dije que quería ponerme el nombre de Biotza.

Cuando se lo conté a mi familia, se lo tomaron muy bien, y no pasó más de ahí. Ahí todo normal. Además tengo unos vecinos que también son mis mejores amigos, y un día que bajé tranquilamente al parque, ellos me llamaron: «¡Aritz, Aritz, ven, ven, ven!» Y les dije: «No me llaméis Aritz, llamadme Biotza». Y me dijeron: «Bueno, lo que sea, pero ven rápido, ¡hay un pájaro muerto!»

Cuando fui al cole y lo presenté todo, la directora me llamó para que fuera a su despacho y me dijo que si alguien me hablaba mal o me hacía bullying, que fuese a dirección a contarlo, y que igual podían expulsarle, o darle un castigo muy fuerte. Y justo ahí, cuando me dijo eso, me regaló un mini-librito, de estos que cuando tiras para arriba hay un dibujito, y cuando tiras para abajo hay otro, de estos que tienen lentejuelas... Y desde entonces, lo tengo en mi casa.

Y ahí, empezó todo. Luego fui a clase, me presenté, y desde ahí, todo genial. Tuve una infancia muy agradable...

Lo que sí tengo es un mini problemita. Es que, ya que mi cole es francés, pues no se habla mucho euskara. Y mi profesora de francés, que no sabe euskara, no me llama *Biotza*, ¡me llama *Boitia*!

Para terminar quería decir que hay mucha gente que dice que la gente LGTBQ+ no es normal. Pero, en realidad, ¿qué es ser normal? No hay nadie normal...

La voz de las asociaciones
de familias

Familien elkarteen ahotsa

Arelas, Asociación de familias con infancia e mocidade trans de Galicia

Cristina Palacios

www.asociacionarelas.org

arelasasociacion@gmail.com

Arelas comenzó su andadura el 28 de julio de 2015 cuando varias familias con infancias y jóvenes trans nos animamos a crear una asociación gallega autónoma e independiente que luchase por los derechos de la juventud trans de Galicia. En un primer momento éramos familias con hijos menores de edad pero ante la demanda constante de personas adultas, hemos ampliado a familias con hijos hasta 30 años.

Seguramente las mayores dificultades que encontramos en su momento, y también en la actualidad, era el enorme desconocimiento por parte de sociedad en general, medios de comunicación y sobre todo, profesionales a los que en muchas ocasiones, hemos sido las personas trans y las familias las que hemos tenido que informar de lo que deberían hacer o saber a la hora de atender y acompañar a nuestros hijos.

Estos diez años han sido muy intensos en cuanto a la labor de información, aprendizaje y sensibilización que desde ARELAS hemos realizado a través de RR.SS, medios de comunicación o reuniones con las diferentes Consellerías de la Xunta de Galicia y grupos parlamentarios de Galicia.

El primer logro que destacar fue, primero la dura negociación en 2015 y después la aprobación y presentación en abril de 2016, del protocolo educativo para garantizar la libertad de identidad de género. Un protocolo imperfecto -aunque no hay que obviar que fue de los primeros aprobados en España y negociado con un PP gallego que lleva 5 mayorías absolutas- pero que fue un documento revolucionario en una autonomía donde la transexualidad infanto-juvenil no existía en los centros educativos. Ese protocolo permitió que las personas trans que fueron apareciendo fueran respetadas y acompañadas con su verdadera identidad, no solo eso, la aparición de este documento propició toda una revolución educativa que llevo a que desde entonces, ARELAS es una entidad referente a la hora de formar a profesorado que cada año solicita cursos a través de los Centros de Formación del profesorado de la Consellería de Educación y se nos solicite en cada curso, decenas de formaciones para el alumnado desde 1.º de primaria hasta estudios universitarios como Medicina, Trabajo Social, Educación Social o Magisterio. Un protocolo que dentro de los muchísimos que hay dentro de la Consellería de Educación, aparece constantemente en los exámenes de oposición de los equipos de Orientación Educativa. Desde Arelas llevamos más de 5 años tratando

de actualizarlo en su redacción y en su contenido, ya que queremos incluir entre otras novedades, que los centros educativos dispongan de aseos-vestuarios neutros y que cualquier menor pueda activar el protocolo sin la necesidad de que exista autorización de la familia, algo que ya lleva años sucediendo y que también forma parte de esa revolución educativa, y es que en muchas ocasiones el profesorado respeta y acompaña a personas trans con su verdadera identidad, aún no teniendo apoyo familiar y por tanto no habiendo activado el protocolo. En ARELAS conocemos esto ya que decenas de centros educativos nos informan de este hecho y nos derivan a estos jóvenes sin apoyo familiar para que podamos acompañarlos.

El segundo logro a destacar, tiene que ver con esto último y es que en ARELAS hemos atendido y/o acompañado en estos 10 años a más de 700 personas trans, sin apoyo familiar a través de programas que hemos puesto en marcha. Entre ellos «Si, Somos», «Tran-sítamos», «Cuida-T», «PAICO- TRANS», «DIVA» o Impúl-sa-T, donde siempre se ofrece a personas trans hasta 30 años que no tienen apoyo familiar: asesoramiento legal, acompañamiento social y psicológico, orientación pre-laboral, formaciones presenciales y online, mentoría, creación de redes de apoyo y la posibilidad de acudir a los encuentros de fin de semana para jóvenes trans que organizamos en ARELAS. Entre profesionales a destacar de estos programas están Aitzole Araneta como sexóloga y mentora, Leo Mulió y Vicky Barambones como Psicólogues, Miguel Vieito y Charo Alises como asesores legales y Cristina Palacios como trabajadora social y coordinadora de los programas. Un programa a destacar es Apodéra-T, dirigido específicamente a chicas trans de 16 a 30 años que está en marcha desde el año 2021, que además de ofrecer todo lo mencionado anteriormente, tiene sesiones online con mujeres trans que comparten de manera muy generosa, información de procesos y resultados de cirugías que han realizado. Una información valiosísima para chicas que están pensando o esperando a realizar alguna cirugía.

Otro de los logros a destacar, fue el primer cambio legal de nombre y sexo de un menor en Galicia a finales del año 2016 y que supuso un logro para muchos otros menores que vinieron después, ya que hasta ese momento solo se concedían cambios de nombre legal pero a partir del caso de Pablo, vinieron decenas de cambios de nombre y sexo en personas incluso por debajo de los 12 años, no como en la actualidad que la ley ya no lo permite, todo un retroceso por lo menos en Galicia.

En el año 2017, varias entidades gallegas junto con ARELAS iniciamos el recorrido para poder aprobar una Ley Gallega de derechos para las personas trans, un proyecto que fue defendido y registrado por todos los grupos políticos de la oposición del Parlamento Gallego, un hecho histórico ya que era la primera vez que PSOE, BNG y En Marea se ponían de acuerdo para registrar un proyecto de ley. Finalmente, la mayoría absoluta del PP frenó su debate y posterior votación.

Durante estos 10 años de ARELAS, hemos asesorado, informado y acompañado a unas 350 familias, y algo que estamos observando, es que cuantas más familias somos, menos activismo y compromiso encontramos. Aquellas primeras familias, trabajamos de forma incansable, estábamos constantemente en el Parlamento Gallego, en reuniones con las diferentes administraciones, en todos los orgullos y sobre todo en la calle, organizábamos manifestaciones muy a menudo a las que acudían todas las familias, y todas estábamos deseando hacer encuentros donde disfrutábamos muchísimo de nuestra compañía, pero en la actualidad ya no vemos esta implicación, nos cuesta mucho que las familias entiendan que aunque hemos logrado muchas cosas y en la actualidad todo es mucho más fácil, esto puede desaparecer

sino lo defendemos. Ahora hay muy poco activismo por parte de las familias, y también de las personas trans, seguramente porque ya casi todo ha sido luchado antes.

Para ARELAS es muy importante concienciar y trabajar con el alumnado por lo que elaboramos material pedagógico que facilitamos a los centros educativos para trabajar la transexualidad como el material que realizamos cada 8M para visibilizar a mujeres trans referentes en las que ha aparecido Marina Sáenz, Mar Cambrollé, Carla Antonelli, Laura Bugalho y Elsa Ruiz entre otras. Hemos realizado un material para trabajar de 1.º a 4.º de primaria, la diversidad de cuerpos, de identidades, expresiones de género, familias y orientaciones sexuales, vídeos contra la transfobia y, también, organizamos cada año un concurso de ilustraciones sobre realidad trans con motivo del 31M en el que establecemos dos categorías de premios, hasta 14 años y más de 14 años. Desde hace 4 años y con motivo del 17 M, Día Internacional contra la LGTBIfobia convocamos el premio «Escolas sen armarios, Libres de LGTBIfobia» donde reconocemos y premiamos el trabajo de un centro educativo para incluir la diversidad afectivo, sexual y familiar (DASF) de forma transversal y contra la LGTBIfobia.

También para ARELAS, es importantísimo la labor de concienciación y sensibilización de la sociedad en general por lo que hemos realizado decenas de campañas en RR.SS para aumentar el conocimiento fuera de estereotipos y prejuicios y contra la transfobia social.

Por supuesto, las familias hemos convocado todo tipo de manifestaciones para denunciar y reclamar derechos innegociables y, hemos organizado cada año «orgullos trans galegos» para mostrarnos como familias orgullosas de pertenecer al colectivo trans.

Como retos de futuro, podríamos citar muchos, pero vamos a resumirlos en la necesidad de una mayor implicación y activismo por parte de, primero las personas trans y segundo las familias que han de entender que los derechos que tanto han costado llegar a ellos, pueden desaparecer muy rápidamente como estamos viendo en muchos países de nuestro alrededor.

Tenemos que seguir trabajando incansablemente junto a las administraciones para que entiendan que los servicios y prestaciones a las que tienen derecho las personas trans, son importantes y no negociables.

No podemos dejar que todos estos grupos de extrema derecha y feministas trans excluyentes ganen el relato y decidan quien es o no mujer, quien tiene derecho o no a vivir acorde a su identidad, que espacios han de ocupar y que actividades de bienestar, como el deporte han de practicar en según que categoría.

Pero seguramente, el reto que tenemos más inmediato e importante las familias, es unirnos en esta lucha común para defender los derechos de nuestros hijos, por ello deberíamos crear una federación estatal de asociaciones de familias que luchen en común por una causa justa, ineludible y necesaria. Ojalá seamos capaces de darnos cuenta de cuanto nos une y de lo necesario, ahora más que nunca, de articular un proyecto en común.

Chrysallis, Asociación de familias de infancia y juventud trans*

Encarni Bonilla

www.chrysallis.org

contacto@chrysallis.org

Chrysallis fundamenta su labor en el reconocimiento de la identidad de género como un derecho humano, respaldado por organismos como la ONU. En España, la asociación trabaja dentro del marco de la Ley 4/2023, de 28 de febrero para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBQ+, que garantiza la igualdad de derechos de las personas trans y establece medidas específicas de protección para menores en ámbitos educativos, sanitarios y sociales.

Ha tenido un papel fundamental en la defensa de los derechos de las personas trans y del colectivo LGTBQ+ en España, contribuyendo a la creación de una sociedad más inclusiva y respetuosa con la diversidad de género, en consonancia con los fines de la asociación. Desarrolla actividades como formación a profesionales, organización de encuentros estatales y creación de recursos educativos y de sensibilización.

Desde su creación, la asociación ha desempeñado un papel clave en la defensa de los derechos del colectivo trans, participando en iniciativas legislativas para la elaboración de Leyes LGBTI en comunidades autónomas de España como Canarias, Andalucía, Madrid o Comunidad Valenciana entre otras. Asimismo, ha intervenido en el desarrollo de acompañamientos tanto en los ámbitos educativos como sanitarios. A nivel nacional, la asociación ha participado en iniciativas legislativas como la Ley Trans y LGTBI+, aprobada en febrero de 2023, junto a la FELGTBI+ y la Fundación Triángulo.

HISTORIA

El 1 de julio de 2013, varias familias de toda España se reunieron en busca de respuestas y apoyo ante la falta de reconocimiento legal y social de la identidad de género de sus familiares menores y adolescentes, naciendo así Chrysallis.

En sus primeros años, la asociación se centró en adquirir conocimientos, establecer diálogos con personas trans adultas y generar sus propias herramientas y protocolos de acompañamiento y actuación. Además, estableció alianzas con profesionales de diversos ámbitos y con otros colectivos y movimientos sociales, buscando visibilizar la realidad de las infancias y juventudes trans y defender sus derechos. Estos esfuerzos se realizaron en varios ámbitos, como la atención sanitaria a adolescentes trans, el acoso escolar y sus consecuencias.

En 2014 algunas familias de Chrysallis participaron en el documental *El Sexo sentido*, emitido el 15 de junio por el programa Documentos TV de RTVE. A medida que Chrysallis se visibilizaba, el número de familias asociadas creció, lo que llevó a la creación de diferentes delegaciones territoriales en diversas comunidades autónomas. Estas delegaciones permiten trabajar teniendo en cuenta las particularidades de cada región, luchando por la visibilidad y la incorporación de protocolos para mejorar la vida de los menores trans.

A lo largo de estos años se han realizado diferentes campañas para visibilizar y sensibilizar sobre la existencia de menores trans. La campaña *Hay Niños con Vulva y Niñas con Pene* de Chrysallis en Euskadi fue galardonada en festivales de publicidad. También obtuvo repercusión la campaña *No Hay Huevos* en enero de 2017.

El suicidio de Ekai Lersundi en 2018 y el de Alan en 2015 evidenciaron las dificultades que enfrentan los jóvenes trans en España, generando una fuerte reacción social. Chrysallis denunció la falta de apoyo institucional y la demora en los tratamientos hormonales como factores que agravan la vulnerabilidad de estos jóvenes. El caso de Ekai inspiró documentales y películas como *Mi pequeño gran samurái* y *20.000 especies de abejas*, mientras que la muerte de Alan llevó a movilizaciones y a un mayor debate sobre la implementación en Cataluña de la Ley 11/2014 contra la LGTBIfobia.

En enero de 2019, la delegación de Chrysallis en el País Vasco y Navarra decidió constituirse como una asociación independiente, denominada Naizen, para centrarse en las especificidades administrativas y necesidades propias de sus familias en estas regiones.

En octubre de 2018, la Dirección General de Registros y Notariado emitió una instrucción que permitió a los menores trans cambiar su nombre en el Registro Civil sin necesidad de un informe médico ni autorización judicial, agilizando un proceso que hasta entonces resultaba burocráticamente complejo y excluyente. Este avance fue celebrado por organizaciones como Chrysallis, que lo consideraron un paso fundamental para el reconocimiento de los derechos de los menores trans y su integración social.

DESBLOQUEO DE LA LEY TRANS ESTATAL

En junio de 2021, Chrysallis, junto con otras asociaciones como FELGTBI+ y Fundación Triángulo, celebró el desbloqueo de la Ley para la Igualdad Real y Efectiva de las Personas Trans y para la Garantía de los Derechos LGTBI, un hito clave en la defensa de los derechos trans en España.

La asociación destacó que el reconocimiento legal de la identidad de género sin requisitos médicos es un primer paso fundamental hacia la igualdad real, aunque subrayó la necesidad de seguir avanzando en la protección de los menores trans y en el acceso a derechos como la atención sanitaria especializada.

PUBLICACIÓN DE RECURSOS EDUCATIVOS Y MATERIALES DE SENSIBILIZACIÓN

Durante su trayectoria, la asociación, en colaboración con otras entidades, ha desarrollado diferentes materiales dirigidos a familias, educadores y profesionales de la salud con el objetivo de mejorar la comprensión y el respeto hacia la infancia y juventud trans.

La *Guía rápida para familias de niños y adolescentes trans* es un documento diseñado para orientar a padres y madres que necesitan información sobre la identidad de género de sus familiares. Esta guía ofrece herramientas para comprender la identidad de género en la infancia y juventud, acompañar a menores y jóvenes trans en su desarrollo o acceder a recursos legales y sanitarios.

Por su parte, en 2018, Chrysallis amplió sus esfuerzos de sensibilización desarrollando materiales educativos, didácticos y de formación, dirigidos a profesionales de la educación y la salud, con el fin de mejorar la atención y el respeto hacia la infancia y adolescencia trans. Estos materiales incluyen: protocolos sanitarios para la atención a menores trans o guías para docentes sobre la diversidad de género en las aulas.

PRINCIPALES RETOS

Ante las olas reaccionarias que están surgiendo en algunos países del mundo y la intención de la derecha y la ultra derecha en España de evitar más avances en los derechos del colectivo, la asociación debe continuar con su labor en todos los ámbitos para evitar cualquier retroceso en los derechos de la infancia y juventud trans*.

Euforia. Familias Trans-Aliadas

Natalia Aventín

www.euforia.org.es

info@euforia.org.es

Comenzamos nuestra andadura como Euforia Familias Trans-Aliadas en 2019, aunque fue más parecido a un renacer, porque ya teníamos recorrido previo. Entendimos que es imprescindible cuestionarnos y recuestionarnos a nosotras mismas; nos tuvimos que deconstruir para poder crecer, evolucionar y avanzar, como colectivo e individualmente. Aprendimos de las personas trans a soltar el lastre que nos dificultaba el avance, a ser coherentes con nuestro discurso y redefinirnos socialmente, con la euforia de una nueva andadura.

Queremos incidir y transformar el entorno, por ello somos familias activistas, mediante la acción política, la visibilización y el fortalecimiento colectivo promovemos los cambios legislativos, culturales, sociales, educativos, médicos, laborales, asistenciales... que son necesarios para vivir en un mundo donde los derechos sean para todes y no privilegio de algunes.

El centro de nuestra entidad es la familia, en el sentido más amplio del término, como núcleo de amor, protección y cuidados del que toda persona debería de poder disfrutar. Por ello nuestra actividad busca el acompañamiento, entre iguales, de las familias con personas trans y también proporcionar un espacio seguro y una mano amiga a quienes no cuentan con sus familias de origen en este proceso.

Somos aliadas, ese es nuestro papel, las personas trans son las protagonistas, por ello trabajamos en red y en estrecho contacto con colectivos y personas trans.

Somos colectivo, con sentimiento de pertenencia y sin fronteras, nos une las ganas de cambiar el mundo, de forma ambiciosa, sin los límites en los que los condicionamientos sociales nos han encerrado. Nuestro funcionamiento se basa en colectivizar las estrategias y los logros para impulsar otros.

Somos transfeministas, entendemos la lucha por la diversidad desde todos los ejes de opresión. Las estructuras sociales, apuntaladas por el sistema patriarcal y la ideología de género alienante, utilizan diferentes estrategias represivas de control social, por lo tanto, la respuesta y el cambio, han de ser globales.

Nuestra actividad se desarrolla en todo el Estado español y también tejiendo redes con entidades y colectivas de más allá de nuestras fronteras tanto en Europa como en América.

Una de las mayores dificultades que nos estamos encontrando es el TERFismo dentro de la izquierda. Podemos esperar reacciones trans excluyentes en la parte más conservadora de la sociedad, pero el movimiento TERF es un fenómeno que resurge hace pocos años de forma completamente inesperada, y que desde posiciones y organizaciones más moderadas o de izquierdas, dirigen su ataque de forma extremadamente virulenta contra las mujeres y también contra las infancias y juventudes trans. Que lo hayan hecho intentando capitalizar el movimiento feminista ha generado un tiempo de confusión. La difusión de posicionamientos y discursos transfobos, escondidos bajo una supuesta defensa de los derechos de las mujeres, sigue haciendo mucho daño.

Otra de las dificultades que encontramos es la violencia institucional que, junto con la falta de políticas de sensibilización, son fuente de sufrimiento para muchas personas trans. Es agotador y consume mucha energía intentar defenderse de quienes ostentan una posición de poder y tienen todas las estructuras del sistema a su disposición para seguir generando violencia. Es alarmante la dificultad que hay para recibir una atención sanitaria adecuada y también la desprotección en la que las administraciones tienen sumidas a las infancias y juventudes trans cuyas familias no acompañan y ejercen violencia para silenciar.

Entre los éxitos conseguidos podemos destacar la Sentencia 99/2019, de 18 de julio de 2019, del Tribunal Constitucional respecto al artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Que consideró inconstitucionalidad y discriminatorio el precepto legal que prohibía cambiar la mención registral del sexo y nombre a las personas menores de edad. Este procedimiento, sustentado en la petición de rectificación registral del hijo de la presidenta y cofundadora de Euforia, cuando este tenía 12 años de edad, ha sido de gran valía colectiva para la lucha por el reconocimiento legal de las infancias trans.

Otro de los grandes logros fue conseguir que se registrara en marzo de 2021 la «Proposición de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans» que había sido elaborada por el Ministerio de Igualdad junto los colectivos. Hubo que pasar por una huelga de hambre de activistas para conseguir su tramitación y aunque finalmente no se aprobó, por la abstención del PSOE, fue la primera vez que se debatió en profundidad sobre las identidades trans en el hemiciclo y que se habló de las infancias trans y de las personas no binarias.

En Euforia también somos pioneras en conseguir autos de rectificación registral sin aportar informes médicos ni psicológicos, como exigía la Ley de 3/2007, siendo varios los autos favorables de peques trans menores de doce años conseguidos. Lamentablemente la nueva Ley 4/2023, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, restringió la posibilidad de la rectificación registral en menores de doce años.

El reto más importante que afrontamos como entidad, es el de politizar a las familias para que se conviertan en agentes de transformación social. Esto significa luchar contra corriente en un momento histórico donde se fomenta el individualismo y el sistema ha generado dinámicas de control social, basadas en la desmovilización y la despolitización. En muchas ocasiones observamos como las familias focalizan sus esfuerzos en cambiar lo externo, sin haber realizado un trabajo previo de revisión de creencias y comportamientos personales. Es más sencillo el «yo por mi hija/e/o mato» y poner la responsabilidad en un agente externo, que enfrentarse a las debilidades e incoherencias propias, deconstruir las presunciones

y buscar nuevos puntos de vista y argumentos que posibiliten un discurso político transformador. El ejercicio es doloroso y en muchas ocasiones genera distanciamiento y tensiones con los entornos más cercanos. Tampoco resulta sencillo reivindicar los valores de la cooperación y la colectivización, frente a la necesidad del reconocimiento social individual. A pesar de las dificultades sabemos que es nuestra responsabilidad, que con complacencia no van a cambiar las dinámicas violentas incrustadas en nuestra sociedad, y que nuestra parte si no lo hacemos nosotras, nadie la hará.

Llar Trans

María Angeles Fal

www-llartrans-org

hola@llartrans-org

HISTORIA DE LA ASOCIACIÓN

El germen previo a la creación de Llar Trans, probablemente esté en los cambios producidos en España y en Asturias en la década de 2010-2020:

1. Se produce un cambio social muy importante, asociado a la despatologización y la autodeterminación de género en auge, afectando la visibilidad de personas trans referentes, con vidas profesionales fuera de la farándula, menores trans con sus familias apoyando y, simultáneamente, el desarrollo de leyes LGTBI/Trans autonómicas que incluyen estos principios pero que no se desarrollan en Asturias.
2. La dura reacción de Hazte Oír a la contra de los avances en derechos actuó contra su objetivo, resultando promotor y fortalecedor del apoyo familiar y ciudadano, en muchos casos. Visibilizó realidades invisibles para la mayoría de la población e incluso promovió su apoyo ante los ataques a una minoría vulnerable que para muchos era desconocida.
3. En esa década la única asociación LGTBI asturiana oficial era Xente Gay Astur (XEGA). No había ninguna asociación específicamente trans o de familias. Pero fueron años en los que el activismo joven LGTBI en Asturias hizo proliferar diferentes colectivos al margen de Xega, muy activos en la calle, como Bujarra, Disex o Transire. Este último colectivo, surgido de la autoorganización de jóvenes trans, reivindicaba una Ley Trans autonómica, y colaboraron con las Asambleas de Estudiantes de la Universidad de Oviedo para lograr un primer y simbólico cambio, que nuestra universidad pública permitiese el cambio de nombre de personas trans que no pudiesen acceder al cambio de nombre por la antigua ley de cambio de la mención al sexo, aun sin ley autonómica. Esa ansiada ley que aún no existe.

En el caso de Asturias, la aparición del bus de Hazte Oir en este contexto catalizó la movilización conjunta de todos estos colectivos, y la reacción de una gran parte de la sociedad asturiana contra estos burdos mensajes de odio. Paralelamente, y en torno al trabajo sexológico en Avilés de Iván Rotella y Ana Alonso, con adolescentes LGTB, comenzaban a

ponerse en contacto familias de jóvenes trans que participaban en el proyecto Diversex. Y lentamente ambos mundos, el del activismo de jóvenes trans autoorganizados, y el de las familias acompañando la transición de menores trans, convergieron para dar el paso adelante el 31 de marzo de 2022, día de la Visibilidad Trans. Ese día un grupo de esos jóvenes trans, y de padres y madres crean la asociación Llar Trans, con el espíritu de ser un hogar, un lugar de encuentro de personas trans, familiares y aliadas transitando juntas hacia un mundo más inclusivo. De las 7 personas que entonces firmaron el acta fundacional, 5 permanecen en Llar Trans, y 4 forman la Junta directiva actual, compuesta por 2 madres y dos personas trans. En estos 3 años hemos ido creciendo lentamente y hemos constituido además una sección juvenil específica del Llar Trans.

DIFICULTADES CON LAS QUE SE HAYA ENCONTRADO

La principal dificultad ha sido y es la burocracia. Crear y mantener una asociación consume demasiado tiempo para personas que no viven del activismo, como es nuestro caso. Los inicios han sido muy duros, con falta de conocimientos y tiempo, y la cantidad de papeleos, requisitos y normativa no favorecen para nada a las pequeñas asociaciones sin ánimo de lucro, especialmente si pretenden facilitar la asociación de personas de rentas bajas o en situaciones de vulnerabilidad y precisan subvenciones para desarrollar su actividad (más burocracia, proyectos, informes, altas, firma digital, etc).

Hemos crecido en número y en diversidad y eso ha sido una fortaleza y una dificultad a la vez: nos ha tocado ser conscientes de la complejidad de la interseccionalidad en la discriminación y que los problemas de una persona trans de familia acomodada, blanca, española, son bastante diferentes a los de una persona trans que esté en una situación de vulnerabilidad económica, y/o socio-cultural, o si se trata de alguien racializado o migrante, en cuyo caso nos vemos en situaciones que se escapan a los conocimientos, la buena fe y la voluntariedad de las personas asociadas, dejándonos una sensación de enorme impotencia, y evidenciando la necesidad de más recursos institucionales que no podemos sustituir.

LOGROS, AVANCES O ÉXITOS CONSEGUIDOS

En nuestro pequeño Llar tenemos madres, padres, abuelos, hermano/as, infancias, adolescencias, jóvenes y mayores trans, con rangos de edad desde 7 años a más de 70, aunque la mayoría de las personas trans asociadas se mueven alrededor de los 20-30 años. Tenemos casos de familias enteras asociadas (padre, madre, hermanos, abuelos) y casos de jóvenes trans que se encuentran solos, que no han salido del armario por temor al rechazo de su familia o de su ámbito laboral, generalmente. Tenemos familias asturianas de clase media y familias migrantes, personas trans racializadas, jóvenes que han pasado por sistemas de protección social (centros de menores) e incluso alguna familia que acude a nosotros tras «abandonar» el Reino Unido. Y además tenemos personas aliadas, en asociaciones feministas, juveniles, en entornos educativos y sanitarios que desde su ámbito profesional o social han conocido las realidades trans y se sienten involucradas en la lucha por sus derechos, aun sin tener un vínculo de sangre. Esa diversidad es una de nuestras riquezas: diferentes puntos de vista, orígenes, problemas, intersecciones, contactos que estimulan la empatía y la solidaridad. Jun-

tos somos más fuertes y un mundo más inclusivo es mejor seamos cis o trans. Eso se refleja en nuestro proyecto Trans-formando Asturias, que llevamos desarrollando dos años, con dos patas fundamentales: una a la interna, dirigida a la atención, asesoramiento, acompañamiento y apoyo de las personas trans y familias que lo requieran y promoviendo actividades de formación y empoderamiento (desde nuestro Equipo «A»), y otra a la externa, hacia la sociedad de la que formamos parte, para sensibilizar, informar y formar, desde nuestra Escuela Diversa, especialmente a profesionales de la educación, la atención social y la sanidad, que están directamente involucrados en la aceptación y el futuro de nuestra juventud, pero además a la población en general, como ciudadanía responsable de que el mundo sea más vivible para todos.

En nuestra sección juvenil sus miembros se van turnando como dinamizadores, auto-gestionando con ayuda de la Junta directiva, sus reuniones y actividades, que van desde charlas de empoderamiento a talleres de voluntariado, de reciclaje, de poesía, pulseras, creación de pancartas, karaoke, conciertos, etc, algunos internos y la mayoría abiertos a toda la juventud cis y trans asturiana para promover ese acercamiento necesario en torno al ocio. Tanto estas reuniones como nuestros encuentros mensuales de autoapoyo han sido efectivos para promover la cohesión de grupo, la alegría y las ganas de hacer cosas, en beneficio de la salud mental de nuestros jóvenes.

Hemos creado además un grupo de trabajo para presentar aportaciones a la ley LGTBI asturiana en desarrollo actualmente, y participamos activamente en las reuniones periódicas del grupo de trabajo compuesto por varias asociaciones con la Dirección General LGTBI del Principado de Asturias y la asesoría de expertos jurídicos de la Universidad de Oviedo, desde hace más de 1 año.

RETOS DE FUTURO

El principal reto a la vista sería la aprobación de la ley autonómica LGTBI asturiana, en cuyo borrador hemos estado trabajando durante más de 1 año, de la mano de otras asociaciones asturianas como Xega, Faciendo Camín, Xuntes y Diverses, con la participación además de los sindicatos CCOO y UGT. Recientemente se ha cerrado el plazo de consulta previa al anteproyecto de ley (el 4 de abril) y aun queda un largo proceso a lo largo de cual será más que probable que debamos estar muy atentos, defendiendo los derechos que están en juego. Por un lado, podría favorecer la aprobación de la ley el tener ya el precedente del resto de leyes autonómicas existentes, pero por otro lado el momento actual de retroceso en derechos del colectivo a nivel mundial no parece muy propicio al avance en derechos en Asturias. Las alianzas serán más que nunca no solo necesarias, imprescindibles.

Naizen

Beatriz Sever Egaña

www.naizen.eus

familia@naizen.eus

A lo largo de estos diez años de trayectoria como asociación, Naizen ha tenido que afrontar numerosos desafíos que nos han permitido aprender y evolucionar. Nos gustaría compartir algunas de las dificultades más significativas que hemos encontrado, así como los éxitos alcanzados y los retos que seguimos enfrentando.

DIFICULTADES

Una de las dificultades que se nos ha presentado a lo largo de estos años tiene que ver con acompañar procesos de personas que no cuentan con apoyo por parte de su familia. La familia es un pilar fundamental en el desarrollo de cualquier individuo, y cuando no existe el apoyo necesario, el proceso de una persona trans se vuelve mucho más complicado.

Hay que tener en cuenta que cuando alguien llega a Naizen, la mayor parte de las veces es porque esa familia ha contactado y, por tanto, hay un interés en acompañar. En ocasiones, sin embargo, algunas personas llegan a la asociación a través del centro educativo o de los servicios sociales. Es en estos casos cuando puede ocurrir que la familia se oponga. También puede suceder que, habiendo dos progenitores, uno de ellos no quiera acompañar.

En principio, tratamos de ofrecer toda la información y ayuda posible a las familias, pero en ocasiones esto no es suficiente para superar las barreras que se presentan. La resistencia al cambio, el miedo a lo desconocido y las ideas preconcebidas sobre la transexualidad o ciertas creencias suelen ser los obstáculos más comunes.

En algunos casos, hemos tenido que recurrir a personas mediadoras que nos ayuden a llegar hasta las familias. A veces, esta labor la realizan personas pertenecientes a la misma comunidad cultural, religiosa o étnica que la familia, y otras veces recurrimos a figuras que consideran de autoridad o a profesionales a quienes tienen como referencia, sean del ámbito social, médico, educativo...

También es complejo acompañar a una persona trans que está en una situación de sufrimiento. En ocasiones el origen del malestar se encuentra en un obstáculo concreto, como un episodio de acoso escolar, trabas para seguir adelante en procesos médicos o dificultades ad-

ministrativas. En estos casos, contamos con diversos recursos para tratar de ayudar a eliminar estos obstáculos: exigir la implementación de protocolos escolares, recurrir a la mediación de los servicios sociales, solicitar reuniones con las autoridades competentes, o nuestro servicio de asesoría jurídica.

Pero en otras ocasiones, hay que abordar el problema desde la perspectiva de la salud mental, porque nos encontramos con personas con ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultades para relacionarse, soledad no deseada e incluso autolesiones e ideación suicida. No contamos como asociación con profesionales de la psicología que puedan acompañar a estas personas de forma individualizada, pero sí tenemos grupos de apoyo, donde pueden compartir sus vivencias en un entorno seguro y de comprensión mutua.

El tema de la ideación suicida es especialmente delicado, ya que el riesgo de daño es elevado y las personas que atraviesan por estas circunstancias no siempre aceptan la ayuda. En Naizen contamos con un programa especializado en el abordaje de la ideación suicida, que nos permite intervenir en estos casos y contribuir a la disminución del riesgo.

Otra dificultad a enfrentar se presenta cuando una persona trans solicita apoyo, pero hay contradicciones entre su comportamiento y lo que expresa. En Naizen, nuestra guía siempre es el bienestar de la persona y tratamos de atender sus necesidades individuales, por eso es difícil acompañar cuando una persona no sabe lo que quiere, o expresa necesitar algo y su actitud lo contradice.

ÉXITOS

Ha habido muchos logros en estos diez años, el principal, junto con otras asociaciones, ha sido hacer pensable la realidad de la transexualidad en la infancia. A partir de ahí hemos conseguido leyes y protocolos, hemos elaborado materiales que se han difundido por el mundo y esto ha permitido que las personas trans reciban un acompañamiento adecuado desde el principio, lo que mejora significativamente su bienestar y calidad de vida.

Y este es precisamente otro éxito que también compartimos: estar presenciando la primera generación de personas trans cuyas vidas no difieren tanto de sus iguales en cuanto a tasas de bienestar y salud mental. Si bien el camino no ha sido fácil, y sigue estando lleno de obstáculos, podemos decir con orgullo que las vidas de muchas personas trans han mejorado gracias a este conocimiento. Ver a tantas personas vivir con mayor seguridad y bienestar, sin la necesidad de ocultar su identidad, es una de las mayores satisfacciones que tenemos como asociación.

RETOS

A pesar de los logros alcanzados, hay retos que aún persisten y que son fundamentales para la mejora de la calidad de vida de las personas trans. Uno de los mayores desafíos a los que nos enfrentamos en Euskadi es la falta de una atención sanitaria de calidad y libre de patologización.

El reto principal es lograr un sistema de atención que acompañe realmente a las personas, atendiendo sus necesidades, escuchando, informando, con empatía, con conocimiento de esta realidad y sin el lastre de la mirada patologizante que aún arrastramos.

En estos momentos (mayo 2025) se está trabajando en la elaboración de una nueva Guía de Acompañamiento Sanitario que pondrá las bases de un nuevo sistema de atención y esperamos que vea la luz muy pronto.

Otro reto importante tiene que ver con el retroceso ideológico que estamos viviendo a nivel global y que, lamentablemente, también nos afecta. El discurso transfóbico ocupa la agenda mediática y política, y nos encontramos constantemente luchando contra la desinformación y los bulos que circulan a través de los medios de comunicación y de las redes sociales. Esta situación hace que nuestra labor se vuelva agotadora, ya que, en lugar de centrarnos en seguir avanzando, ocupamos el tiempo en desmentir falsedades y en hacer frente a ataques.

Finalmente, uno de los grandes retos que tenemos como asociación es trabajar por un futuro en el que nuestra existencia no sea necesaria porque las personas trans pueden vivir en igualdad de condiciones con el resto. El reto es doble, por un lado, tratamos de cambiar la mirada de la sociedad y, mientras tanto, trabajamos para ayudar a las personas trans a quererse y a estar orgullosas de quienes son.

En conclusión, estos diez años de trabajo han sido de enormes desafíos, pero también de grandes avances. Hemos aprendido mucho en el camino, y aunque aún queda mucho por hacer, seguimos luchando por el bienestar de las infancias y adolescencias trans. Naizen continuará trabajando para lograr una sociedad en la que la diversidad se celebre y, por tanto, todas las personas puedan vivir con la libertad de ser quienes son.

Todes Transformando

Carmen Ceballos

todestransformando@gmail.com

La historia de nuestra asociación comienza, como muchas historias importantes, con el amor. Amor por nuestros hijos e hijas, y la necesidad profunda de entenderles, acompañarles y protegerles en un mundo que muchas veces no les comprende.

Todo empezó con una FAMILIA, madre e hijo (actualmente ella preside la Asociación) que, en medio de la confusión, el miedo y el deseo de hacer lo correcto, buscaron información, apoyo y comunidad. Nos encontramos, algunos por casualidad, otros por necesidad, en foros, en charlas, en consultas médicas, en redes sociales. Lo que descubrimos fue algo poderoso: no estábamos solos.

Cada conversación compartida, cada testimonio, cada lágrima y cada logro nos fue uniendo. Comenzamos a reunirnos de manera informal, primero en cafés, por teléfono, luego en salas comunitarias, y más tarde en encuentros virtuales. Descubrimos que nuestras experiencias, aunque únicas, tenían mucho en común: preguntas sin respuestas, barreras institucionales, discriminación... pero también valentía, amor incondicional, y una firme determinación de acompañar a nuestros hijos e hijas en su camino, siendo su red de contención, su escudo, y su voz.

Así nació nuestra asociación: una red de familias unidas por la diversidad sexual e identidad de género y el compromiso de construir un entorno más justo, inclusivo y seguro para nuestras hijas, hijos e hijes trans. Nos organizamos no solo para compartir recursos y experiencias, sino para incidir socialmente, para visibilizar sus vidas con dignidad, y para garantizar sus derechos acompañando con Amor y Compromiso.

LAS CARACTERÍSTICAS DE NUESTRA ASOCIACIÓN

Hoy somos más que un grupo. Somos una comunidad. Una familia extendida. Un ESPACIO SEGURO, dónde ser, sin miedo y sin juicios. Nuestra historia TIENE 10 AÑOS, pero cada paso que damos lo hacemos con firmeza y con esperanza. Y en todo este tiempo hemos acogido y han pasado más de 400 familias de Córdoba y de Andalucía, con una delegación en Linares (Jaén) que extendió y abrazó el compromiso de acompañar y visibilizar a nuestros hijos trans.

En nuestra asociación, creemos firmemente que el acompañamiento, la escucha y el amor no tienen edad ni fronteras. Nacimos como un espacio seguro y como novedad y con profunda convicción, ahora también acompañamos a personas trans adultas mayores de 25 años y a personas transmigrantes, reconociendo sus trayectorias, luchas y necesidades específicas. Sabemos que la infancia y la adolescencia son etapas fundamentales, pero también lo es la adultez, sobre todo cuando muchas veces ha estado marcada por la soledad, la discriminación o la invisibilidad.

DIFICULTADES CON LAS QUE NOS HEMOS ENCONTRADO

A lo largo de nuestro camino como asociación, hemos tenido que enfrentar múltiples obstáculos. Uno de los principales ha sido la ignorancia generalizada sobre las realidades que vive nuestro colectivo. Esta falta de conocimiento, que atraviesa tanto a la sociedad como a muchas instituciones, genera prejuicios, desinformación y barreras que impiden que nuestras hijas, hijos, hijes trans puedan vivir con dignidad, respeto y libertad. Nos enfrentamos a sistemas educativos, sanitarios y sociales que no están preparados, o que directamente niegan, nuestras existencias.

A esto se suma la dejadez y la falta de voluntad política. A pesar de los avances legislativos en algunos contextos, muchas veces las leyes no se traducen en políticas públicas reales ni en recursos concretos (sedes, pisos de acogidas, salidas laborales, cuotas...) La falta de compromiso y acción efectiva por parte de quienes toman decisiones perpetúa situaciones de exclusión, desprotección y abandono institucional, especialmente hacia las personas trans adultas y migrantes.

Y, en los últimos años, hemos visto crecer con preocupación los discursos de odio. Desde sectores que promueven la intolerancia, se nos ataca, se desinforma y se nos niega. Estos discursos no solo dañan simbólicamente, sino que legitiman violencias reales y ponen en riesgo la seguridad y la vida de nuestras familias.

LOGROS, AVANCES O ÉXITOS CONSEGUIDOS

Nos congratulamos de que el pasado 31 de marzo(día Internacional de la Visibilidad Trans) el Partido Popular leyó nuestro manifiesto, personificado en el presidente de la Diputación de Córdoba y, con el apoyo de diversos colectivos sociales que se sumaron a nuestra campaña por la visibilidad y el respeto hacia las personas trans. Un gesto importante que abre caminos al diálogo y al reconocimiento político.

Hace dos años que conseguimos suscribir con la diputación cordobesa un Convenio para desarrollar el proyecto «Aprendiendo a escuchar la Voz de la Diversidad», que nos está permitiendo visibilizar a las personas trans en los pueblos de la provincia, a través de los Puntos Visibles LGTBIQ+ colgados en las páginas webs de sus ayuntamientos; así como, atenderlas a ellas y a sus familias, con mayor agilidad y eficacia. Con el cambio de gobierno en la institución provincial, el PP está manteniendo ese compromiso y demostrando con franqueza su sensibilidad.

Con la concejalía de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Córdoba, del mismo signo político que la Diputación, creamos la Guía «Reconéctate con la Diversidad de tu ciudad» que informa del marco normativo, de los procesos y de los recursos de las administraciones autonómicas y a nivel estatal que necesita nuestro colectivo.

Como antecedente de esta colaboración, desde hace cinco años participamos en la constitución de las mesas de diversidad sexual e identidad de género en el ayuntamiento y en la diputación de Córdoba.

Otro de los grandes éxitos que nos llena de orgullo es la creación de la delegación de Todes Transformando en Linares (Jaén). La delegación de Linares representa un faro de esperanza para muchas familias que buscan apoyo y respuestas, y es también una muestra clara de que cuando nos organizamos y caminamos juntas, podemos llegar más lejos y tender más redes.

Participamos activamente con el equipo de evaluación del Centro Penitenciario de Córdoba, aportando nuestra mirada para que las personas trans privadas de libertad sean tratadas con respeto y desde una perspectiva de derechos humanos.

Hace tres años, tuvimos el honor de recibir un reconocimiento en los Premios «Ser Quien Soy» otorgados por la Diputación de Córdoba a Todes Transformando, reconociendo el compromiso y la labor de quienes trabajamos por una sociedad más inclusiva y respetuosa con la diversidad.

Y otro de los logros más significativos para nuestra asociación ha sido la creación y puesta en escena de la obra teatral «Cris, pequeña valiente», una representación realizada por la prestigiosa compañía Espejo Negro, e inspirada en nuestras niñas trans y sus historias de valentía, autenticidad y amor propio. Que fue galardonado con el Premio MAX nacional de teatro (modalidad de Marionetas).

Hay que destacar también y agradecer el compromiso y la sensibilidad de la Administración de Justicia, que, a través del valioso trabajo de la jueza encargada del Registro Civil de Córdoba y su personal y la Fiscalía de Menores, ha facilitado un proceso fundamental para nuestras familias: el cambio registral de sexo de nuestros hijos. Gracias a su disposición y la buena coordinación, se ha hecho posible realizar en un solo acto las dos comparecencias requeridas por la ley, agilizando el trámite y evitando exposiciones innecesarias que muchas veces generan ansiedad o estrés en nuestros hijos y sus familias. Apoyo que comenzó con la anterior ley, ya derogada, que nos permitió cambiar el sexo de nuestros menores, hecho que actualmente está prohibido por la nueva ley.

Acompañamiento a instituciones sociales y educativas. Hemos conseguido una mayor demanda y presencia de profesionales en la atención social especializada, (Instituto Provincial de bienestar social) lo que permite ofrecer un acompañamiento más digno, empático y adaptado a las necesidades reales de nuestro colectivo.

Realizamos asesoramiento y formación a los centros educativos de nuestra provincia. Hace varios años que nuestro equipo comenzó a ofrecer talleres de sensibilización y formación para docentes y equipos directivos que hoy en día se realizan de forma continuada.

Cada día más familias nuevas se suman a la asociación, encontrando un espacio seguro, de contención y de aprendizaje mutuo. Nos emociona ver cómo crecemos en comunidad. Organizamos distintos talleres para l@s chic@s trans por tramos de edad similares. Encuentros mensuales de familias recibiendo y acompañando a las familias nuevas.

RETOS DE FUTURO

Como reto de futuro, nos planteamos la creación de una Federación de Asociaciones de Familias de hijes trans. Creemos firmemente que la unión hace la fuerza, y que tejer redes entre las distintas asociaciones que, a lo largo del territorio, acompañamos, apoyamos y defendemos a nuestras hijas, hijes e hijos, es un paso imprescindible para seguir avanzando.

Una federación nos permitirá aunar esfuerzos, compartir experiencias, impulsar acciones conjuntas y tener una voz más fuerte y cohesionada ante las instituciones, la sociedad y los medios.

Desde nuestros comienzos, el respeto ha sido el pilar fundamental que sostiene nuestro trabajo: el respeto a las identidades, a los procesos individuales y a la diversidad de vivencias dentro de nuestras familias.

De cara al futuro, nos proponemos seguir consolidando esta labor colectiva con compromiso, sensibilidad y visión transformadora.

Porque Acompañar es Amar, y Amar es Transformar la mirada de la sociedad.

Veus Trans*

Olga Nadal

www.veustrans.org

info@veustrans.org

PRESENTACION

Veus Trans* lleva 10 años de andadura en el activismo desde Catalunya.. Su inicio fue en 2015 con entidad jurídica propia como Chrysallis Catalunya y compartiendo espacio con aquí algunas compañeras de mesa, y hace casi un año se decidió este cambio de nombre e imagen pasando a ser Veus Trans* una asociación más enfocada en el territorio catalán.

Somos una asociación sin ánimo de lucro, autogestionada y autofinanciada donde se trabaja desde el voluntariado.

Como asociación de familias, nuestra labor principal es el acompañamiento entre iguales.

La creación, cuidado y mimo de espacios seguros donde las familias son libres de expresarse sin ser juzgadas. Espacios que aprovechamos de manera muy activa, para asesorar en ámbitos legales, educativos, sanitarios, deportivos, etc.. espacios que nos sirven para la información y la formación, ya que continuamente las familias nos encontramos con una necesidad continua de herramientas que nos ayuden a acompañar a nuestros hijos de manera positiva. Cómo siempre decimos, «acompañando al lado, ni un paso por delante ni un paso por detrás».

A esto nos ayudan muchísimo, las relaciones que tenemos con otras entidades LG BTIQ+ del territorio y con la experiencia y el conocimiento de personas trans* adultas, que nos son indispensables, con las que siempre contamos y participan de muchas de las actividades que organizamos.

Para organizarnos, nos hemos marcado tres áreas de trabajo:

Familias

La principal, el acompañamiento entre iguales, creación de espacios seguros, tanto para las infancias, juventudes y sus familias.

Estos espacios son muy activos, tanto a nivel virtual como mediante encuentros físicos, como pueden ser ... colonias para toda la familia, solo para adolescencia y donde contamos

con todo un tejido de entidades, aliadas y personas trans* adultas que participan. Es de estos espacios de los que nos nutrimos, informamos y formamos para tener esas herramientas de acompañamiento, y trabajar nuestra propia deconstrucción personal y familiar.

Visibilidad

Participamos en diferentes actos, manifestaciones, proyectos, medios de comunicación, charlas, formaciones, todo aquello que nos dé la oportunidad de visibilizar las realidades Trans* y la de sus familias, explicar las experiencias de vida así como las necesidades de las infancias y juventudes Trans*. A parte de formar, informar y hacer pedagogía a la ciudadanía, en aquellos espacios que nos permiten desmontar falsos mitos y acercar a nuestra realidad y a la de nuestros hijos al resto del mundo.

Activismo

Formamos parte del Consell Nacional LGBTI de Catalunya, órgano participativo que nos permite incidir en las políticas públicas LGBTI de Catalunya, es en este espacio donde tenemos la oportunidad de hacer llegar las necesidades de la infancia y Juventud trans* con el fin de conseguir nuevas leyes i/o modificación de otras, protocolos y conquistar derechos dentro de las competencias de Catalunya.

Formar parte de la Plataforma Transforma la salud, juntamente con otras entidades, personas independientes y el Servei de CatSalut, Trànsit. En esta plataforma se trabaja activamente por un protocolo de salud hecho por y para las personas Trans*, juntamente con la Conselleria de salud.

DIFICULTADES

Actualmente pondríamos el acento en tres temas de gran importancia con los que nos encontramos en nuestro día a día en Catalunya.

No disponemos de un protocolo de salud para las personas menores Trans*, y si bien hay que decir que las familias en Catalunya disponemos de un abanico de opciones, ya sea por la vía de pediatría que deriva a endocrinología de su hospital de referencia o la vía de ser visitadas en Trànsit, como servicio de atención a la salud de las personas trans*, servicio pionero a nivel mundial y por el cual apostamos por su perspectiva biopsicosocial y su extensa experiencia con más de 4.000 personas trans* atendidas.

Pero la ausencia de este Protocolo para menores nos lleva a no tener una línea unificada para el acompañamiento de menores Trans* en cualquiera de las necesidades que la persona pueda expresar en cada momento, como por ejemplo, cuando la persona desea iniciar un tratamiento hormonal. Es necesario que los equipos de profesionales de la medicina llamados a acompañar a las personas trans* en esta o cualquier otra fase, tengan una formación en identidad de género, que les lleve a realizar un trabajo no sólo profesional, sino que también, humano, y no solo dispensar recetas para los preparados, sino también escuchar y respetar las necesidades de la persona usuaria.

La correcta aplicación de la Ley 04/2023, desde su entrada en vigor, un momento muy celebrado y donde muchas familias vieron con esperanza el poder iniciar los trámites para que sus hijos realizaran el cambio de nombre y/o mención de sexo en el DNI, nos encontramos que todavía, 2 años después, Registros Civiles que o no saben aplicar la ley, o no tienen la formación específica o en el peor de los casos hay mala fe. Esta situación, desespera a las familias y crea un daño en las personas menores, ya que no entienden que aún con la ley en la mano, hay quienes se resisten a realizar su correcta aplicación, dilatando en el tiempo un trámite que por ley está garantizado. Para nosotros, esta es claramente una situación de discriminación institucional y falta de voluntad política.

El acoso y discursos de odio en los institutos, actualmente, de la mano de los discursos de odio que se dan en medios de comunicación y redes sociales que dan cabida a los discursos de odio promovidos por la extrema derecha y por colectivos que se hacen llamar «feministas», están calando en una parte de la sociedad. Debido a esta desagradable realidad, se hace indispensable enfocarnos en la adolescencia, institutos y cualquier espacio ocupado en esta franja de edad.

Si a esto le sumamos la falta de una educación en diversidad sexo-afectiva y de género desde edades tempranas, por la falta de dotación de recursos para la aplicación efectiva de decretos y leyes en materia de educación, nos está llevando a unos institutos cada vez más hostiles para las adolescencias Trans*, unos espacios que dejan de ser seguros y donde la adolescencia en el «mejor» de los casos intentara pasar lo más desapercibida posible y volver al armario con el fin de evitarse situaciones de violencia, ya sea verbal o física, con las consecuencias que esto supone para la persona. Es una realidad que nos encontramos demasiado habitualmente y debemos velar por el cumplimiento de leyes y decretos, que permiten denunciar la situación y acompañar a la víctima y sus familiares. Si disponemos de herramientas, pero no se les dota de recursos, el resultado es una sociedad desinformada y discriminatoria, y adolescencias con futuros rotos!!!!

ÉXITOS

Como asociación referente en Catalunya las familias hemos conseguido muchos éxitos, de los cuales vamos a enumerar los más significativos por el cambio que han supuesto para las vidas de las infancias y juventudes Trans*:

- Conseguir el cambio de nombre en la tarjeta sanitaria sin tener el DNI rectificado, esto en su día, 2016, fue un antes y un después en Catalunya, cuando todavía no se tenía una ley que permitiera dicho cambio.
- El Protocolo de acompañamiento al alumnado Trans* en 2017, que se elaboró para dar cumplimiento a la ley «11/2014 para garantizar los derechos GLBTI y radicar la Homofobia, Bifobia y la Transfobia».
- Y cómo no, el logro conjunto que se consiguió con la aprobada Ley 4/2023 Ley Trans* Estatal. Durante el desarrollo de dicha ley fueron muchas las asociaciones que participaron, incluyendo a Chrysallis y en concreto a personas que ahora forman parte de Veus Trans*.

RETOS DE FUTURO

El mayor reto actualmente que nos planteamos en Catalunya, es la Ley Trans* Catalana, que debido al cambio de gobierno quedo paralizada, todo y estar redactada y consensuada entre entidades como la nuestra y personas trans* independientes.

Por lo que nuestro reto de futuro es emplazar al gobierno actual de la Generalitat de Catalunya, para garantizar la reactivación de todo ese trabajo previo ya realizado, convirtiéndolo en ley.

Conseguir el protocolo de atención a la salud de personas menores Trans*, garantizando que las entidades tanto de familias como de personas trans* formamos parte de su elaboración y consenso, pudiendo aportar y sumar experiencias y conocimiento para que sea un protocolo trabajado por y para ellos.

GenderLens

www.genderlens.org

info@genderlens.org

HISTORIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ASOCIACIÓN

GenderLens es una asociación sin fines de lucro activa como proyecto colectivo desde 2017, y establecida formalmente como asociación en 2021. GenderLens es actualmente la principal asociación en Italia dedicada en exclusiva a las familias de niñas/os/es y adolescentes de género diverso y trans* y aliados.

El objetivo principal de la asociación es dar apoyo directo a las familias, a la vez que realizar actividades de incidencia e intervención en diferentes entornos (educativo y escolar, sanitario, cultural y de investigación entre otros), en contextos domésticos y profesionales, que incidan de manera efectiva en generar un cambio social que derive en la mejora de los derechos, la salud, el bienestar y la felicidad de la infancia y adolescencia trans* y de género diverso.

La asociación viene desarrollando actividades fundamentales para el apoyo y acompañamiento de menores trans* y sus familias, dentro de un contexto social, cultural y político adverso y con recursos muy limitados.

Las principales actividades de la asociación comprenden:

- Reuniones de apoyo interfamiliar online de dos a tres veces al mes.
- Apoyo y formación en centros escolares para una integración inclusiva de les menores trans*.
- Sesiones de formación a familias, incluyendo presentaciones de profesionales (endocrinos, profesionales de la salud, entre otros).
- Incidencia política, para el respeto y defensa de los derechos de la infancia trans*.
- Elaboración de guías y material formativo para familias y profesionales.
- Atención al público algunas horas a la semana a través de un puesto de atención presencial en las ciudades de Boloña, Catania y Roma —y en los próximos meses, Turín.

DIFICULTADES

El contexto italiano presenta grandes retos para la infancia trans* y sus familias. La falta de conocimiento, de aceptación social y de respaldo legislativo es enorme. Los numerosos retos se pueden agrupar en tres grandes áreas:

Ámbito de la escuela. La adecuación de la escuela y de la enseñanza a la realidad de la diversidad de género es de carácter opcional: el profesorado, la escuela e incluso la universidad no tienen ninguna obligación de tratar al alumno con base al género con el que se identifica. Existe la posibilidad para la escuela de adherirse a la denominada «*carrera alias*» un acuerdo entre escuela y familia para regular un trato inclusivo. Pero su utilización -a pesar del incremento en los últimos años- es todavía minoritaria: en torno a un 5% de las escuelas de educación básica italianas están adheridas a la «*carrera alias*». Finalmente, la mayoría de las escuelas que tienen activa la «*carrera alias*» exigen una certificación médica para iniciarla, considerando la experiencia trans* no en base a la autodeterminación de género de la persona sino como una patología.

Ámbito de la salud. La prescripción y suministración de bloqueadores puberales está restringida a hospitales con unidad de género. De estos, hay sólo 5 en Italia con unidad de género pediátrica. La gran mayoría de ellos no ofrecen un trato de acompañamiento y apoyo afirmativo, retrasando o negando el acceso a bloqueadores hasta que se llega a situaciones verdaderamente dramáticas, o que resulta muy tarde para el uso de los mismos en menores que presentan ya un desarrollo completo de caracteres secundarios. La única excepción era el hospital Careggi de Florencia, que contaba con un equipo profesional de excelencia y a donde peregrinaban familias de toda Italia para recibir atención. Desafortunadamente, este hospital fue objeto a finales del 2023 y durante 2024 de una auditoría e inspección ordenada desde el Ministerio de Salud, bajo acusaciones de que los bloqueadores se repartían sin el debido rigor (cit. «como caramelos»). Desde entonces, el servicio del hospital se ha visto seriamente afectado dificultando el acceso a los servicios y acompañamiento, particularmente para nuevas familias no tratadas con anterioridad. Varias familias —aquellas que pueden permitírselo— están teniendo que optar por tratar a sus hijos con endocrinos en otros países y adquirir allí los bloqueadores por el privado.

Ámbito político, social y jurídico. El contexto político actual, la presencia e influencia en él de grupos integristas «pro-vida» y feministas trans-excluyentes, hacen más complejo cualquier avance, disidencia o pensamiento crítico en torno al género, lo que se ha manifestado en retrocesos como el reseñado del Hospital Careggi. Esto se da, en un país históricamente dominado por una tradición católico-conservadora. Un hecho significativo es que ningún partido político, ni de derechas ni de izquierda, toma como suyo o hace parte de su programa, la defensa de los derechos de la comunidad y de la infancia trans*. En el ámbito jurídico, las sentencias para cambio de sexo registral están judicializadas, involucran un proceso largo, cuyo resultado no está garantizado y requiere de la presentación de informes patologizantes sobre les menores.

LOGROS, AVANCES O ÉXITOS CONSEGUIDOS

El haber logrado establecer una asociación estable que actúa como modo de entrada y acompañamiento a las familias de menores trans* en un contexto tan adverso, es ya de por sí un logro a destacar. A futuro queda hacer más visible la asociación sobre todo en las zonas rurales y regiones enteras, dónde no hay apenas presencia de familias.

Guía de infancia y adolescencia Trans*. Guía única en idioma italiano, pensada para ofrecer apoyo a las familias, pero también en el ámbito educativo o sanitario. Se editó en 2024. En más de 70 páginas responde dudas, provee información y consejos. Entre otros ofrece un panorama de los conceptos clave relacionados con la identidad de género y sugerencias para proteger el bienestar de la persona trans* en la familia, en la escuela o respecto al acompañamiento en el ámbito de la salud (bloqueadores, hormonas). En un contexto como el italiano en el que la información disponible o la presencia de profesionales formados es escasa, cuando no ausente en algunos territorios del país esta guía es un recurso fundamental para las familias.

El establecimiento de ventanillas de acceso presencial al público en un número creciente de ciudades es otro éxito para destacar.

RETOS DE FUTURO

Lograr avances en todos los temas anteriormente reseñados, requiere sensibilizar a la opinión pública y a los actores políticos, sociales, y profesionales de la salud y la jurisprudencia de los graves desafíos que afronta la infancia y juventud trans* en el país, y del importante rol que cada uno de estos sectores debe jugar para avanzar, normalizar y naturalizar su situación.

Un paso fundamental sería sin duda desarrollar y afianzar alianzas sociales y políticas. A diferencia de España, por ejemplo, ningún partido italiano, ni ningún político de peso a nivel nacional, ha hecho suyo la causa de los derechos de la infancia trans*. Gobiernos anteriores, incluso el centro-izquierda, no han realizado ningún avance respecto a una legislación más avanzada e inclusiva. Sensibilizar a actores políticos y sociales sobre el grave estado y la falta de derechos de la infancia trans* en el país resulta crucial para lograr avances.

Despatologizar la realidad trans*, y, relacionado con esto, profesionalizar y sensibilizar a los profesionales de la salud y de la educación, es otro reto fundamental. Lograr una atención pública de calidad, gratuita, despatologizada y con una buena cobertura geográfica es esencial. Aún las familias que logran ser atendidas en el hospital de referencia de Florencia, deben realizar numerosas visitas, hasta 6, una por semana, con un/a neuropsiquiatra, para obtener una valoración favorable, que permita el paso al endocrino, a la realización de exámenes, etc. Esto vuelve una verdadera odisea lograr un acompañamiento en el área de salud, particularmente para las familias de zonas alejadas de esta ciudad.

Finalmente es esencial poder conseguir recursos y apoyo para poder llegar a aquellos ámbitos y áreas como la rural donde la realidad trans* aparece hoy en día prácticamente como «inexistente».

Conclusiones

Ondorioak

Conclusiones

Lucía González-Mendiondo Carmona

Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Zaragoza

luciam@unizar.es

Cuando comenzamos a organizar el Congreso, hace ya más de un año, sólo teníamos clara una cosa: que era necesario organizar un espacio de encuentro para profesionales de diferentes ámbitos: investigación, educación, trabajo y educación social, psicología, sexología, psiquiatría, endocrinología, sociología, etc., activistas, familiares y personas interesadas y comprometidas con la situación de las infancias y adolescencias trans.

Necesario, para establecer un diálogo entre diferentes miradas y perspectivas con el objetivo común de acompañar las necesidades que van surgiendo en la biografía de estas infancias y adolescencias. No tanto para resolver de un plumazo esas posibles necesidades, ¡ojalá eso fuera tan sencillo!, como para empezar a tender puentes y un argumentario común entre diferentes miradas, entendiendo que lo que nos une: el interés por ese acompañamiento y por el bienestar de las infancias y adolescencias trans, pesa y ha de pesar más que nuestras posibles discrepancias teóricas o epistemológicas.

Comprender para poder acompañar, como nos invitaba a hacer Aingeru Mayor en su intervención inaugural al comienzo del Congreso y como reza el cartel del mismo.

Y podemos afirmar que el Congreso ha cumplido con este principal objetivo, si tenemos en cuenta que en él hemos participado casi 400 personas: más de 30 ponentes nacionales e internacionales, unos 250 profesionales de diferentes ámbitos (sanitario, psicológico, educativo, sexológico...), más de 90 personas del entorno familiar y afectivo de estas infancias y adolescencias y en torno a 30 activistas. A todas estas personas que lo han hecho posible queremos, en primer lugar, darles las gracias.

Si algo ha quedado claro a lo largo de este encuentro, es que la reemergencia de ciertas ideologías a nivel mundial desde las que se sostiene una narrativa anti-trans, está afectando directamente a la vida de muchas personas, especialmente a las más jóvenes.

Y por eso necesitamos ese argumentario común basado en las evidencias, que, como bien nos señaló Jon Arcelus en su conferencia, han de ser definidas por los y las expertas en los diferentes ámbitos y, me permito añadir, por quienes viven esta realidad en primera persona, y no por la política de turno en determinado país.

Evidencias que, aunque siguen siendo pocas, tienen gran peso, si atendemos a toda la información que Jiska Ristori y Annelou de Vries nos aportaron sobre el desarrollo de la identidad a lo largo de la infancia y la adolescencia. Y a partir de las que podemos concluir

que las infancias y adolescencias trans requieren de investigaciones centradas en sus necesidades, que no son las mismas que las de las personas adultas.

Y, más allá de los datos y las investigaciones maravillosas que se están llevando a cabo, evidencias como las presentadas en primera persona del singular por Ares, Elsa, Eder y las dos personas adolescentes que les acompañaron, así como por las personas representantes de las diferentes asociaciones de familias. ¿Qué más evidencias se necesitan cuando nos están poniendo delante de las narices sus propias vidas?

Independientemente del marco de comprensión desde el que nos acerquemos a estas vivencias, aunque unas pongamos el acento en la deconstrucción cultural del binarismo y los imperativos de género desde los postulados de la teoría queer y otras busquemos las causas en la interacción biográfica entre la experiencia y la biología, como quedó plasmado en la conversación entre Josebe Iturrioz y Joserra Landarroitajauregui, y aunque tales marcos de comprensión puedan entrar en contradicción en algunos aspectos, como también quedó patente en el desarrollo de dicha conversación, la primera conclusión que yo extraigo de este encuentro es que no atender a estas infancias y adolescencias, no proporcionarles el acompañamiento psicosocial y los tratamientos médicos que requieran llegado el momento, haciéndoles esperar hasta la vida adulta, dificulta, como concluía Annelou de Vries su intervención, su desarrollo adolescente y genera gran sufrimiento psicológico, trayendo consigo consecuencias para toda la vida en relación con su apariencia física, que no se corresponderá con su identidad vivida. Omitir esos posibles tratamientos y la ayuda que requieren no es en ningún caso, como señalaba Alessandra Fisher, una opción neutral.

Una identidad que no siempre será binaria y que, en muchos casos, se construirá sin «identificarse como hombre ni como mujer, al menos no totalmente ni todo el tiempo» como dijo Darko Decimavilla en su conferencia. El no binarismo supone, sin lugar a dudas y tal y como plantearon Darko y Nat Thorne en sus exposiciones, otro gran reto para quienes pretendemos comprender la construcción de identidad sexual o de género y una nueva evidencia de que esta no es biológica o social sino biológica y social, pesando más unos aspectos u otros en cada biografía individual.

Biológica Y social, masculina Y femenina, ciencia Y vivencia... la conjunción en vez de la disyunción como vía para entender y atender a esta realidad.

Volviendo a la importancia del acompañamiento, este ha sido el segundo aspecto en el que hemos intentado profundizar, conociendo diferentes modelos sanitarios de la mano de Rosa Almirall, Itxaso Rica y Joz Motmans, quienes, han dejado claro que, junto a los tratamientos hormonales y el previo uso de bloqueadores, que son, en la mayoría de los casos, una muleta importante, o, en palabras de Alessandra Fisher, la vía para reducir o controlar los cambios no deseados en el cuerpo y dar tiempo a la persona para explorar sus opciones y posibilidades; el acompañamiento ha de ser multidisciplinar e individualizado, en tanto que no hay dos biografías iguales ni una receta mágica que nos sirva a todos. Cada persona, decía Rosa Almirall, tiene un recorrido único. Aunque hay ciertas necesidades comunes que pueden repetirse, es esencial evitar imponer recorridos preestablecidos y, es necesario, centrar la atención en las necesidades específicas de cada cual, en un momento dado y sin crear con nuestras intervenciones nuevas necesidades. Entendiendo que esas necesidades pueden cambiar a lo largo del tiempo y que, como señalaba Joz Motmans, a veces, lo único que se necesita de los y las profesionales, es que escuchen y respondan a una consulta puntual.

Y, para entender mejor esos posibles cambios, Pablo Expósito, Atilano Carcavilla, Anne-lou de Vries y Rosa Almirall, nos han ayudado a arrojar un poco de luz sobre eso que llamamos destransiciones, desistencias, interrupciones... poniendo sobre la mesa la complejidad de la cuestión y la necesidad de unificar conceptos y comprender de qué hablamos cuando hablamos de cambios de dirección en los tránsitos, la diversidad de causas y vivencias, así como de profundizar en la investigación y aportar datos fiables que nos permitan desmontar los bulos y falsas creencias que rodean este asunto y que se han convertido, como evidencia lo ocurrido en Reino Unido tras la publicación del informe Cass, en punta de flecha de quienes pretenden frenar los avances en derechos.

Si creemos en el poder transformador de la educación, el acompañamiento en la escuela y la adopción de una mirada trans, será, junto a los avances en el ámbito de la investigación y los modelos médicos transafirmativos, la mejor arma con la que contemos para combatir los discursos de odio que niegan los derechos humanos.

Lamentablemente, como evidenciaron las intervenciones de Cal Horton, Olatz Etxebarria, Bea Sever y Teo Pardo, en la mayoría de los países, este acompañamiento deja mucho que desear: el desconocimiento y falta de interés por parte del profesorado y personal de los centros educativos, la falta de planes y protocolos de protección para el alumnado trans, la poca comprensión y escucha hacia sus familias, y, más allá de la atención individual, la ausencia de una cultura escolar que entienda la diversidad sexual como un hecho inherente a la existencia humana y comprenda que esa diversidad nos enriquece como sociedad, nos lo ponen un poquito más complicado.

La escuela tiene el deber institucional de atender a las necesidades de todo su alumnado, y como profesionales, no podemos seguir permitiendo que sean el alumnado trans y sus familias quienes, como señalaban Cal Horton y Bea Sever, tengan que pelear día a día su derecho a una educación inclusiva. Hace falta una educación sexual de calidad dirigida a toda la comunidad educativa y que permita a las criaturas y jóvenes entender que la diversidad es un hecho, no solo un derecho. Se trata, como decía Teo Pardo, de ir más allá y entender lo que la mirada trans nos aporta a todo el mundo, poner en valor las pedagogías del placer, desde las que podremos disfrutar y celebrar la diversidad de los cuerpos.

Tenemos, en suma, muchísimo trabajo por delante. Debemos, como apuntó Nat Thorne, «leer más, pensar más y preguntar más». Cada quien, desde nuestro papel y ámbito de actuación, pero con el firme objetivo de hacer de nuestro mundo un espacio amable en el que todas las identidades tengan cabida y puedan desarrollarse con la mayor plenitud posible.

Sigamos trabajando. La calidad de las propuestas de las comunicaciones compartidas en las mesas paralelas y de todas las que nos llegaron y, por limitaciones de tiempo, quedaron fuera del encuentro pero han sido igualmente recogidas en este libro de actas, la profundidad de las conferencias que hemos escuchado y el trabajo desarrollado por las diferentes asociaciones, dejan constancia de que vamos por el buen camino, y que, pese a los palos que nos pongan en las ruedas, que no son pocos, si sumamos fuerzas, entre todas podemos contribuir a crear un mundo que entienda que la diversidad no es la excepción sino la norma y celebre tal diversidad. O, mejor aún, como nos explicó la adolescente que vino a compartir su vivencia: «un mundo que entienda que no hay nadie normal».