



## LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO Y TRANSEXUALES EN EUSKADI

**ararteko**

Herriaren Defendatzaillea  
Defensoría del Pueblo

**20**  
urte años

Zuretzat lanean  
Trabajando para ti

# **LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO Y TRANSEXUALES EN EUSKADI**

Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco



**Autores:**

Gabinete Sociológico Biker S.L.: Iratxe Herrero y Carlos Díaz de Argandoña.

**Por parte de la institución del Ararteko:**

Iñigo Lamarca, Julia Hernández, Faustino López de Foronda, Fermín Barceló,  
María Luisa Aguirreche, Iñaki Mendieta, Eva Acero, Amaia Pagola, Sonia Pérez, Nieves Oca.

© ARARTEKO

Fotocomposición e impresión: Gráficas Santamaría, S.A. • [www.graficassantamaria.com](http://www.graficassantamaria.com)

Ilustración de cubierta: EPS comunicación • [www.eps-grupo.com](http://www.eps-grupo.com)

Papel ecológico.

ISBN: 978-84-89776-37-1

D.L.: VI 533-2009



## LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO Y TRANSEXUALES EN EUSKADI





## ÍNDICE



<b>Presentación del informe</b> .....	17
<b>Introducción</b> .....	21
<b>1. Finalidad y objetivos</b> .....	27
<b>2. Metodología</b> .....	31
2.1. Fundamentación metodológica .....	33
2.2. Fuentes de consulta y técnicas utilizadas .....	34
2.2.1. Personas transgénero y transexuales .....	34
2.2.2. Familia y entorno cercano .....	36
2.2.3. Ciudadanía.....	37
2.2.4. Entidades y profesionales .....	37
2.2.5. Ámbito institucional.....	39
2.2.6. Fuentes documentales.....	40
2.3. Resumen .....	41
<b>3. El transgénero y la transexualidad: plano teórico</b> .....	43
3.1. Tres conceptos básicos: sexo, género e identidad sexual.....	46
3.2. Explicaciones de las posibles causas: ¿por qué sucede?.....	48
3.2.1. Explicación biológica .....	48
3.2.2. Explicación psicosocial.....	49
3.2.3. Explicación psiquiátrica .....	49
3.2.4. Explicaciones desde el enfoque social y cultural .....	50
3.2.5. Explicaciones desde la perspectiva de la sexología .....	52
3.3. Poniendo nombre al fenómeno y a las personas.....	52
3.4. ¿Cómo se definen las propias personas transgénero y transexuales en Euskadi? .....	57
3.5. Resumen .....	59
<b>4. Las personas transgénero y transexuales en Euskadi</b> .....	63
4.1. Cuantificación: ¿cuántas personas son? .....	65
4.1.1. Las estimaciones cuantitativas teóricas.....	66
4.1.2. Los ajustes a las estimaciones de la teoría .....	69
4.2. La identidad: ¿qué soy yo? .....	70

4.3.	Del descubrimiento a la visibilización: el camino en silencio.....	71
4.3.1.	Descubrir la identidad .....	72
4.3.2.	Buscar información: poner nombre a lo que sucede.....	73
4.3.3.	Reconocerlo y tomar una decisión: ¿y ahora qué?.....	74
4.3.4.	Contarlo a la familia .....	76
4.3.5.	Visibilizarlo fuera de la familia: entorno cercano y sociedad en general .....	79
4.4.	El proceso de cambio: que el exterior refleje el interior .....	81
4.4.1.	Los primeros cambios: la estética.....	83
4.4.2.	El tratamiento de reasignación sexual .....	84
4.4.2.1.	El diagnóstico.....	86
4.4.2.2.	La hormonación .....	90
4.4.2.3.	Las cirugías de reasignación sexual .....	93
4.4.2.4.	Otros procedimientos: prótesis genitales, foniatría y depilación .....	99
4.4.3.	Los cambios legales.....	100
4.4.4.	El tratamiento antes de la mayoría de edad: ¿es posible? .....	101
4.5.	La vida cotidiana .....	105
4.5.1.	Ir a clase .....	105
4.5.2.	Hacer la comunión .....	107
4.5.3.	Ir al médico .....	107
4.5.4.	Buscar o mantener un empleo.....	108
4.5.5.	Otras actividades: compras, viajes, hacer deporte.....	110
4.5.6.	Tener una pareja, formar una familia .....	111
4.5.7.	La orientación sexual .....	113
4.5.8.	La soledad y el sufrimiento .....	114
4.5.9.	Las autoagresiones y el suicidio .....	115
4.5.10.	La emigración a otro lugar.....	116
4.6.	Haciendo balance de la vida: el pasado y el futuro.....	117
4.7.	Las personas transgénero y transexuales como grupo social.....	118
4.7.1.	¿Son una comunidad?... ..	119
4.7.2.	Asociacionismo .....	120
4.7.2.1.	Los tipos de asociaciones.....	121
4.7.2.2.	Asociaciones de personas transgénero y transexuales: ¿dentro o fuera del movimiento LGTBI?.....	121
4.7.2.3.	Otras cuestiones.....	123
4.7.3.	La imagen que creen que la sociedad tiene de ellas .....	124
4.8.	Resumen .....	125
<b>5.</b>	<b>La respuesta de la sociedad en Euskadi.....</b>	<b>135</b>
5.1.	La respuesta legislativa .....	137
5.2.	Las administraciones públicas.....	139

5.3. Los recursos de atención directa .....	142
5.3.1. Recursos del ámbito social.....	142
5.3.1.1. Asociaciones específicas de personas transexuales y del colectivo LGTBI.....	144
5.3.1.2. Servicios públicos de atención directa.....	145
5.3.1.3. Servicios privados de atención directa .....	147
5.3.1.4. Recursos de protección social .....	147
5.3.2. Recursos del ámbito sanitario .....	152
5.3.3. Los recursos en conjunto.....	157
5.3.3.1. Los recursos: aspectos de interés .....	157
5.3.3.2. Las personas usuarias: aspectos de interés .....	158
5.4. La opinión de la ciudadanía .....	162
5.4.1. Desconocimiento e imagen estereotipada .....	162
5.4.2. La respuesta social .....	163
5.4.3. Factores explicativos del rechazo social.....	165
5.5. Resumen.....	167
<b>6. Breves referencias sobre la cuestión en los ámbitos estatal e internacional...</b>	<b>171</b>
<b>7. Conclusiones.....</b>	<b>177</b>
7.1. Análisis DAFO.....	179
7.1.1. Nivel interno: debilidades .....	180
7.1.2. Nivel interno: fortalezas.....	181
7.1.3. Nivel externo: amenazas .....	181
7.1.4. Nivel externo: oportunidades .....	183
7.2. Reflexiones.....	184
<b>8. Recomendaciones del Ararteko .....</b>	<b>195</b>
<b>9. Bibliografía .....</b>	<b>205</b>



## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 2.1.</b> Profesionales y entidades consultadas .....	38
<b>Cuadro 2.2.</b> Consultas realizadas a representantes de la Administración pública vasca .....	40
<b>Cuadro 3.1.</b> Parámetros para la construcción del sexo y sus características.....	46
<b>Cuadro 3.2.</b> Conceptos incluidos en el término inglés <i>Transgender</i> .....	53
<b>Cuadro 3.3.</b> Concepto de transexualidad en los sistemas CIE-10 y DSM-IV-TR .....	55
<b>Cuadro 3.4.</b> Términos empleados para definir a las personas transexuales .....	56
<b>Cuadro 4.1.</b> Estimación de prevalencia e incidencia de la transexualidad en Euskadi y en el Estado .....	68
<b>Cuadro 4.2.</b> Procedimientos de atención indicados por la Asociación Internacional Harry Benjamin.....	85
<b>Cuadro 4.3.</b> Procedimientos de atención realizados en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud .....	85
<b>Cuadro 4.4.</b> Criterios de diagnóstico del DSM-IV y CIE-10 .....	86
<b>Cuadro 4.5.</b> Criterios de elegibilidad y disposición para el tratamiento de hormonación establecidos por la Asociación Internacional Harry Benjamin .....	90
<b>Cuadro 4.6.</b> Tratamiento hormonal diferenciado en mujeres y hombres transexuales .....	91
<b>Cuadro 4.7.</b> Criterios de elegibilidad y disposición para la cirugía de reasignación sexual establecidos por la Asociación Internacional Harry Benjamin .....	93
<b>Cuadro 4.8.</b> Principales intervenciones quirúrgicas en las mujeres transexuales.....	94
<b>Cuadro 4.9.</b> Principales intervenciones quirúrgicas en los hombres transexuales .....	95
<b>Cuadro 4.10.</b> Requisitos para solicitar la rectificación registral de sexo .....	100
<b>Cuadro 5.1.</b> Evolución y características de las ayudas económicas concedidas por el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. 2006-2008.....	146
<b>Cuadro 5.2.</b> Recursos del ámbito social .....	149
<b>Cuadro 5.3.</b> Personas en tratamiento hormonal en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en 2007 .....	154
<b>Cuadro 5.4.</b> Personas usuarias en diferentes recursos de atención del ámbito social..	159



## PRESENTACIÓN DEL INFORME



Las personas transgénero y las transexuales merecen todo nuestro respeto y apoyo. La dura experiencia de quien no se siente identificado o identificada con el sexo biológico de nacimiento ha de ser comprendida por nuestra sociedad. La información y el conocimiento son herramientas indispensables para superar los prejuicios y poner fin a la discriminación que padecen estas personas.

Escuchar su voz, sus problemas cotidianos, sus inquietudes y aspiraciones nos permite acercarnos con el corazón y percibirlos como iguales.

El presente informe pretende aportar un granito de arena en esa ineludible tarea de favorecer la igualdad y remover los obstáculos con que se encuentran las personas transgénero y transexuales en el ejercicio de sus derechos.

Tras realizar un análisis sobre cuál es su problemática, se estudian las respuestas que la sociedad y la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco dan a las necesidades planteadas por estas personas. Del estudio de los recursos existentes se deducen las carencias, y finalmente, se emite una serie de recomendaciones.

Es mucho el camino que se ha recorrido desde que en 1979 se despenalizara la transexualidad: la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas supone, sin duda, un hito importante en el reconocimiento de los derechos de estas personas; la ponencia sobre las necesidades terapéuticas de las personas transexuales presentada en el Parlamento Vasco en 2007 con motivo de la cual se instaba al Gobierno Vasco a actualizar el catálogo de prestaciones y a crear una unidad centralizada de diagnóstico y orientación terapéutica de referencia para toda Euskadi; la creación de centros o unidades de referencia para la atención de los trastornos de identidad de género y la aprobación de los correspondientes protocolos, que constituyen un avance innegable en la atención relativa a las necesidades terapéuticas de estas personas; las subvenciones otorgadas con el fin de sufragar el gasto efectuado en intervenciones de reasignación de sexo o de cirugía plástica como remedio provisional en tanto no se abordara de manera integral e idónea, en el ámbito de la sanidad pública, el tratamiento clínico completo para estas personas o el reciente compromiso expresado en sede parlamentaria por el Consejero de Sanidad y Consumo con relación a la inclusión del tratamiento quirúrgico en el catálogo de prestaciones del Sistema Sanitario Público de la CAPV.

Pese a todo, largo es también el camino que queda por recorrer para que las personas transgénero y transexuales ejerzan de manera efectiva sus derechos fundamentales, especialmente el derecho a la igualdad y a la no discriminación y el derecho a la salud. El estigma que sufren estas personas, que, a menudo, les lleva a sufrir rechazo y segregación, ha de ser superado para alcanzar su plena integración social.

Quiero mostrar mi agradecimiento a las personas del Gabinete Sociológico Biker que han realizado el estudio base, a las y los responsables y profesionales de las administraciones y de las entidades sociales que han aportado sus datos y puntos de vista, y a las personas transgénero y transexuales y a sus familias, que nos han ofrecido la historia de su vida.

Dedicamos especialmente este informe al joven Aimar, quien decidió quitarse la vida a los 21 años. Transcribimos unos versos de gran significación para su familia:

*Te seguiré la pista, estás conmigo  
Hasta el confín del cielo más remoto  
Alimentando penas con tu nombre*

*Dejaste una sonrisa por testigo  
Junto a la sensación de sueño roto  
Del ángel que luchaba por ser hombre*

Para Amaia-Aimar (1986-2007)

Ante hechos como éste se nos eriza la piel y quedamos sin palabras para nombrar el enorme sufrimiento que se esconde tras la vida de las personas transgénero y transexuales. Es responsabilidad de todos y todas mostrar nuestro profundo respeto, apoyo y comprensión a estas personas, para que hechos como este no vuelvan a ocurrir.

Por último, quiero reconocer y agradecer sinceramente la labor llena de compromiso y coraje de todas aquellas personas que de manera individual o colectiva vienen trabajando a favor de los derechos de las personas transgénero y transexuales y, muy especialmente, a las propias personas transexuales y transgénero que, con inusual valentía, han dejado el anonimato para denunciar públicamente su situación y reivindicar toda una serie de mejoras. Sin el esfuerzo de unas y otras, ninguna de las conquistas referidas hubiera sido posible y ninguna de las que están por llegar lo será.

*Iñigo Lamarca Iturbe*  
ARARTEKO

Vitoria-Gasteiz, octubre de 2009



## INTRODUCCIÓN



El fenómeno del transgénero y la transexualidad ha existido siempre y se ha dado en todas las culturas. Sin embargo, en nuestra sociedad, se ha hecho más visible en las últimas décadas.

La decisión del Ararteko de analizar en profundidad la situación de las personas transgénero y transexuales responde plenamente a su opción por dedicar una **atención prioritaria a las situaciones de especial vulnerabilidad**.

Tras la elaboración de este informe, hemos podido comprobar que existe **un gran desconocimiento en la sociedad sobre la existencia y las características de estas personas**. Son muchos los estereotipos negativos y los prejuicios existentes y, en general, se relaciona a estas personas con actitudes frívolas o caprichosas, con absoluta ignorancia de la verdadera cuestión de fondo: la identidad de género.

Las personas transgénero y transexuales desean reconocerse a sí mismas, aceptar su verdadera identidad de género y desarrollarse socialmente en el género al que realmente pertenecen, que no se corresponde con el sexo biológicamente asignado. Para ello padecen un enorme sufrimiento personal que se ve agravado por la incomprensión e, incluso, el rechazo y la discriminación de nuestra sociedad.

Al entrar en contacto con estas personas las percibimos como iguales a nosotras y nosotros. Se trata de personas normales y corrientes con sus gustos, opiniones y caracteres diferentes.

Estas y otras cuestiones se abordan en este informe que es un **diagnóstico social** cuya **finalidad** es la mejora de las condiciones de vida de estas personas en Euskadi. Y es, precisamente, este carácter de diagnóstico social el que se considera necesario resaltar, en esta introducción, a la hora de abordar la naturaleza y perspectiva del enfoque de la investigación.

De acuerdo con dicha finalidad, éste es un **informe-diagnóstico** porque se realiza para conocer y visibilizar la realidad de unas personas que viven en nuestra sociedad –aunque para la mayoría resulten invisibles– describiendo su situación, sus necesidades y la respuesta social que reciben. Asimismo, como todo diagnóstico de situación, lo dicho aquí supone

una foto momentánea, una foto de **lo que existe en el momento en que se desarrolla el estudio de campo.**

Así pues, en función de los cambios sociales –algunos ya señalados a lo largo del informe– la imagen recogida en dicha fotografía variará en el futuro, como también lo ha hecho hasta ahora, si analizamos el fenómeno del transgénero y la transexualidad desde una perspectiva histórica.

Por eso queremos aclarar que los datos que se vierten en los capítulos dos a cinco de este informe corresponden al período transcurrido entre junio de 2008 y marzo de 2009, período en el que se desarrolla el trabajo de campo. De ahí que nos encontremos, por ejemplo, en lo que se refiere al ámbito competencial, con alusiones a los anteriores Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, a pesar de que, actualmente, en virtud del nuevo Decreto 4/2009, de 8 de mayo, de creación, supresión y modificación de los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, la referencia habría de enmarcarse en el ámbito de actuación del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales y Departamento de Sanidad y Consumo respectivamente.

A pesar de lo expuesto, en los apartados referidos al ámbito sanitario, hemos recogido el compromiso expresado en sede parlamentaria por el Consejero de Sanidad y Consumo el pasado 2 de septiembre (respuestas escritas 09/10/05/03/0067-1247 y 09/10/05/03/0065-1239), en el sentido de potenciar la capacidad de respuesta de la unidad de referencia del Hospital de Cruces e incluir el tratamiento quirúrgico como una prestación más del catálogo de prestaciones del Sistema Sanitario Público de la CAPV, por la trascendencia que dichas previsiones pueden tener en la respuesta a las necesidades terapéuticas de las personas transexuales.

Por otra parte, el adjetivo **social** del informe hace referencia al enfoque desde el que se aborda dicho diagnóstico: la perspectiva sociológica, analizando lo que socialmente supone hoy en día ser una persona transgénero y transexual en Euskadi que es, por otra parte, el marco geográfico en que se encuadra el estudio.

En consecuencia, no se trata de un ensayo sobre transexualidad ni sobre transgénero; de ahí que cuando estas cuestiones se presentan en el capítulo correspondiente, su nivel de profundización es el que se considera necesario para presentar un marco conceptual que facilite la comprensión y delimitación del objeto de estudio. De ahí, también, que el resto de disciplinas desde las que se puede analizar el objeto de estudio (medicina, psicología, sexología, derecho...) no adquieran un protagonismo mayor que el preciso para ofrecer una visión lo más completa posible de esta realidad, con el mismo objetivo anteriormente señalado de ofrecer la información necesaria para la comprensión de las cuestiones analizadas.

Los **términos de persona transgénero y persona transexual** utilizados en este informe, ante la variedad de conceptos que engloban, y como se explica en el tercer capítulo, se

corresponden a las definiciones que han realizado las propias personas transgénero y transexuales consultadas durante la investigación.

En cuanto a la **forma** del informe, se ha pretendido que se visibilice la realidad de estas personas de la manera más directa posible; por eso, los comentarios están complementados con extractos de los testimonios de estas personas entresacados de las diferentes consultas en las que han participado. Estos comentarios se presentan entrecomillados y en cursiva.

En cuanto a su **estructura**, el informe consta de **nueve capítulos**, de los cuales, el capítulo segundo, tercero, cuarto y quinto finalizan con un resumen de las ideas principales.

El primer capítulo comienza con la presentación de la finalidad y objetivos que han orientado la investigación.

El segundo capítulo se dedica a la metodología, y detalla las técnicas empleadas y las fuentes consultadas.

El tercer capítulo, con objeto de enmarcar conceptualmente el tema estudiado, presenta las cuestiones más relevantes referidas a conceptos y explicaciones en el plano teórico, para dar lugar, en el cuarto capítulo, a la descripción propiamente dicha de la situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi: cuántas son, cuáles son sus características, qué supone el transgénero o la transexualidad en la vida diaria, etc.

El quinto capítulo se centra en describir cómo responde la sociedad a estas personas en diferentes ámbitos (legal, sanitario, social, de opinión pública, etc.).

El sexto capítulo presenta, de manera sucinta y sin pretensiones de exhaustividad, una serie de iniciativas y experiencias desarrolladas fuera de nuestra comunidad autónoma, algunas de las cuales podrían tomarse como referencia para posteriores actuaciones en la materia.

El séptimo capítulo, de conclusiones, se asimila al proceso de análisis o reflexión propio del quehacer sociológico: va más allá de la mera descripción para identificar, relacionar y analizar las diferentes cuestiones abordadas; lo que, a efectos prácticos, significa que se identifican puntos débiles (necesidades) y puntos fuertes de la situación.

El octavo capítulo recoge las recomendaciones del Ararteko, y la bibliografía utilizada durante la investigación constituye el noveno capítulo que cierra el informe.

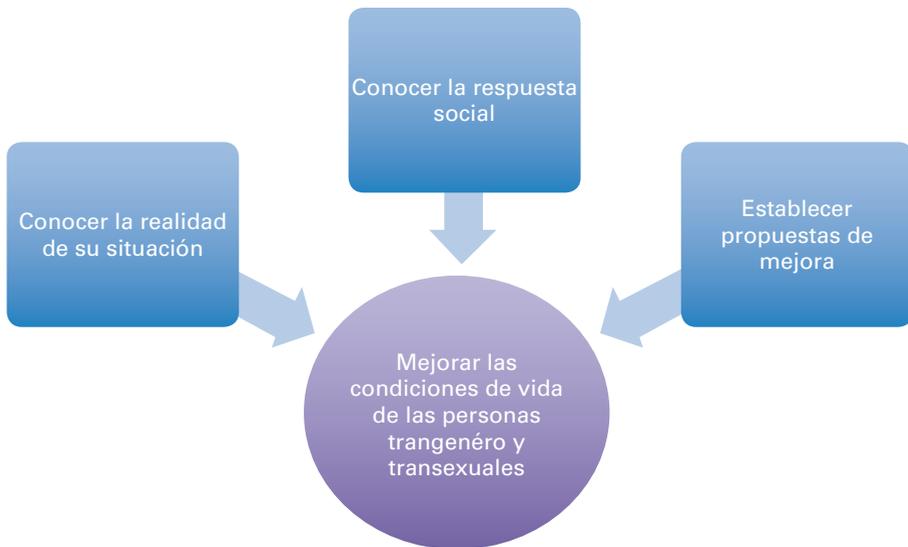


## 1. FINALIDAD Y OBJETIVOS



Esta investigación tiene como **finalidad** mejorar las condiciones de vida de las personas transgénero y transexuales residentes en Euskadi por medio del conocimiento de su situación y la sensibilización social. Para ello se han planteado los siguientes **objetivos generales y específicos**:

- Conocer la realidad de las personas transgénero y transexuales en Euskadi:
  - Describir el colectivo de personas transgénero y transexuales.
  - Identificar las necesidades del colectivo en diferentes ámbitos.
  - Identificar las potencialidades como grupo social.
- Conocer la respuesta social dada a las personas transgénero y transexuales en Euskadi:
  - Describir la respuesta social informal.
  - Describir la respuesta social formal.
  - Identificar amenazas del entorno social para las personas transgénero y transexuales.
  - Identificar oportunidades del entorno social para las personas transgénero y transexuales.
  - Conocer la respuesta social dada en otros ámbitos geográficos, fuera de Euskadi, que pudiera ser de interés como ejemplo de buenas prácticas.
- Establecer propuestas de mejora en relación con la situación de las personas transgénero y transexuales de Euskadi.





## 2. METODOLOGÍA



En este capítulo se explican los motivos por los que se ha seleccionado la metodología empleada, se presentan las fuentes de consulta y se describen las técnicas de investigación empleadas.

## 2.1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

La metodología que se ha empleado ha sido **fundamentalmente cualitativa**, ya que permite un acercamiento más adecuado a realidades como la que se analiza en esta investigación; de manera complementaria se han utilizado también técnicas cuantitativas en aquellos casos en que su aplicación resultaba oportuna. ¿Por qué ha resultado más adecuada la metodología cualitativa? Fundamentalmente por las **siguientes razones**:

- Las personas transgénero y transexuales forman un colectivo socialmente opaco y no cuantificado, lo que les convierte, como fuente de consulta, en un grupo de acceso restringido y difícil en comparación con otros grupos sociales. Por ejemplo, si se realiza una investigación sobre la situación de la juventud, es relativamente fácil acceder a estas personas; para empezar, la edad es algo tan visible que podríamos utilizar directamente el método de “captación a pie de calle” para las consultas. Además, en el censo de población, se puede cuantificar el universo y obtener la muestra pertinente. Pero, en el caso de la transexualidad o el transgénero no siempre es visible esta condición; se pueden observar ciertos aspectos que llevarían a pensar que una persona es, por ejemplo, transexual sin que necesariamente haya de serlo; de hecho, la mayoría no lo manifiesta públicamente. Por otra parte, como se señala en el capítulo cuarto, no existe un registro de personas transgénero y transexuales en el que se pueda conocer cuántas son a efectos de establecer la muestra para la consulta.
- Los aspectos que consultar son de calado íntimo, subjetivo, privado; se está investigando, entre otras cuestiones, acerca de sentimientos, emociones, opiniones, vivencias, etcétera.
- Es un tema desconocido en el ámbito de la investigación y en el de la atención profesional o, al menos, no tan conocido como otros temas de investigación, lo que significa que no existe un gran número de estudios previos ni de personas expertas

en cuestiones de transgénero y transexualidad, con lo que se reduce también el número de este tipo de fuentes de consulta.

Ante estos hechos, la **metodología cualitativa ofrece ventajas** sobre la cuantitativa porque:

- Permite aplicar técnicas que priorizan la profundidad de la información y de la relación con la fuente consultada sobre la cantidad de información, la rapidez y, a veces, frialdad, de una técnica cuantitativa. Es el caso, por ejemplo, de una historia de vida de tres horas frente a una encuesta de quince minutos.
- Requiere de muestras significativas y no estadísticamente representativas –estas últimas necesarias en las técnicas cuantitativas– lo que significa que se selecciona a las personas a las que se consulta no por su número: “cuantos más, mejor”, sino por lo que aportan a la consulta, es decir, por su información o conocimiento estratégico desde el punto de vista del tema que tratamos: “cuanto más sepan, mejor”.

Aun con el predominio cualitativo, la **combinación de ambas metodologías** en esta investigación permite conseguir una **doble finalidad**: la sociográfica y la sociológica.

- Hacer sociografía es describir la realidad, decir lo que está pasando: contar los hechos, cuantificar, etc.
- Hacer sociología es explicar la realidad, decir por qué está pasando: buscar relaciones de causa-efecto, identificar variables explicativas e intervinientes en los fenómenos, establecer procesos, etc.

## 2.2. FUENTES DE CONSULTA Y TÉCNICAS UTILIZADAS

Las fuentes de consulta han sido variadas, y se han abarcado todas las perspectivas desde las que se vive, se percibe y se atiende el fenómeno del transgénero y la transexualidad: las propias personas transgénero y transexuales, sus familias, la ciudadanía, las entidades, el ámbito profesional y la Administración pública, sin olvidar las fuentes documentales escritas.

Dada la variedad de fuentes y de técnicas de consulta, se ha considerado oportuno describir, junto a cada tipo de fuente, las técnicas correspondientes, complementando esta información con un gráfico-resumen al final de este capítulo.

La combinación de todas estas fuentes de consulta y de diferentes técnicas ha permitido realizar lo que se conoce como **triangulación de la información**, es decir, comparar la información obtenida por diferentes caminos (las técnicas de consulta) y diferentes fuentes para disponer de una visión “desde todos los ángulos” de una misma realidad. Se evita así el sesgo de abordar las cuestiones con un único prisma o fuente de información.

### 2.2.1. Personas transgénero y transexuales

Las personas transgénero y transexuales han sido consideradas como sujetos activos, en la medida en que han sido consultadas directamente, y como sujetos pasivos, en cuanto que se ha consultado sobre ellas a otras personas. Se ha contactado con un total de 34 personas, en su mayoría (aproximadamente el 80%) residentes en nuestra comunidad autónoma, aunque también se ha incluido a personas que, por diferentes motivos, la han abandonado y residen actualmente en otros lugares, debido a que uno de los fenómenos asociados a la transexualidad y el transgénero es la emigración, como ya se explica en el cuarto capítulo de este informe.

Para localizar a las personas transgénero y transexuales se ha utilizado el método de bola de nieve: partiendo de unos contactos iniciales se ha ido localizando a personas que, a su vez, conocían a otras, y así sucesivamente, hasta conseguir el total de las personas consultadas. En este método de contacto ha sido fundamental la labor realizada por las tres asociaciones específicas de personas transgénero y transexuales consultadas (Errespetuz, Transexualidad Euskadi e Ikota Ledo) que se han revelado como unos enlaces muy eficientes para lograr los contactos. También ha habido entidades participantes en la consulta que nos han facilitado el contacto con personas usuarias de sus servicios.

En general, el contacto con estas personas ha sido largo en el tiempo y no exento de dificultades, ya que ha habido, en una parte importante de ellas, una actitud inicial reticente a las consultas y un celo intenso sobre las garantías de su anonimato, a diferencia de algunas otras que, desde un primer momento, han mostrado una predisposición total a colaborar. Dentro de estas dificultades, la mayoría se ha correspondido con los intentos por contactar con personas transgénero; si en la transexualidad hablamos de opacidad, en el transgénero hablamos de invisibilidad total.

Todas estas personas han sido consultadas mediante diferentes técnicas: historias de vida, cuestionario mixto y grupos de discusión:

- La **historia de vida** es un tipo de entrevista individual que pretende conocer la trayectoria vital de una persona en relación con un tema concreto, en este caso, la transexualidad y el transgénero. Se han realizado un total de 11 historias de vida que han representado los variados perfiles de las personas transgénero y transexuales.
- De manera complementaria a la información cualitativa se planteó la consulta en formato de **cuestionario mixto** que combinaba preguntas abiertas, al estilo de una entrevista, con preguntas cerradas, al uso de una encuesta. Se enviaron un total de 34 cuestionarios y se recibieron cumplimentados 19.
- El **grupo de discusión** es una técnica de consulta grupal que favorece la profundización en un tema mediante la interacción directa de las personas participantes. Se han realizado 2 grupos con un total de 9 personas representativas de los perfiles de personas transexuales ya que las personas transgénero y algunas personas transexuales convocadas declinaron, finalmente, la invitación. Este hecho resulta

significativo porque refleja la dificultad en el contacto con este perfil, como ya se ha señalado anteriormente. En este caso, los grupos fueron un foro para establecer y consensuar propuestas de actuación.

Las personas transgénero y transexuales consultadas han respondido a una variada representación de perfiles de acuerdo con estas variables:

- Territorio de residencia: residentes en la CAPV (Álava, Bizkaia y Gipuzkoa) y personas originarias de la CAPV residentes actualmente fuera de la comunidad autónoma. También se han recogido las migraciones internas: personas residentes en el mismo municipio en el que nacieron y otras que han emigrado a otros municipios de la CAPV.
- Origen: personas extranjeras o no.
- Hábitat de residencia: rural y urbano, con municipios de diferente tamaño poblacional.
- Identificación con el sexo: personas que se identificaban como mujeres, como mujeres transexuales, como hombres, como hombres transexuales, y que no se identificaban ni como hombres ni como mujeres o lo hacían con los dos géneros.
- Orientación sexual: personas heterosexuales, homosexuales y bisexuales.
- Edad: se ha consultado a personas de diferentes edades entre los 22 y 52 años.
- Situación familiar: personas con y sin pareja, personas con y sin hijos/as, personas solteras y casadas.
- Situación en el proceso físico de cambio: personas sin iniciar el tratamiento, personas con tratamiento de hormonación pero sin operaciones (algunas porque están a la espera de las operaciones, otras porque no desean hacérselas), personas con tratamiento de hormonación y operaciones ya realizadas.
- Relación con la actividad: estudiantes, personas en activo y personas en situación de desempleo.
- Personas con discapacidad y sin discapacidad.
- Personas en situación de exclusión social.
- Personas usuarias de recursos existentes y otras que no lo son.
- Personas que forman parte de asociaciones y otras que no están asociadas.

### **2.2.2. Familia y entorno cercano**

La consulta a la familia y al entorno cercano de las personas transgénero y transexuales ha tenido que salvar también diferentes obstáculos por las reticencias iniciales de estas personas a ser entrevistadas. De hecho, las entrevistas que se han realizado sólo han podido llevarse a cabo con familiares directos, ya que los contactos con el entorno cercano (amistades, compañeros y compañeras de trabajo...) han resultado finalmente infructuosos.

Los 6 familiares consultados mediante **entrevista individual** han respondido a tres perfiles: madre, tío y pareja, ya que los intentos por entrevistar a otros perfiles (hermanas y hermanos, padres, hijas e hijos de las personas transgénero y transexuales contactadas) tampoco han dado resultado.

### 2.2.3. Ciudadanía

Para consultar a la ciudadanía acerca de su grado de conocimiento y opinión sobre las personas transgénero y transexuales se han realizado 3 **grupos de discusión** en los que han participado un total de 24 personas seleccionadas de acuerdo a estas variables:

- Territorio de residencia: Álava, Bizkaia y Gipuzkoa.
- Hábitat de residencia: rural y urbano, con municipios de diferente tamaño poblacional.
- Sexo: mujeres y hombres.
- Edad: se han determinado tres grupos, de 18 a 35 años, de 36 a 64 años y de 65 y más años.
- Nivel socio-económico-cultural: diferentes niveles de estudios, diferentes situaciones en relación con la actividad (estudiantes, personas trabajadoras, desempleadas y jubiladas) y diferentes intereses sociales (personas en movimientos sociales o no, personas con diferentes orientaciones ideológicas, etc.).

En estos grupos se entregaba, al inicio, un cuestionario para que las personas participantes se posicionaran en una escala de acuerdo-desacuerdo sobre una serie de ítems referidos al transgénero y a la transexualidad. Se quería conocer, de este modo, la opinión inicial sobre el tema. Posteriormente se abrió el debate con las mismas cuestiones consultadas en el cuestionario, finalizando con el establecimiento de propuestas de actuación.

Además de esta consulta directa, se realizó otra denominada **“observación no participante”** que tuvo lugar con motivo de las manifestaciones que se llevaron a cabo en las tres capitales vascas a favor de los derechos de las personas transgénero y transexuales e intersexuales. En concreto, esta técnica se llevó a cabo en la realizada en Bilbao el sábado 11 de octubre de 2008, en la que se observó las reacciones y comentarios de la ciudadanía al paso de la manifestación, ante los símbolos y pancartas que se portaban y durante la lectura del comunicado final.

### 2.2.4. Entidades y profesionales

Se ha contado con un listado variado de informantes clave que han aportado a esta investigación su experiencia en este ámbito por medio de diferentes técnicas de consulta: una ficha de consulta a entidades, entrevistas, grupos de discusión y consulta mediante el método Delphi. En el siguiente cuadro se presenta la relación de informantes clave por orden alfabético.

**Cuadro 2.1. Profesionales y entidades consultadas**

ENTIDAD	PERSONAS CONSULTADAS Y CARGO
Aldarte – Centro de Atención a Gays, Lesbianas y Transexuales	Inmaculada Mujika – Psicóloga
Asociación Askabide	Ana Isabel Prieto – Médico. Educadora de calle
Asociación Lesbitoria-Gaysteiz	Jesús Trujillo – Presidente de la Asociación
Asociación Zimentarri-Centro Aukera	Amaia Lasheras Moya – Psicóloga
Berdingu – Servicio Vasco de Atención a gays, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales	Víctor M. Santamaría – Responsable de Berdingu J. Antonio García – Coordinador de Berdingu
Biko Arloak – Gabinete de Sexología	Joserra Landarroitajuregi – Sexólogo
Centro de Sexología Koire	Samuel Díez Arrese – Sexólogo
COGAM-Programa de Información y Atención a Homosexuales y Transexuales de la Comunidad de Madrid	Manuel Ródenas – Coordinador y Asesor Jurídico del Programa
Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava	Claudia Lissete Martínez – Trabajadora Social-Programa NAHIKARI
Asociación Ciudadana Anti-Sida de Gipuzkoa	Asier Lekuona – Responsable del programa de prevención de VIH y otras ITS en población que ejerce la prostitución
EHGAM	Jaime Mendia y José Ignacio Sánchez – Miembros de la asociación
Emaize - Centro Sexológico – Sexología Zentroa	Eduardo Urcelay Quintana – Sexólogo
Errespetuz – Asociación para la defensa e integración de las personas transexuales	Varias personas
FELGTB-Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales	Martín Berenguer – Coordinador del Área de Transexualidad
Gehitu	Jesús Estomba Olasagasti – Coordinador del Servicio de Información y Asistencia Énfasis
Ilota Ledo – Grupo de transexuales, amigos y familiares de Navarra	Iván Jesús Garde Fernández – Presidente
Servicio municipal Asexoría	Ana Ramírez de Ocáriz – Sexóloga
Servicio municipal Énfasis	Mónica López – Psicóloga
Transexualidad Euskadi	Andrea Muñiz Celestino – Presidenta y mujer transexual
	Dr. Alfredo Yoldi Arrieta – Endocrinólogo
	Carla Antonelli – Actriz y mujer transexual
	Izaskun Imaz Larrinaga – Psicóloga y sexóloga

Para crear este listado se partió de uno inicial que fue ajustándose, mediante el método de bola de nieve, incluyendo a nuevas y nuevos participantes y excluyendo aquellos casos que respondieron que su actuación no era específica de este ámbito y, también, quienes –a pesar de realizar varios intentos de contacto por diferentes vías– no respondieron a la invitación para tomar parte en la consulta.

Las técnicas que se han llevado a cabo para la consulta a entidades y profesionales han sido las siguientes:

- **Cuestionario escrito**, con un total de 16 cuestionarios cumplimentados correspondientes a entidades de la CAPV y de fuera de ella. Se realizó como consulta inicial puesto que su objetivo era conocer las actividades realizadas por la entidad, las cuestiones clave que analizar en el estudio, las necesidades básicas del colectivo y otras fuentes de consulta significativas para la investigación.
- **Entrevistas individuales**: un total de 7 distribuidas de este modo: 3 a asociaciones de personas transexuales y 4 a profesionales de la atención sanitaria, de la sexología y del ámbito de la exclusión social respectivamente. Estas entrevistas tenían por objetivo profundizar en las cuestiones clave de la investigación.
- **Grupos de discusión**: se realizaron 2, con un total de 12 profesionales de entidades ubicadas en los tres territorios históricos. Su objetivo era identificar las necesidades del colectivo y establecer una primera batería de propuestas de actuación.
- Consulta escrita mediante el **método Delphi** a 11 panelistas: profesionales y entidades de la CAPV y de fuera de ella. Fue la última de las técnicas, siendo su objetivo consensuar las propuestas de actuación obtenidas de las diferentes fuentes de consulta.
- Además de las técnicas anteriores, también se acudió a 2 **jornadas** en las que se abordaba la cuestión de la transexualidad; de manera específica, en una charla-colquio, el 10 de junio de 2008 en Bilbao, a cargo del colectivo activista trans “Guerrilla Travolaka” de Barcelona, y otra, organizada por la propia Institución del Ararteko, con motivo del Foro para reflexionar y debatir sobre la situación de los y las adolescentes y jóvenes lesbianas, gays, transexuales y bisexuales, el 19 de septiembre de 2008 en Bilbao.

### 2.2.5. Ámbito institucional

Se han realizado un total de 8 **entrevistas semiestructuradas**, en las que, en total, han participado 11 personas. Dichas consultas, que representan a todos los ámbitos de la Administración (autonómico, foral y municipal), son las siguientes:

**Cuadro 2.2. Consultas realizadas a representantes de la Administración pública vasca**

<b>ÁMBITO AUTONÓMICO</b>	
<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>PERSONA ENTREVISTADA Y CARGO</b>
Gobierno Vasco Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales Berdindu-Servicio Vasco de Atención a Gays, Lesbianas, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales	Víctor M. Santamaría – Responsable de Berdindu J. Antonio García – Coordinador de Berdindu
Gobierno Vasco Departamento de Sanidad Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria	M <sup>a</sup> Luisa Arteagoitia – Directora de Planificación y Ordenación Sanitaria Michol González – Directora de Asistencia Sanitaria
<b>ÁMBITO FORAL</b>	
<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>PERSONA ENTREVISTADA Y CARGO</b>
Diputación Foral de Álava Departamento de Juventud y Promoción Social Dirección de Promoción Social	Eloína Mayo – Directora de Promoción Social
Diputación Foral de Bizkaia Gabinete del Diputado General Dirección General de Igualdad y Derechos Ciudadanos	Iñigo Iturrate – Director de Igualdad y Derechos Humanos
Diputación Foral de Gipuzkoa Departamento de Deportes y Acción Exterior Dirección de Derechos Humanos	Juana M <sup>a</sup> Astigarraga – Directora de Derechos Humanos
<b>ÁMBITO MUNICIPAL</b>	
<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>PERSONA ENTREVISTADA Y CARGO</b>
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz Departamento de Intervención Social	Peio López de Munain – Director de Intervención Social
Ayuntamiento de Bilbao Área de Igualdad, Cooperación y Ciudadanía	Maitte Mateos – Jefa de Negociado de Intervención Social
Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián Dirección de Juventud, Educación y Derechos Humanos	Xabier Agirrezabala – Jefe de Sección Juventud y Derechos Humanos Idoia Irigaray – Técnica de Juventud y Derechos Humanos

### 2.2.6. Fuentes documentales

Las fuentes documentales consultadas también han sido variadas; la revisión bibliográfica ha incluido fundamentalmente estudios de ámbito estatal e internacional, legislación y normativas, memorias, guías, estadísticas, documentos técnicos y medios de comunicación.

De todas estas fuentes, aquellas que han resultado de mayor interés durante la investigación se indican en el capítulo de bibliografía.

Es necesario señalar la dificultad de obtener un mayor número de datos estadísticos y otros aspectos concretos referidos a estas personas, comenzando por cuestiones básicas como las referidas a su cuantificación. La naturaleza de la bibliografía más abundante es de tipo teórico-reflexivo-histórico: qué es la transexualidad, qué cambios se han producido, qué derechos se deberían reivindicar..., pero en el ámbito de las consultas o de datos concretos las fuentes son muy escasas. Por lo tanto, la principal fuente de información de este informe, además de estas fuentes documentales, ha sido el conjunto de técnicas de consulta directa empleadas.

### 2.3. RESUMEN

Como se ha señalado al inicio del apartado anterior, se presenta a continuación un gráfico-resumen con las fuentes de consulta y las técnicas empleadas:

<b>Personas transgénero y transexuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 historias de vida</li> <li>• 19 consultas con cuestionario mixto</li> <li>• 2 grupos de discusión con 9 participantes</li> </ul>
<b>Familia y entorno cercano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 entrevistas</li> </ul>
<b>Ciudadanía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 grupos de discusión con 24 personas</li> <li>• Observación directa no participante</li> </ul>
<b>Entidades y profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 cuestionarios escritos</li> <li>• 7 entrevistas individuales</li> <li>• 2 grupos de discusión con 12 participantes</li> <li>• Método Delphi a 11 panelistas</li> <li>• 2 jornadas</li> </ul>
<b>Ámbito institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 entrevistas con 11 representantes de la Administración</li> </ul>
<b>Fuentes documentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios, legislación y otra documentación variada</li> </ul>



### **3. EL TRANSGÉNERO Y LA TRANSEXUALIDAD: PLANO TEÓRICO**



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

(Harry Benjamin, médico)

En la sociedad en que vivimos se ha aceptado históricamente que existen dos sexos y, mucho más recientemente, se ha introducido el concepto de género. Sin embargo, en cualquiera de los dos casos, se hable de sexo o de género, se realiza la misma división dual de las personas: mujeres u hombres.

Del mismo modo que socialmente se establece esta **dualidad**, también la sociedad determina la relación entre ambos conceptos de sexo y género y sus categorías. En concreto, se considera de manera generalizada que a partir de cada sexo se construye cada género; es decir, tomando como base lo que la naturaleza ha asignado a cada persona (concepto de sexo) se incorporan durante la socialización los roles, valores, normas y expectativas que cada sociedad otorga a cada uno de los dos géneros. Así, se determina que el sexo-mujer se asocia con el género-mujer y, del mismo modo, el sexo-hombre con el género-hombre.

Por tanto, todo está establecido, lo que es el sexo y sus categorías y lo que es el género, cómo se construye y sus categorías. Sin embargo, la realidad ha demostrado que esto no es así para todas las personas, por varias razones:

- No todas las personas se ubican en uno de los dos géneros porque hay personas que no se identifican con ser mujer ni hombre o lo hacen con las dos categorías a la vez.
- No todas las personas se identifican en su género con su sexo biológico, porque naciendo biológicamente hombre se consideran mujer y viceversa.
- No todas las personas se ubican biológicamente en uno de los dos sexos, ya que existen personas intersexuales y hermafroditas, con caracteres biológicos de hombre y mujer a la vez desde el mismo momento del nacimiento.

Y ante la existencia de todas estas personas cuya realidad no se ajusta a la realidad socialmente establecida, la misma sociedad ha tenido que responder, desarrollando teorías, buscando explicaciones, creando conceptos para identificar, explicar e, incluso y sobre todo, regular y controlar este desajuste por medio, entre otros, de los sistemas sanitario, legal y cultural, como se verá más adelante.

Entre las cuestiones básicas que la sociedad se plantea al respecto están, por un lado, el motivo de este desajuste: ¿es una causa biológica, cultural o es un capricho? Y, por otro lado, la necesidad de ponerle un nombre, de acotarlo, etiquetarlo, caracterizarlo, y surgen entonces los diferentes términos: disforia de género, transexualidad, transgénero. Estas cuestiones se abordan en los siguientes apartados de este capítulo, comenzando por una serie de conceptos básicos necesarios para ubicar la información posterior y finalizando con la propia definición que las personas transgénero y transexuales hacen de estos términos.

### 3.1. TRES CONCEPTOS BÁSICOS: SEXO, GÉNERO E IDENTIDAD SEXUAL

El concepto de **sexo**, de manera generalizada, se asocia al componente biológico de la persona y, en la práctica, a los caracteres sexuales externos de la persona (genitales, rasgos físicos, etc.); sin embargo, este concepto incluye más aspectos de los que resultan habituales en esta definición limitada del mismo. En concreto el concepto sexo se construye mediante los parámetros que se presentan en el siguiente cuadro<sup>1</sup>:

**Cuadro 3.1. Parámetros para la construcción del sexo y sus características**

Parámetro	Características femeninas	Características masculinas
Sexo cromosómico, genético o cariotípico	Células XX	Células XY
Sexo gonadal	Ovarios	Testículos
Sexo hormonal	Estrógenos	Testosterona
Sexo genital interno	Trompas de Falopio, útero y porción superior de la vagina	Epidídimo, conductos deferentes y vesículas seminales
Sexo fenotípico	a) Genitales externos:	
	Porción inferior de la vagina, uretra, labios mayores y menores y clítoris	Uretra, próstata, pene y escroto
	b) Caracteres sexuales secundarios: producto de las hormonas sexuales	
	Anchura de las caderas, mamas, suavidad en la piel y redistribución de la grasa corporal	Anchura del esqueleto, barba, nuez y voz grave

<sup>1</sup> Cuadro realizado con información tomada de Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. "Ser Transexual". Editorial Glosa. Barcelona, 2006.

Parámetro	Características femeninas	Características masculinas
Sexo psicológico o identitario	Sentimiento de ser mujer	Sentimiento de ser varón
Sexo gestual	Faldas, vestidos	Pantalones, no faldas, no vestidos

Existiría, por tanto, un sexo asignado, de componente más biológico y determinista (cromosómico, gonadal, hormonal, genital interno y fenotípico) que queda establecido en el nacimiento, clasificando a la persona en mujer u hombre, sin más posibilidades. Y también existiría un sexo sentido (psicológico o identitario) que representa lo que la persona siente que es, independientemente de lo que la biología pudiera determinar, el sexo con el que la persona se identifica. Para diferenciar entre el sexo que la persona recibe en su nacimiento y aquel con el que se identifica, se utilizarán en este informe las palabras **sexo biológico** de nacimiento y **sexo sentido**.

El **género** es un constructo social, se podría decir que es el sexo social, que toma como base el sexo biológico (con todas las especificidades señaladas en el cuadro anterior) y añade un componente socio-cultural: los roles, valores, y expectativas sociales asignados socialmente a las mujeres y a los hombres. Hace referencia también a cómo se siente cada persona: hombre o mujer, a sus gestos y comportamientos.

Además de estos conceptos de sexo y género, conviene recordar que la Real Academia de la Lengua define estos términos de otra manera, entendiendo que el sexo divide a las personas en dos categorías: hombre-mujer y que el género califica a las personas o cosas en dos categorías: masculino-femenino y, en algunos casos, en una tercera categoría de género neutro. Por tanto, considera que las personas tienen sexo y las palabras tienen género. No obstante, también reconoce la aportación de los estudios feministas en el uso de las palabras sexo –referida al aspecto biológico– y género, referida al aspecto cultural y traducida del término inglés *gender* que, sin embargo, significa sexo.

A pesar de esta cuestión, que resulta de interés señalar aunque no se profundice en ella por no ser objeto de esta investigación, en este informe se asume el concepto de género que clasifica a las personas en hombres y mujeres, que incluye el componente cultural y que recoge la identificación de la persona.

Y, precisamente, esa identificación o “percepción propia, única y persistente de la individualidad masculina o femenina”<sup>2</sup> es lo que se conoce como **identidad de género** o identidad sexual. Hay teorías que consideran que esta identidad es el resultado de la educación, es decir, que se aprende socialmente a ser hombre o mujer. Sin embargo, también hay estudios que demuestran que la identidad de género ya está asentada en la mayoría de las niñas y los niños en la primera infancia, entre los dos y los cuatro años.

<sup>2</sup> Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Pág. 33 y siguientes.

Finalmente, en relación con este concepto de identidad de género, es necesario clarificar su diferencia respecto de otro con el que habitualmente suele confundirse: el de orientación sexual, ya que éste se refiere a la atracción que una persona siente hacia hombres o mujeres, en virtud de lo cual socialmente se clasifica a las personas en heterosexuales, homosexuales, bisexuales o, incluso, asexuales si no se manifiesta ninguna atracción.

## 3.2. EXPLICACIONES DE LAS POSIBLES CAUSAS: ¿POR QUÉ SUCEDE?

Explicar los motivos del transgénero y la transexualidad y lo que significan socialmente es una tarea compleja que ha sido abordada desde diferentes enfoques, principalmente, de carácter biológico, psiquiátrico y psicosocial; si bien, a fecha de hoy, ninguno parece resultar satisfactorio para conocer realmente las causas del desajuste entre lo que una persona siente y lo que la sociedad y/o la naturaleza deciden que es. Como reconocen algunas y algunos profesionales consultados, la pregunta de *“por qué se produce la transexualidad es, hoy en día, la pregunta del millón, una pregunta filosófica, casi existencial que todavía no tiene respuesta certera”*.

A continuación se presentan los aspectos más relevantes de algunas de las más destacadas; como ya se ha señalado en la introducción, las cuestiones más teóricas se desarrollan de manera sucinta con la finalidad de contextualizar el objeto de estudio pero no con la finalidad de centrar en ellas el peso de la investigación.

### 3.2.1. Explicación biológica

A la hora de explicar las causas de estos casos en que no existe un ajuste entre lo que la persona siente y lo que socialmente se espera de ella, una de las primeras búsquedas se realiza en el ámbito biológico, en la propia naturaleza de las personas, en concreto, en el proceso de diferenciación sexual entre hombres y mujeres. Los estudios realizados al respecto señalan que si este desarrollo sexual se produce de forma armónica entre los factores intervinientes (los mencionados en el cuadro anterior) el sexo de la persona es hombre o mujer.

Pero se producen casos en que este desarrollo presenta errores o variantes, casos o estados de intersexualidad, aunque no está demostrado que tengan relación con los desajustes en la identidad sexual. Estos estados de intersexualidad se clasifican en varios grupos: pseudohermafroditismo femenino o masculino, disgenesias gonadales puras o mixtas y hermafroditismo verdadero. En la actualidad, en aquellos casos en que existe ambigüedad genital por presentar características externas de ambos sexos o por tener un desarrollo incompleto de los genitales externos con respecto al sexo cromosómico, existen dos posibles actuaciones: por un lado, la alternativa más extendida, es asignar el sexo de hombre o mujer mediante correcciones quirúrgicas y hormonales en función de lo que se valore clínicamente que es el sexo dominante. Por otro lado, y de manera mucho más reciente, hay profesionales que optan por posponer esta asignación hasta que la persona haya desarrollado su propia identidad sexual precisamente para evitar nuevos errores en este ajuste

entre sexo y género. Sin embargo, esta medida resulta mucho más difícil de incorporar a las prácticas médicas por cuestiones éticas más que científicas, por ejemplo, por lo que supone o no a la persona vivir con caracteres ambiguos en ciertos momentos de su vida como la infancia y, sobre todo, la pubertad y adolescencia.

Además de esta situación de intersexualidad puede suceder, también, que en ese desarrollo fetal se produzca de manera correcta la diferenciación sexual durante las primeras etapas hacia un sexo pero, en una etapa posterior, por motivos aún desconocidos –aunque se barajan factores hormonales y ambientales– se produzca un cambio en dirección al otro sexo. Ésta es la hipótesis planteada por el equipo de género de Ámsterdam, en virtud de la cual no debería considerarse la transexualidad como un problema o trastorno psiquiátrico como tampoco se incluye la intersexualidad. Parece también que el propio Harry Benjamin –endocrinólogo al que se menciona en el apartado 3.3.– consideraba la explicación biológica más plausible que la psicológica.

Entre las explicaciones biologicistas se mencionan también aspectos orgánicos como la existencia de una diferenciación hipotalámica prenatal, niveles inferiores de testosterona en hombres y mujeres transexuales, anomalías específicas del lóbulo temporal, una configuración especial del cerebro feminizada por falta de andrógenos en la gestación o factores hereditarios, entre otros. Sin embargo, las evidencias en que se basan no resultan suficientes para establecer conclusiones definitivas al respecto.

### **3.2.2. Explicación psicosocial**

Desde una perspectiva psicosocial, hay quien considera acertada la teoría de Money sobre la influencia del aprendizaje para explicar la transexualidad. Según esta teoría, las personas aprenden durante su educación a ser hombres o mujeres. Por lo tanto, la transexualidad sería el resultado de educar inadecuadamente a la persona en este modelo de aprendizaje, sin refuerzo suficiente de las conductas del rol sexual correspondiente a su sexo biológico o con un exceso de refuerzo de conductas propias del otro sexo por parte de madres y padres durante la infancia, lo que va generando un inadecuado desarrollo de la identidad sexual. Sin embargo, varios estudios científicos posteriores, entre ellos alguno en el que participó el propio Money, rebatieron esta teoría en cuanto a la importancia que se concede al aprendizaje como causa de la transexualidad.

Otras teorías, como la del trauma, señalan la falta de afectos que constituyen los sentimientos de pertenencia o identidad cuya respuesta consiste en identificarse con lo deseado. Desde otro enfoque se considera que la transexualidad es un mecanismo que la persona establece para poder relacionarse con personas de su mismo sexo sin tener que aceptar su condición de homosexualidad.

### **3.2.3. Explicación psiquiátrica**

Entender la transexualidad o el transgénero como una enfermedad es una de las cuestiones que generan mayor debate y polémica. Sin embargo, en sentido estricto, este debate

no tendría sentido pues la transexualidad no se considera como enfermedad, ya que en la clasificación de la patología psiquiátrica no se habla de enfermedades sino de trastornos, en este caso, de trastornos mentales.

Este término de trastorno mental se recoge en los dos sistemas de clasificación más relevantes actualmente en materia de patología psiquiátrica, el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, elaborado por La Organización Mundial de la Salud-OMS y que incluye, además de trastornos mentales, otras enfermedades y estados patológicos) y el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, última edición, elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana-APA). Según este último, se entiende por trastorno mental: *“Un síndrome o un patrón de comportamiento o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Quedando claro también en la definición que ni el comportamiento desviado ni los conflictos entre individuo y sociedad son trastornos mentales salvo que sean síntomas de una disfunción”*<sup>3</sup>. Según esta definición la transexualidad –y otros trastornos de la identidad de género– sí es un trastorno mental porque *“da lugar a un conjunto de síntomas psicológicos... que producen malestar... y discapacidad (...deterioro social, laboral o de otras áreas)”*<sup>4</sup>.

### 3.2.4. Explicaciones desde el enfoque social y cultural

Además de las disciplinas anteriores, existen otras que abordan la cuestión del transgénero y la transexualidad desde el enfoque social, poniendo el acento en cuestiones como la cultura o las construcciones sociales de los conceptos. Adentrarse en las disciplinas sociales como la sociología o la antropología para explicar el transgénero y la transexualidad supone un apasionante estudio que queda fuera de lo que se conoce como diagnóstico social, que es lo que corresponde a este informe. No obstante, se señalan aquí algunas de las cuestiones más relevantes.

Podría decirse que desde estas teorías no se explica tanto la causa (como sucede en las mencionadas anteriormente: biología, psicología, psiquiatría) como la respuesta social: ¿qué significa el transgénero y la transexualidad? Lo primero que se observa es que es un fenómeno que se produce en múltiples sociedades, por no decir en todas, y que la respuesta social es variada en cada una.

Hay culturas en las que se acepta esta situación e incluso se sublima socialmente, otorgando a la persona categoría de santidad o una posición social privilegiada, como sucede en algunos pueblos del Pacífico y otras partes del mundo. Entre la multitud de ejemplos podrían citarse los niños con inclinaciones hacia el sexo femenino de Samoa llamados *fa'afafine* o los hombres *tchambouli* que describió la antropóloga Margaret Mead, excluidos de las

<sup>3</sup> DSM-IV-TR.

<sup>4</sup> Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Pág. 69.

tareas prácticas y administrativas, y a quienes se les reservaban los hábitos de maquillaje y la decoración personal.

En otras culturas, principalmente en Occidente, se considera, o al menos así ha sido hasta hace poco, una desviación de la conducta socialmente esperada; la persona pasa a ser un sujeto desviado cuya conducta se castiga socialmente mediante diferentes mecanismos de represión y control social, entre ellos la legislación vigente, el rechazo social y la exclusión o, incluso, una excesiva patologización médica. De hecho, en nuestra cultura occidental se ha pasado de considerarlo un pecado y una desviación social a una enfermedad y, más recientemente, de una enfermedad a una condición. En estas sociedades más represivas con la diferencia se marca claramente la distancia entre lo socialmente normal y lo anormal, entendiendo este término en el sentido en que lo utiliza Becker, uno de los teóricos más destacados de la teoría del etiquetaje, también conocida como paradigma del *labelling approach*. Las sociedades consideran normales y aceptados aquellos comportamientos que corresponden a lo que hace la mayoría y estos comportamientos constituyen la norma, es decir, lo normal. En consecuencia, el transgénero y la transexualidad, en la medida en que se salen de lo normal (aceptar por sentido el sexo biológico y aceptar sólo un sexo: hombre o mujer) suponen comportamientos anormales a los que se etiqueta como “comportamientos desviados” y ante los cuales el control social aplica las medidas oportunas. El hecho de reconocer que el comportamiento desviado es una etiqueta que la sociedad otorga significa reconocer que la desviación no es propia de la persona, no forma parte de su identidad. Las desviadas no son las personas sino sus comportamientos porque la cultura, en un lugar y en un momento determinado, así lo decide.

Una parte de esta anormalidad, como ya hemos indicado, se produce porque la persona no identifica su sexo sentido con el biológico pero, otra parte surge cuando no hay una identificación única hacia uno de los dos sexos y, en consecuencia, excluyente con el otro. Es decir, cuando la persona no se siente sólo hombre o sólo mujer porque se identifica con ambas categorías a la vez, más con una que con otra o con ninguna. Esto es debido a que en nuestra cultura actual sólo se aceptan dos categorías, tanto al hablar del concepto de sexo como del de género; esta dualidad, según Cristina Garaizabal<sup>5</sup>, se ha ido construyendo a lo largo del siglo XVIII frente a teorías de la Antigüedad en las que se defendía un solo sexo que se manifestaba de forma diferente en los hombres y en las mujeres.

Precisamente esta dualidad social actual de mujer-hombre es lo que trata de superar el enfoque de la denominada teoría Queer que rechaza la clasificación de las personas en categorías universales (mujer, hombre, homosexual, heterosexual...) porque la realidad es demasiado variada para ajustarse a ellas. Esta teoría considera que la orientación sexual y la identidad sexual son el resultado de una construcción social por lo que no existen categorías o roles sexuales biológicamente definidos sino formas socialmente visibles de representar y cumplir estos roles.

---

<sup>5</sup> Citando a Thomas Laqueur, autor de “La construcción del sexo” Ed. Cátedra. Col. Feminismos.

### 3.2.5. Explicaciones desde la perspectiva de la sexología

Antes de abordar las explicaciones de esta disciplina es necesario mencionar, al menos de manera breve, los diferentes modos de asignar el sexo a las personas. Por una parte, las personas realizan una autoclasificación de sí mismas en un sexo u otro, lo que se conoce como autosexación. Por otra parte, la sociedad también realiza su propia clasificación sexual de las otras personas, de las que no son una o uno mismo, esto se conoce como alosexación. Finalmente, entre ambos modos de clasificar se articulan una serie de mecanismos con la finalidad de que coincidan, a esto se le denomina la inducción autosexante. En la transexualidad lo que sucede, explicado de un modo sencillo, es que se produce una incoherencia o divergencia entre la autosexación y la alosexación.

Para algunas y algunos profesionales de la sexología sería importante poder contar con personas, hombres y mujeres de identidades sexuales consistentes, capaces de convertir el resto de los matices y peculiaridades en asumibles y potenciables, en lugar de desperdigarse y perderse en ellas o de vivirlas como un problema.

### 3.3. PONIENDO NOMBRE AL FENÓMENO Y A LAS PERSONAS

Independientemente de la situación actual en cuanto a variedad conceptual y terminológica, que se aborda más adelante, resulta de interés realizar una brevísima reseña histórica sobre esta cuestión de los conceptos y los términos, señalando que fue a principios del siglo XX cuando surgió la palabra travesti, originariamente *transvesti* en inglés y, posteriormente, la primera mención del término **transexualismo**, fechada en 1953 y atribuida al endocrinólogo alemán Harry Benjamin quien, empleando esta palabra, definía la asociación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y, como consecuencia, el deseo de cambio de sexo. En nuestro entorno más cercano comienza a visibilizarse socialmente en la década de los ochenta.

Desde entonces son varias las definiciones y enfoques para nombrar el fenómeno –los conceptos de transgénero y transexualidad y los nuevos conceptos añadidos a este conjunto de definiciones, entre ellos el de disforia de género– y para nombrar a las personas, principalmente en lo referido a mujeres y hombres transexuales.

Comenzando por el fenómeno en sí, a la hora de buscar en la bibliografía existente los conceptos con que se identifica el desajuste entre la imagen del cuerpo físico que refleja el espejo y lo que la persona siente se encuentra, de manera genérica, el concepto de **disforia de género**. Con este concepto se define aquella situación en la que hay un desacuerdo entre el sexo biológico o de nacimiento de una persona y su sexo psico-social o género de acuerdo con lo que socialmente se espera. Hasta aquí las distintas definiciones consultadas coinciden sustancialmente en lo que significa el término.

Pero, a partir de aquí comienzan las dificultades para cumplir el objetivo de presentar conceptos claramente definidos y consensuados, por dos motivos principales: para comenzar, son muchos los términos que aparecen en la búsqueda: **transexualidad, transexualismo, transgénero, travestismo, cross-dressing, gender-queer**, entre otros. Además, cada uno

de estos términos puede ser definido de manera distinta según diferentes perspectivas, épocas o países, por lo que utilizar alguno de ellos en diferentes contextos no significa decir lo mismo. La presentación y comparativa de todos y cada uno de ellos de manera exhaustiva –más propia de un ensayo sobre transexualidad y transgénero– se aleja de los objetivos de este informe-diagnóstico, por lo que no se centrará aquí el análisis más allá de lo estrictamente necesario.

En la **diferencia de los conceptos transgénero y transexualidad** en las lenguas inglesa y castellana radican, para algunas personas consultadas, algunas de las dificultades para entenderlos y utilizarlos debidamente. En inglés, la palabra *gender* significa sexo –como ya se ha mencionado en el primer apartado de este capítulo– pero en su traducción al castellano se emplea la palabra género, cuyo significado se diferencia de la palabra sexo, de hecho, el concepto surge precisamente para señalar esa diferenciación. Pues bien, aquí ya comienzan las primeras variaciones conceptuales. Siguiendo con la terminología inglesa, y partiendo de este concepto de *gender*, se deriva la palabra **transgender** para definir en este idioma a las situaciones en que la autoidentificación que hace una persona de sí misma (sentirse hombre, mujer, las dos opciones o ninguna) no coincide con el género que se le ha asignado socialmente (ser hombre o mujer). Por lo tanto, dentro de esta definición entrarían todas aquellas que mencionan la cuestión del desajuste entre lo sentido y lo socialmente esperado, independientemente de matices: que la persona quiera o no someterse a hormonación, cirugía, que se vista o no de forma permanente como el otro sexo, etc. En concreto, dentro de este término entrarían los conceptos que se presentan en el siguiente cuadro con sus matices diferenciadores en su significado.

**Cuadro 3.2. Conceptos incluidos en el término inglés *Transgender***

Término	Significado
Transexualidad	Disconformidad entre sexo biológico y sexo social y psicológico
Travestismo	Uso de vestimenta y complementos propios del otro sexo social por el placer que supone jugar con la doble identidad y por sentir identificación permanente con ese otro sexo
Androginia	Ambigüedad por rasgos externos no propios ni del sexo-mujer ni del sexo-hombre
Genderqueer o intergénero	Identificación como hombre y mujer o como ninguno de los dos
Cross-dressing	Uso de vestimenta y complementos del otro sexo social sólo por el hecho de que son propios de ese otro sexo identificándose con ese otro sexo sólo durante el uso de esta vestimenta
Drag Kings – Drag Queens	Vestirse de hombre o de mujer de manera exagerada con una finalidad artística o de espectáculo

Sin embargo, en la bibliografía en lengua castellana, los significados de estos términos o, al menos de algunos de ellos, varían. Lo más destacado es observar cómo en el contexto inglés, incluso en casi todo el ámbito geográfico europeo, la palabra *transgender*, que aquí traduciríamos literalmente como transgénero, se convierte en el paraguas dentro del

cual se engloban varios conceptos claramente diferentes, mientras que en la bibliografía castellana es la palabra transexualidad la que acapara los primeros planos y el concepto transgénero apenas se hace visible y, cuando lo hace, asume otro significado diferente al citado término *transgender*.

Incluso, dentro del ámbito de habla hispana existen diferencias en los términos empleados para definir un mismo hecho, por ejemplo, en los países del centro y sur de América nuestro concepto de transexualidad se denomina travestismo.

Tras la revisión bibliográfica, y siendo conscientes de los peligros que tiene todo resumen, podríamos concluir que existen dos enfoques principales para abordar la cuestión de los términos transexual y transgénero; por un lado, quienes sólo mencionan la cuestión de la transexualidad y, por otro, quienes diferencian entre ésta y el transgénero.

En el primer caso, se entiende la transexualidad como ese desajuste entre sexo biológico-sexo sentido que va unido al deseo de cambio, mediante hormonación o cirugía, de aquellos rasgos físicos propios del sexo que no se acepta (voz, genitales, vello, etc.). Esta definición coincidiría con las posturas más academicistas recogidas en los manuales de clasificación internacional de trastornos mentales, en concreto:

- En el DSM-IV se habla de trastorno de identidad de género en la adolescencia y en la edad adulta entendido como la *“identificación acusada y persistente con el otro sexo unido al malestar persistente con el propio (que se traduce en el deseo de eliminar rasgos físicos del sexo no sentido y de lograr los rasgos propios de ese sexo sentido) que no coexiste con enfermedad intersexual y que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas del individuo”*<sup>6</sup>.
- En el CIE-10 sí se recoge específicamente el término transexualidad, entendido como *“el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto que suele acompañarse de sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseo de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido”*<sup>7</sup>.

Además, existen otros trastornos de la identidad de género que quedan recogidos en estos dos sistemas de clasificación y que se presentan en el siguiente cuadro.

<sup>6</sup> Tomado de los criterios de definición del sistema de clasificación DSM-IV-TR.

<sup>7</sup> Definición según el sistema de clasificación CIE-10.

**Cuadro 3.3. Concepto de transexualidad en los sistemas CIE-10 y DSM-IV-TR**

Sistema de clasificación		Definición
CIE-10	DSM-IV-TR	
F64.0	302.85	CIE-10: Transexualismo DSM-IV-TR: Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia y la edad adulta
F64.2	302.6	Trastorno de la identidad sexual en la infancia
F64.1	302.6	Transvestismo no fetichista: Llevar ropas del sexo opuesto y disfrutarlas pero de forma transitoria y sin deseo de cambio de sexo permanente ni de intervención quirúrgica
F64.9	302.6	Trastornos de la identidad de género no especificados o que no encajan en otras categorías

Y precisamente, estas posturas o definiciones, son las que centran su análisis y producción bibliográfica en la transexualidad de modo exclusivo o casi exclusivo, sin hacer mención de la palabra transgénero que, si fuera por estas referencias, podría decirse que no existe.

Sin embargo, ya en el segundo caso, otras fuentes definen la cuestión de la transexualidad sin atribuirle exclusivamente el desajuste entre sexo-biológico y sexo-sentido, pues comparten este hecho con el término transgénero. Entonces, lo que diferencia a ambos es, precisamente, el deseo de cambio de los rasgos físicos. Según esta otra corriente, por tanto, transexualidad sería aquella situación en que no coincide el sexo biológico con el género o sexo sentido y para ajustarlos la persona ha realizado o piensa realizar una reasignación total de sexo, es decir, la cirugía. Y transgénero sería aquella otra situación en la que, no coincidiendo tampoco el sexo biológico con el sentido, la persona no ha realizado y/o no piensa realizar una reasignación total de sexo.

Además de estas dos maneras de definir o clasificar estos términos, también hay quienes consideran que la definición transexual debe integrar, en general, a todas estas personas que no sienten el sexo que biológicamente se les ha atribuido, independientemente de su situación en relación con la citada reasignación mediante cirugía. De hecho, la propia Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, menciona la transexualidad como un cambio en la identidad del género y reconoce en su artículo 2 que no es necesaria la cirugía de reasignación sexual para hacer efectivo el cambio registral de la mención del sexo.

Pasando a la cuestión de **los nombres para las personas**, tampoco existe consenso en la terminología empleada para identificar a las propias personas, en concreto transexuales, porque en el caso del transgénero no se observa esta dualidad sexual. Del mismo modo que se ha realizado con los conceptos anteriores, las conclusiones de la revisión documental y de las consultas realizadas señalan que existen tres enfoques para identificar a la persona transexual: el que toma de referencia el sexo de origen o sexo biológico (qué es la persona en su nacimiento), el que toma de referencia el sexo de destino o sexo sentido (en qué quiere convertirse esa persona en sentido integral: física, psicológica y socialmente) y

el que considera los dos y se refiere al paso de uno a otro. Estos enfoques se presentan en el siguiente cuadro y se explican a continuación.

**Cuadro 3.4. Términos empleados para definir a las personas transexuales**

Referencia para establecer los términos	Términos empleados para definir a la...	
	Persona cuyo sexo biológico es el de mujer y se siente hombre	Persona cuyo sexo biológico es el de hombre y se siente mujer
<b>Sexo biológico</b>	Mujer transexual	Hombre transexual
<b>Sexo sentido</b>	Hombre transexual	Mujer transexual
	Transexual masculino	Transexual femenino
<b>El proceso</b>	M-a-H	H-a-M

- Por un lado, quienes toman de referencia el sexo de origen consideran mujer transexual a la persona que nace biológicamente mujer pero se siente hombre y, en consecuencia, definen como hombre transexual a la persona que naciendo biológicamente hombre se siente mujer: *“Yo que siempre me he tenido por una mujer transexual fui una vez a un médico que me dijo que yo era un hombre transexual porque soy un hombre biológico que quiero cambiar de sexo, que quiero transexual, y ahí ya... me perdí”*.
- Otra opción es tomar de referencia el sexo de destino, que es la mayoritariamente empleada. En este caso mujer transexual es la persona que, biológicamente hombre, se siente mujer y, por lo tanto, hombre transexual es quien, biológicamente mujer, se siente hombre. Dentro de esta segunda opción, en ocasiones los términos mujer transexual y hombre transexual se sustituyen, respectivamente, por transexual femenino y transexual masculino respectivamente, si bien, parece existir el acuerdo tácito de emplear los primeros por considerarse más adecuados y respetuosos.
- Un tercera posibilidad toma como referencia el proceso de cambio y los dos sexos quedan reflejados en el término, asignándose la expresión M-a-H a las personas que naciendo biológicamente mujer, M, se sienten hombre, H; y, por el contrario, H-a-M a las personas que naciendo biológicamente hombre H, se sienten mujer, M.

A efectos de **este informe**, se utilizan los términos que tienen como referencia el **sexo sentido**, es decir, que se entiende por mujer o mujer transexual aquella persona que nace biológicamente hombre pero se siente mujer, y por hombre u hombre transexual la persona que, naciendo biológicamente mujer, se siente hombre. La razón estriba en que es así como se identifican las personas consultadas, del mismo modo que se adoptan los conceptos de personas transexual y transgénero en virtud de lo que estas personas consideran al respecto, tal y como se explica en el siguiente apartado.

### 3.4. ¿CÓMO SE DEFINEN LAS PROPIAS PERSONAS TRANSGÉNERO Y TRANSEXUALES EN EUSKADI?

Independientemente de las explicaciones teóricas, se ha querido conocer cuál es la definición que las propias personas transgénero y transexuales tienen de estos conceptos para conocer la cercanía o lejanía que puede existir entre la realidad y la teoría. Además de esta cuestión, este apartado presenta las definiciones utilizadas en este informe para identificar a las personas transgénero y transexuales.

Se entiende por **persona transexual** aquella en la que el sexo biológico no coincide con el sexo sentido. Las personas transexuales tienen muy claro que este término corresponde a quienes se sienten hombres o mujeres aunque se observan algunos matices: algunas personas mencionan específicamente la condición necesaria de los cambios hormonales y otras, la necesidad de realizarse cambios quirúrgicos: *"Para mí es una persona que siente pertenecer al sexo contrario al biológico y hace un cambio adaptando su físico al sexo que siente"*; otras hacen especial mención a los cambios genitales: *"... que busca ayuda para poder sentirse y ser genitualmente, externamente y físicamente como el niño/hombre o niña/mujer que debió nacer"*.

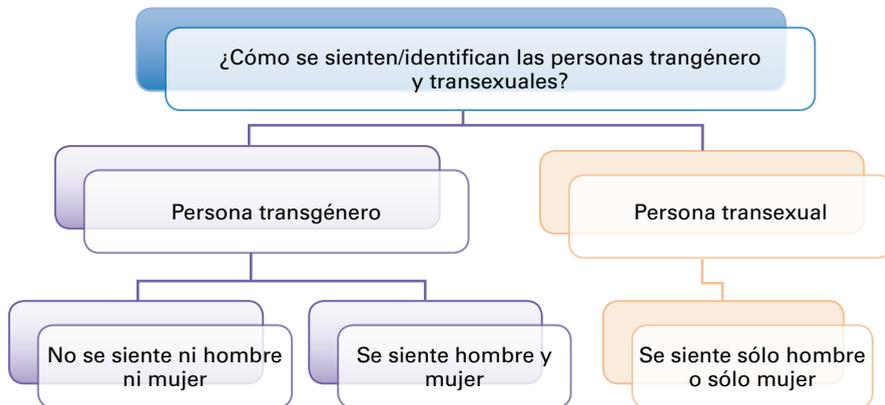
El concepto de **persona transgénero** se asocia principalmente con una persona que no se identifica exclusivamente con uno de los dos géneros: *"Aquella que tras un largo proceso de reflexión siente que el sistema binario de hombre/mujer no se ajusta a su sentir"*. Incluso hay quien considera que el término agrupa a una variada gama de personas entre las que se incluyen tanto transexuales como travestis, cross-dressers o personas que no se identifican ni con uno ni con otro género: *"La casuística transgénero no se puede reducir a una definición cerrada: personas que han llegado a un entendimiento con su cuerpo y no quieren extirparse partes, que toman hormonas para cambiar algunas características pero no otras, que visten ropas atribuidas a ambos géneros, que habiendo modificado sus características sexuales no desean un cambio de nombre y/o de sexo..."*. Las personas transgénero consultadas creen que, precisamente, este término corresponde a quienes no tienen claro cuál es su posición en la dualidad hombre-mujer, porque se identifican con las dos categorías, con ninguna de ellas, o porque rechazan las etiquetas y clasificaciones a que obligan los términos consultados. Por su parte, aquellas personas que identifican la transexualidad con la condición necesaria del cambio físico hormonal y quirúrgico consideran que también es una persona transgénero aquella que se identifica claramente con uno de los dos géneros pero, sin embargo, no realiza los cambios físicos derivados de la hormonación o de la cirugía.

Asimismo, se observa que este término de transgénero está menos generalizado y, a veces, incluso menos aceptado que el de transexualidad; de hecho, es un término que muchas de estas personas no utilizan o desconocen y otras directamente rechazan: *"No me gusta esa palabra y si tuviera que responder, digo que para mí es una persona que come alimentos transgénicos"*. En otras ocasiones, el rechazo viene dado por parte de las propias personas transexuales al no comprender la ambigüedad que supone el que una persona no se identifique con alguna de las dos opciones sexuales: hombre o mujer, repitiéndose

por parte de algunas de estas personas el mismo rechazo observado por la ciudadanía: *"O se es hombre o se es mujer, el resto... no saben ni lo que son"*. Son las opiniones más extremas, que coinciden con aquellas personas que inciden fuertemente en el binomio hombre-mujer y, normalmente, también en la necesidad de los cambios quirúrgicos como cambios básicos en el proceso de adecuación del sexo sentido.

Más allá de los conceptos y las explicaciones teóricas, la realidad es que existen dos grupos de personas que no se identifican con el sexo biológicamente asignado en el nacimiento, y para cada grupo esta *no-identificación* significa dos cuestiones diferentes: por un lado, el grupo de quienes se identifican con el sexo opuesto al de nacimiento y, por otro, quienes no se identifican con un sexo en concreto, no se definen como hombres ni mujeres sino como personas tomando, por tanto, esta palabra como un término asexual o agénérico.

Así pues, la diferencia reside en que la persona se identifique con ser hombre o ser mujer, o que no lo haga de manera excluyente porque considere que no es ni lo uno ni lo otro o porque considere que pertenece a las dos categorías, quedando la cirugía de reasignación de sexo como una cuestión irrelevante en la diferenciación entre los dos grupos, tal y como se presenta en el siguiente gráfico.



En consecuencia, a efectos prácticos de este informe y tomando como referencia la realidad observada, identificaremos los conceptos de personas transgénero y transexuales de acuerdo con la diferenciación señalada anteriormente por las propias personas transgénero y transexuales consultadas. Así:

- El concepto de **persona transexual** se refiere a quienes se identifican con un sexo (hombre o mujer) que es, además, diferente del biológico. En esa identificación con ser hombre o ser mujer hay personas, dentro de este grupo, que consideran necesario realizar cambios físicos culminando en intervenciones quirúrgicas de

reasignación genital, y otras que no se plantean dicha cirugía genital por diferentes razones que se abordan a lo largo de este informe.

- El concepto de **persona transgénero** se refiere a las personas que no se identifican con la condición única de hombre o mujer porque no se identifican con ninguna o porque, incluso, asumen sentirse de las dos.

### 3.5. RESUMEN

Los conceptos y las posibles explicaciones sobre el transgénero y la transexualidad:

- El concepto sexo se asocia al aspecto biológico de las personas diferenciando a éstas en mujeres y hombres pero, en realidad, este concepto se construye a partir de múltiples parámetros además de lo puramente biológico. Se podría diferenciar entre el sexo biológico, el asignado en el nacimiento y el sexo sentido, aquel con el que se identifica la persona. El concepto género, partiendo de una dimensión biológica, incluye la dimensión cultural, diferenciando a las personas en hombres y mujeres en base a los roles, expectativas y valores socialmente asignados a cada categoría.
- Independientemente del sexo biológico o de nacimiento, todas las personas tienen su propia percepción de lo que son; esa identificación de lo que se es se denomina identidad de género que, erróneamente, se identifica a veces con la orientación sexual. La orientación sexual hace referencia a la atracción sexual y clasifica a las personas en heterosexuales, homosexuales, bisexuales, o asexuales.
- La búsqueda de las causas del transgénero y la transexualidad no ha dado aún resultados consensuados. Las explicaciones más extendidas son de carácter biológico (la naturaleza se ha equivocado en la diferenciación sexual de la etapa fetal), psicológico (se ha educado en un modelo incorrecto de hombre o mujer) y psiquiátrico (la persona tiene un trastorno mental).
- Existen otras interpretaciones desde el ámbito cultural y social que destacan la existencia de la transexualidad en diferentes culturas con diferente respuesta. En algunas, sobre todo las orientales, se acepta y se sublima, en otras, sobre todo las occidentales, se etiqueta la transexualidad como una desviación que se controla socialmente mediante la represión o la exclusión. Se considera una desviación en la medida en que transgrede la asunción del sexo biológico y supone identificarse con el contrario o, incluso, con los dos a la vez o con ninguno, lo que todavía supone una mayor transgresión. Precisamente, en un intento de superar estas categorías de mujer y hombre, la teoría Queer defiende la libertad de adscribirse a diferentes maneras de expresar la variedad de identidades sexuales existentes.
- Desde la sexología se considera que la transexualidad representa la incoherencia o divergencia entre la autosexación, lo que cada uno entiende que es, con

relación a su identidad sexual, y la alosexación, lo que la sociedad decide que otra persona es.

- En cuanto a los términos empleados, tras la palabra travesti, de principios del siglo XX, surge la palabra transexualismo, acuñada por Harry Benjamin en 1953. Actualmente, la terminología es variada y no todos los términos tienen los mismos significados en todas las sociedades; por ejemplo, en el ámbito europeo se utiliza la palabra *transgender* para definir a todas las personas cuya autoidentificación no coincide con el sexo biológico, diferenciando dentro de este concepto diferentes variantes, entre ellas la transexualidad.
- Sin embargo, en el ámbito estatal, es la palabra transexualidad la que abarca a todo el fenómeno y lo que se denomina transgénero queda relegado o, incluso invisibilizado, en las propias fuentes documentales. En el caso concreto de América central y del sur, la palabra usada para el equivalente del concepto de transexualidad es travestismo.
- A la hora de definir a las propias personas, sucede algo similar, el concepto de persona transexual es más visible que el de persona transgénero. Dentro del concepto de persona transexual, la diferenciación particular entre los términos asignados a mujeres y hombres es diferente en función de que se tome como referencia el sexo biológico, el sentido o el proceso de paso de uno a otro. De todos ellos, los términos más utilizados son los que se refieren al sexo sentido: en concreto, el de hombre transexual se emplea para designar a las personas que naciendo biológicamente mujer se sienten hombre y, viceversa, mujer transexual se emplea para nombrar a quien habiendo nacido biológicamente hombre se siente mujer.

La propia definición que las personas transgénero y transexuales tienen de estos conceptos:

- El término transexual se utiliza y acepta considerablemente más que el de transgénero que, en algunos casos, es desconocido y, en otros, genera rechazo.
- En ambos casos se alude al deseo de cambio en cuanto al sexo de nacimiento pero, en el caso de la transexualidad, se hace más hincapié en la cuestión de los cambios físicos que en la de la ambigüedad en el posicionamiento mujer-hombre (propia del transgénero). Así, el rechazo al sexo biológico y el deseo de cambiarlo físicamente sería más propio de la transexualidad que del transgénero y el transgénero se vincularía al hecho de adoptar roles de los dos géneros, a la ambigüedad en la identificación o la falta de definición respecto a sentirse hombre o mujer.
- Quienes más diferencian entre persona transexual y transgénero son las personas que asocian los cambios hormonales y quirúrgicos a la condición de transexualidad, y el deseo de cambio sin más o el hecho de no identificarse con ningún género a la condición de transgénero.

Por lo tanto, en este informe, las referencias a los términos personas transgénero y transexuales se harán de acuerdo a las definiciones con las que estas personas se identifican:

- **Persona transexual:** aquella que se identifica como hombre habiendo nacido biológicamente mujer o como mujer habiendo nacido biológicamente hombre.
- **Persona transgénero:** aquella que, independientemente de su sexo biológico, no se identifica ni como hombre ni como mujer o se identifica con las dos categorías.

Asimismo, se emplearán los términos **sexo biológico y sexo sentido** para diferenciar entre el sexo de nacimiento y el que la persona siente que le representa.

En cuanto a los términos referidos a mujer y hombre, se utilizarán aquellos que toman como referencia el sexo de destino o sexo sentido; por tanto, se entiende por **mujer o mujer transexual** aquella persona que naciendo biológicamente hombre se siente mujer y, por **hombre u hombre transexual**, la persona que ha nacido biológicamente mujer pero se siente hombre.



## **4. LAS PERSONAS TRANSGÉNERO Y TRANSEXUALES EN EUSKADI**



*“Dentro de ti hay un noble esclavo,  
al que le debes la libertad.”*

(Matthias Claudius)

¿Cómo son las personas transgénero y transexuales en Euskadi? Tal y como se constata en la consulta realizada a la sociedad (capítulo cinco de este informe) la imagen social de estas personas se asocia a ciertos estereotipos referidos a aspectos más de marginación que de normalización. Sin embargo, la realidad –sin negar que en muchas ocasiones el transgénero y la transexualidad son un motivo de exclusión social– revela que estas personas son un grupo mucho más normalizado y heterogéneo de lo que se cree.

Precisamente, para eliminar ciertos mitos, este capítulo tiene como objetivo presentar la situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi, su realidad, por medio de los aspectos más relevantes de su vivencia personal. Para ello, se analizarán cuestiones como cuántas personas son, cómo se consideran, el descubrimiento de su identidad, su visibilización, el proceso de cambio y algunos aspectos relevantes de la vida cotidiana. Se tratarán también cuestiones referidas a estas personas como grupo, en concreto, si son una comunidad, al movimiento asociativo y a la imagen que creen que proyectan en la sociedad.

#### **4.1. CUANTIFICACIÓN: ¿CUÁNTAS PERSONAS SON?**

Uno de los primeros quehaceres en las investigaciones, en sociología y en otras disciplinas, es la cuantificación del colectivo objeto de estudio. Para la sociedad en general, y para los ámbitos de la prestación de servicios en particular, resulta necesario identificar los fenómenos por su dimensión cuantitativa porque, en muchas ocasiones, se considera que la importancia de un fenómeno o el grado de sus necesidades está en función del número de personas que se encuentran detrás del mismo. Sin embargo, esta suposición diluye la importancia de las personas como sujetos e invisibiliza la importancia que tienen para cada una sus propias necesidades, independientemente de que sean compartidas por más o menos personas, porque el sufrimiento por algo o la falta de algún servicio son experiencias que repercuten en cada persona como individuo.

Las personas transgénero y transexuales conforman un **grupo numéricamente reducido** en comparación con otros. Ello no significa que sus necesidades deban ser consideradas menores o menos importantes en comparación con las de quienes forman parte de grupos numéricamente mayores.

Para tratar de acotar esta cifra se presenta a continuación un primer subapartado, más teórico, que trata de cuantificar a estas personas tomando como referencia las estimaciones estadísticas generales actualmente vigentes en este ámbito. Pero como toda teoría general, requiere de ajustes en la práctica para adecuarla a las especificidades de cada realidad, en este caso la de Euskadi, por lo que en el segundo subapartado se señalan una serie de cuestiones que matizan y complementan las cifras estimadas.

#### 4.1.1. Las estimaciones cuantitativas teóricas

En general, se sabe que el número de personas transgénero y transexuales es reducido, de hecho, durante esta investigación ni las personas ni los datos consultados han concretado una cifra, principalmente, porque no existe la base más certera para cuantificar colectivos: un censo. Esta idea de censar o de recoger en el censo general la "condición trans"; podría resultar objeto de debate por las implicaciones éticas de la misma; sin embargo, en el caso de Finlandia no ha debido de suponer tal problema o, simplemente, se ha priorizado la cuestión estadística<sup>8</sup>.

La revisión bibliográfica sobre las cifras en el ámbito estatal revela **datos tan dispares** como los siguientes<sup>9</sup>: para Bataller i Peiró habría 55.000 personas transexuales y 500.000 personas con conductas transgénero; Transexualia, según informaciones en prensa, señala 8.000 personas transexuales; para la Fundación para la Identidad de Género la cifra ascendería a 31.938 personas mientras que Balaguer y su equipo la reducen a 2.087 personas transexuales. En cuanto a cifras relativas a Euskadi, las propias personas transgénero, transexuales y profesionales consultadas durante la investigación tampoco coinciden en una cifra, con respuestas que van desde la ambigüedad ("*Todas las personas somos algo trans*"), hasta cifras elevadas pero poco concretas de "*cientos o miles*". Hay quien se atreve a dar una cifra concreta en una horquilla entre 180 y 350 pero también hay quien habla de entre 800 y 1.000 personas.

Acudir a los datos epidemiológicos de ámbito médico tampoco resuelve la cuestión por las propias carencias que también presentan esos datos: sólo recogen a aquellas personas que reciben tratamiento de hormonación y/o de cirugía de reasignación de sexo; el resto no queda registrado. Estos datos son, por tanto, siempre menores a los estimados por los estudios de otras disciplinas no médicas. En el año 2007, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco registró 36 personas, todas ellas pacientes en tratamiento de hormonación.

<sup>8</sup> Nieto Piñeroba, José Antonio. "Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género". Edicions Bellaterra. Barcelona, 2008. Pág. 348.

<sup>9</sup> Datos referidos a investigaciones publicadas entre 2001 y 2007.

Ante la evidente falta de datos concretos, se trabaja en el ámbito profesional con **estimaciones de prevalencia e incidencia de la transexualidad**. La prevalencia es el número de personas transexuales que hay por cada determinado número de habitantes (por ejemplo, cada 10.000 o cada 100.000); la incidencia es el número nuevo de personas transexuales que surgen en una población cada año. En ambos indicadores, las *ratio* o razones estimadas para mujeres y hombres se extrapolan a las diferentes poblaciones para obtener las cifras absolutas. Pero, nuevamente en estas *ratio* o razones, se observan diferencias en los distintos autores que presentan esta información lo que lleva, a su vez, a diferencias en la cuantificación resultante de todo el grupo.

Más allá de la particularidad de cada *ratio* lo interesante es que todas revelan una mayor prevalencia de mujeres transexuales que de hombres en los países de Occidente frente a una mayor prevalencia de hombres transexuales en el caso de los países de Oriente. A pesar de ello, las *ratio* deben tomarse con cautela al extrapolarse a poblaciones concretas, porque hay estudios que demuestran que, incluso dentro de un mismo país pero en épocas diferentes, las *ratio* son también diferentes.

Siendo esto así –que ni las *ratio* ni las extrapolaciones poblacionales coinciden– y ante la necesidad de ofrecer una cifra, al menos una estimación, del total de personas transgénero y transexuales, se ha optado por acudir a aquellas *ratio* que en la revisión bibliográfica y en la consulta a fuentes expertas se han mencionado con mayor énfasis:

- Para las cifras de prevalencia se ha tomado como referencia las utilizadas por el Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición que hablan de prevalencia para poblaciones generales de 15 o más años y son las mismas *ratio* que utiliza el equipo de Ámsterdam<sup>10</sup>, equipo que ofrece la mayor credibilidad y experiencia. Según este Grupo de Trabajo existiría una **prevalencia de 1/11.900 para transexuales femeninas** (término que utilizan para personas nacidas biológicamente hombre que se sienten mujer) y de **1/30.400 para transexuales masculinos** (término que utilizan personas nacidas biológicamente mujer que se sienten hombres).
- Para conocer la incidencia se ha tomado como referencia los datos manejados por el equipo sueco<sup>11</sup> de profesionales de la medicina que señalan una **incidencia de 0,17/100.000** en el total de la población mayor de 15 años que demanda reasignación de sexo.

En ambos casos, prevalencia e incidencia, es necesario señalar que los datos mencionan a personas transexuales y son datos de personas que se identifican con un sexo y cambian de sexo (de mujer a hombre o de hombre a mujer): en la prevalencia, sin entrar en la cuestión de cómo cambian (hormonación y/o cirugía) y en la incidencia, contemplando las demandas de resignación de sexo para asignar el concepto de “caso nuevo”.

<sup>10</sup> Bakker A, van Kesteren PJM, Gooren LJJ y colaboradores.

<sup>11</sup> Walinder J, Olsson SE, Moller Ar y colaboradores.

Además de esto y aunque las extrapolaciones han de tomarse con cautela, como se ha señalado anteriormente, se podría establecer una aproximación numérica a modo de hipótesis de partida tomando como referencia los datos del padrón de habitantes a fecha 1 de enero de 2008<sup>12</sup>. El siguiente cuadro presenta los datos estimados para Euskadi y su comparativa con las cifras estatales en cuanto a prevalencia<sup>13</sup> e incidencia<sup>14</sup> de la transexualidad.

**Cuadro 4.1. Estimación de prevalencia e incidencia de la transexualidad en Euskadi y en el Estado**

<b>Prevalencia de hombres transexuales</b>	<b>Euskadi</b>	<b>Estado</b>
Mujeres: población total mayor de 15 años	960.018	20.078.057
Prevalencia de hombres transexuales	1/30.400	
Estimación de prevalencia de hombres transexuales	32	660
<b>Prevalencia de mujeres transexuales</b>	<b>Euskadi</b>	<b>Estado</b>
Hombres: población total mayor de 15 años	905.218	19.423.876
Prevalencia de mujeres transexuales	1/11.900	
Estimación de prevalencia de mujeres transexuales	76	1.632
<b>Incidencia de personas transexuales</b>	<b>Euskadi</b>	<b>Estado</b>
Población total mayor de 15 años	1.865.236	39.501.933
Incidencia de personas transexuales	0,17/100.000	
Estimación de incidencia de personas transexuales	3	67

Según los datos anteriores de prevalencia se estima que **en Euskadi** habría un total de **108 personas transexuales**, 76 mujeres (70,3%) y 32 hombres (29,7%). En el Estado se estima una cifra de 2.292 personas transexuales, 1.632 mujeres (71,2%) y 660 hombres (28,8%). Por tanto, en virtud de esta distribución porcentual en ambos casos, podría decirse que de cada diez personas transexuales siete serían mujeres y tres, hombres. Comparando estas cifras totales entre sí, se observa que la población transexual total estimada en Euskadi supone el 4,7% de la estatal. Por otra parte, según los datos de incidencia, habría **cada año 3 nuevos casos** de personas transexuales en Euskadi y 67 en el Estado.

<sup>12</sup> Fuentes estadísticas: EUSTAT-Instituto vasco de Estadística e INE-Instituto Nacional de Estadística.

<sup>13</sup> La estimación de prevalencia se realiza sobre el sexo de nacimiento: mujeres, en el caso de los hombres transexuales, y hombres, en el caso de las mujeres transexuales.

<sup>14</sup> La incidencia se calcula sobre la población total de hombres y mujeres y hace referencia a la población que demanda reasignación de sexo.

#### 4.1.2. Los ajustes a las estimaciones de la teoría

Como hemos indicado, la generalidad de la teoría debe ajustarse a la realidad de cada caso concreto, en esta ocasión, a la realidad de la población transgénero y transexual de Euskadi. Para ello, se señalan cuatro aspectos de interés relacionados con la existencia de más población de la señalada por las estadísticas, con el aumento paulatino de ésta y con cuestiones referidas a su **distribución** por sexo y edad.

En primer lugar, estos **datos** se quedarían **escasos en su estimación real** en la medida en que se producen dos fenómenos que no se contemplan; por un lado, al recoger sólo datos de personas que cambian de sexo, como ya se ha señalado anteriormente, se deja fuera de la cuantificación a quienes, como en el caso del transgénero –según la definición asumida en el tercer capítulo para este informe– no se identifican ni con hombres ni con mujeres o que lo hacen con las dos categorías a la vez. Por otro lado, los datos poblacionales recogen cifras de población de derecho, es decir, la empadronada, pero es posible que haya personas que hayan llegado a nuestra comunidad y no se encuentren empadronadas; esta población de hecho no quedaría registrada. Éste puede ser el caso de las mujeres transexuales inmigrantes no empadronadas.

En segundo lugar, e independientemente de cuántas personas sean, lo que resulta evidente –a la luz de los datos, de los estudios y de la opinión de profesionales y personas transgénero y transexuales consultadas– es que la **visibilización** de estas personas será **cada vez mayor**, lo que se traduce en un incremento numérico en los próximos años: “*Cada vez seremos más y cada vez saldremos a la luz más jóvenes porque las nuevas generaciones ya lo estamos haciendo*”.

En tercer lugar, las estadísticas teóricas reflejan **diferencias por sexo** con una mayor presencia de mujeres (siete de cada diez) que de hombres (tres de cada diez) en la población de personas transexuales; sin embargo, en las consultas realizadas la presencia de hombres ha sido mucho mayor. Esta cuestión de la mayor presencia *de facto* de hombres en el caso de Euskadi, quizá pueda responder, como han señalado algunas de las propias personas consultadas, a la mayor emigración de las mujeres a otras ciudades como Madrid o Barcelona, ya que su integración social, durante el proceso de cambio y tras él, resulta más difícil que la de los hombres.

En cuarto lugar, las estadísticas consultadas de las entidades y recursos que atienden a estas personas, y las propias realizadas directamente a través de la consulta escrita a personas transgénero y transexuales, ofrecen una visión limitada de la realidad en cuanto **a la distribución por edad** de este grupo, ubicando el grueso del colectivo entre los 20 y 35 años; sin embargo, la realidad indica que no sólo en esas edades hay personas transgénero y transexuales. Esto es debido a que se producen varios fenómenos: por lo que se refiere a la infancia y adolescencia, no existe ningún diagnóstico que indique la prevalencia, ni tan siquiera los posibles casos reales atendidos en algún servicio o recurso; las personas adultas visibilizan voluntariamente su proceso de transgénero o transexualidad por lo que son la mayoría de las y los usuarios de los diferentes recursos sociales y sanitarios; recursos de los que, precisamente, se toman los datos; del mismo modo, las

personas que han decidido tomar parte en las consultas para esta investigación son, en su mayoría, jóvenes. Las personas mayores no son visibles por diferentes cuestiones que se abordan a lo largo de este cuarto capítulo: *“Yo que les atiendo desde hace quince años conoceré a unos 60 (se refiere a personas transexuales) y por encima de 45 años... no he visto todavía,...con la única excepción de una persona que me han dicho que tiene más edad pero no le conozco.”*

Por estas razones, resulta prudente tomar con cautela aquellos datos, interpretarlos como mínimos y considerar razonable la existencia de **más personas transgénero y transexuales en Euskadi de lo que las cifras estiman**. No obstante, sea esta cifra mayor o menor, lo que interesa es abordar y dar respuesta a los problemas a los que se enfrenta cada persona, y garantizar sus derechos y su desarrollo integral.

## 4.2. LA IDENTIDAD PROPIA: ¿QUÉ SOY YO?

Ésta es la pregunta que las personas transgénero y transexuales se han hecho en múltiples ocasiones hasta descubrir la respuesta adecuada. La búsqueda de respuestas, como se explica en el siguiente apartado, es normalmente un largo proceso que culmina de manera muy variada.

Hay personas que se identifican claramente con el sexo opuesto al biológico y que se sienten hombres o mujeres, siguiendo el dualismo existente en la sociedad. Son personas que no cuestionan los dos sexos o los dos géneros; lo que hacen es adecuar el asignado en el nacimiento a aquel con el que se sienten identificadas. Dentro de este grupo existen dos posicionamientos en cuanto a la identidad; el primero, el de las personas que consideran que son hombres o mujeres: *“Yo soy mujer, un poco fea, pero mujer”*; *“Yo soy mujer... ¿Transexual? Sí, pero como otras características de las mujeres: ser alta o baja, ser rubia o morena...”* Incluso, independientemente de su apariencia física, se siguen considerando hombres o mujeres y ni se plantean autodenominarse transexuales: *“Yo, que todavía soy externamente un hombre para la sociedad, soy en realidad una mujer, a pesar de mi aspecto externo y mis genitales de hombre, soy una mujer, porque para mí lo que yo soy, mi sexo, está en mi cerebro y en lo que yo siento.”* A veces, también, hablar sólo de hombre o mujer es el resultado de una visibilización real como tal y de un deseo de evitar discriminaciones: *“Yo me considero un hombre, no veo necesario añadir públicamente lo de transexual porque todo el mundo me ve como un hombre y supone una etiqueta que podría causarme perjuicios.”* El segundo posicionamiento, el de quienes, además, añaden a estos sustantivos de hombre y mujer el término transexual de manera espontánea para definirse: *“Soy un hombre transexual”*. Y esta identidad de transexualidad reconocida se vive de manera permanente o como una etapa:

- Hay personas que se autodefinen como transexuales: *“Soy una mujer transexual”*; *“Soy un hombre transexual”* y consideran la transexualidad como una característica que forma parte de su identidad de manera permanente.

- Para otras personas la transexualidad se ve como una etapa de tránsito: hasta el momento en que se logran los cambios necesarios hay personas que se consideran mujeres y hombres transexuales y, a partir de este momento, sólo mujeres u hombres: *"Vamos por etapas, nací físicamente mujer, siempre me consideré chico, hoy en día soy un chico transexual y algún día, quizá, seré un hombre más, sobre todo de cara al público"*. Por lo tanto, una vez finalizados dichos cambios físicos termina el periodo de transexualidad: *"Esto es un cambio... se termina de ser transexual en el momento que se alcanza el objetivo de cambio"*; *"Desde que empecé el tratamiento hasta la última operación me consideraré transexual, después, hombre"*.

Además de esas personas que tienen clara su identidad como hombres o mujeres, con el adjetivo transexual o sin él, existe otro grupo que ni se identifica claramente ni se autodefine como persona transgénero. Coinciden en que es la sociedad quien termina clasificándoles: *"Yo no me considero ni hombre ni mujer. De todas formas ya se encarga la sociedad de recordarme lo que pretende que sea"*; *"No lo tengo nada claro, mi vida está en un continuo proceso evolutivo/reconstructivo; por eso, lo que menos me importa es una definición que se ajuste a mi sentir. De todas formas el resto del mundo me catalogaría como mujer transexual"*; *"Buf, buf, buf... transexual no soy, a veces desempeño roles masculinos y otras veces les traiciono, a veces veo el género como una cárcel y quiero escapar. Supongo que decir que soy transgénero es la respuesta correcta pero, no sólo la única"*; *"Yo me considero persona en general, con fisionomía masculina y sentimiento femenino"*.

En ambos grupos existe, de manera compartida, el deseo de reivindicar lo sentido –tanto si es el ser hombre o el ser mujer o el no tenerlo claro– independientemente de la imagen social que se refleje, la percepción de que es la sociedad quien termina catalogando y la sensación de que es difícil estar fuera de este fenómeno, como bien refleja esta frase con una pizca de humor: *"Ante los ojos que me rodean soy lo que ellos prefieran o crean ver, ante los míos seguiré siendo lo que me siento: un zagal"*.

### 4.3. DEL DESCUBRIMIENTO A LA VISIBILIZACION: EL CAMINO EN SILENCIO

En este apartado y en los dos siguientes, referidos a la visibilización y a los cambios físicos, se describe el proceso individual que comienza con el descubrimiento de la verdadera identidad y que pasa por diferentes etapas hasta lograr, según los casos, convertirse por dentro y por fuera en la persona que cada una y cada uno siente que es.

La percepción de la identidad, la toma de conciencia y la visibilización son hitos remarquables en este proceso aunque resulta difícil determinar cuándo suceden: *"Me doy cuenta de que soy un hombre; pero, ¿desde cuándo lo soy?"*<sup>15</sup>. No se configuran como

---

<sup>15</sup> Sáez Sesma, Silberio. "Ponencia marco: el hecho sexual humano" en las Jornadas "Jóvenes y sexualidad: algunas situaciones de exclusión. Conclusiones" organizadas por el Consejo de la Juventud de España y celebradas en Santander en noviembre de 2000. Pág. 12.

compartimentos estancos ni siguen una sucesión idéntica y lineal en todas las personas, sino que forman parte de un proceso continuado, complejo y personal: *“El descubrimiento de mi identidad es un proceso continuo en el que el cuerpo pero, sobre todo la mente, va haciendo un largo y rebuscado camino”*; *“¿Descubrirlo, visibilizarlo? Siempre y nunca... desde niño he sido un niño demasiado femenino al que le gustaban algunas cosas de hombres a la vez... no creo en las identidades estancas por lo que no sé cuándo descubrí mi identidad”*.

### 4.3.1. Descubrir la identidad

Hay estudios que demuestran que ya en la primera **infancia**, entre los dos y los cuatro años, está asentada la identidad de género. De acuerdo con otras opiniones, es en la **adolescencia** cuando se consolida.

De esta época de la vida son los primeros recuerdos; las personas con recuerdos más tempranos los ubican en los tres o cuatro años: *“Con tres o cuatro años ya había algo en mi cabeza, tuve una anorexia infantil que según me han explicado podría ser un rechazo a mi cuerpo físico de niño”*; *“Con tres y cuatro años tengo mis primeros recuerdos, recuerdo también que llegaban las navidades y yo siempre pedía un pitilín y como me traían muñecas yo las tiraba”*. Incluso hay personas que han rememorado mediante psicoanálisis situaciones que habían olvidado: *“Estoy recordando con mi psicoanalista muchas cosas de muy, muy pequeña que había olvidado”*. La casuística de los primeros recuerdos es tan variada como las propias personas, pero la mayoría los ubican en la infancia y preadolescencia con una conciencia clara de lo que cada persona sentía que era: *“El primer recuerdo consciente que tengo... tendría unos ocho años... me puse unas botas de mi hermana que me encantaban y la sensación que tuve... ése es mi primer recuerdo consciente”*; *“Entre los doce y trece años yo me imaginaba que me convertía en una sirena de mar y luego en chica y lo dibujaba”*; *“Los primeros recuerdos... no me acuerdo con qué edad pero sólo sé que a los trece años ya quería operarme para ser un chico”*.

En ocasiones es en la pubertad, con el despertar a experiencias nuevas como el enamoramiento, cuando la persona reafirma esta identidad; ese sentimiento que estaba latente cobra mayor importancia: *“Desde la infancia tengo recuerdos de querer cambiarme de sexo para ser un chico... pero darme cuenta de que esta situación persistía, y que tenía un peso enorme en mi vida... la primera vez que me enamoré de una mujer, a los doce años”*. También el despertar sexual de la persona es un momento clave: *“A los catorce años descubro muchas cosas a todos los niveles: personal, sexual; es la primera vez que tengo conciencia de haberme transformado por completo en (dice su nombre actual). Ese verano estuve unos días sola en casa y ¡tenía un maremágnum de sentidos y sentimientos! ¡El despertar a la vida!”*.

Lo que queda claro es que, más allá de los recuerdos puntuales, esta identidad es algo que **no aparece por sorpresa en la vida de una persona**: *“Estaba ahí desde siempre, desde que tengo uso de razón”*. Aún sin saber lo que sucede, las personas tienen claro lo que son: *“Yo no sabía lo que pasaba pero sabía que yo me sentía mujer”*.

### 4.3.2. Buscar información: poner nombre a lo que sucede

Sabiendo que algo sucede, **la persona necesita encontrar una explicación y ponerle un nombre a esa situación**. Cuando nadie en el entorno lo sabe, y cuando los recursos no existen o son invisibles, surge la duda sobre qué hacer para saber qué sucede y por qué sucede esto. La información es muy necesaria en estos momentos de tantas dudas a pesar de que se tenga clara la identidad –ser hombre o ser mujer–. Hay quienes creen que tienen algún trastorno o dificultad: *“Yo sabía que era un hombre pero decía: ¿estaré trastornado, tendré algún defecto en la cabeza o será que como en casa falta el padre, yo quiero hacer de hombre?”*; o que su caso podría tener que ver con la homosexualidad: *“Yo me sentía una chica pero estuve un verano con un chico y con una chica para ver más claro qué era”*; otros creen que se trata de travestismo, que suele ser un concepto más conocido que el de transgénero o transexualidad: *“Yo siempre he pensado que era travestismo, incluso hasta hace poco, hasta que empecé a mirar en Internet y encontré algunos recursos y me fui enterando”*; o piensan que son diferentes: *“Yo sabía desde pequeña que era una niña pero pensaba que era diferente, debía de pasarme algo porque mi hermana también era una niña pero tenía otro cuerpo y yo la miraba y decía: si ella es una niña y yo también, aquí algo falla”*.

En este momento las personas necesitan buscar información porque, aunque tienen claro qué sienten y que su identidad no coincide con su cuerpo, la incertidumbre es enorme al no conocer lo que eso significa, las causas, su nombre y que hay más personas a las que les ocurre lo mismo: *“Pensaba que yo era rara pero mirando en Internet ya vi que había más gente como yo”*.

La búsqueda de información, que es una constante en todas estas personas, resulta un **proceso largo y tortuoso**; sobre todo lo fue para las generaciones mayores, ya que cuando estas personas eran adolescentes o más jóvenes, no existía Internet; las fuentes de información eran, principalmente, los libros y las revistas: *“Con catorce años empecé a buscar literatura...lo que podía encontrar era poco y malo, tampoco podías pedir abiertamente ciertos libros”*; *“Ya siendo mayor de edad compraba revistas que todavía eran serias. Recuerdo que por esa época, a principios de los ochenta, en la revista ‘Pronto’ vino un artículo sobre una operación, una CRS al completo. ¡Yo alucinaba!”*

Ciertos ambientes del mundo del espectáculo también fueron en ese momento una fuente de información: *“Ya con dieciséis años empiezas a descubrir más cosas, por ejemplo en Bilbao, en algunos sitios de ambiente transexual como Tiffany’s y Bataclán (son dos salas de fiestas), fuera de ese ambiente... nada”*.

Actualmente Internet se ha convertido en la **puerta de entrada** generalizada para la **búsqueda de información**, sobre todo en las nuevas generaciones: *“Ahora pones las palabras transexual o transexualidad y te salen páginas y páginas y te informas”*; *“La página de Carla Antonelli te ayuda... desde los sitios donde tienes que ir hasta a nivel emocional”*. Los medios de comunicación también siguen siendo fuente de información para las generaciones jóvenes: *“Estaba oyendo la radio y me di cuenta de que eso era lo mío, que tenía nombre y llamé a la radio para preguntar más cosas”*; *“Estaba viendo la tele la primera*

vez que lo ví, salía Bibiana Fernández diciendo que era una mujer en cuerpo de hombre, yo me quedé mirando la tele pensando que eso me pasaba a mí y no sólo que me pasaba a mí sino que, además, tenía solución.” Incluso, en casos muy recientes, la información se obtiene por medio de los programas de educación sexual impartidos en los centros escolares: *“Vinieron unos sexólogos a la escuela y nos dejaron hacer una pregunta secreta... y cuando todo el mundo se fue de clase, para no comentarlo delante de toda la clase, me dieron un montón de papeles para leer”*.

La **necesidad de anonimato** en esta etapa es una característica muy extendida, incluso al dirigirse a las asociaciones de personas transgénero y transexuales. La relación por correo electrónico o por teléfono suele ser lo más habitual: *“Llevamos en la asociación haciendo el seguimiento de una chica durante dos años y medio, asesorándole y todavía no le conozco personalmente ni por foto”*.

**Ponerse un nombre** es el modo de autoafirmarse como lo que se es. Así, los demás reconocen también la verdadera identidad de esa persona: *“Mi nombre lo empecé a utilizar con diecisiete años”; “De niño cuando estaba sólo y decía mi nombre me inventaba uno de chico, me sentía más feliz así porque me trataban de chico. Luego, con más edad no te lo permiten, te cortan las alas: ‘¡pero tú de qué vas!’, te dicen”* Y cuando no se respeta ese símbolo de identidad el sufrimiento es evidente porque significa la anulación de la identidad por parte de las otras personas: *“En casa siguen usando mi otro maldito nombre (lo dice con rabia) y me humillan así”*. Aunque a veces, también es cierto que la familia necesita un tiempo de adaptación para asimilar este cambio que representa un cambio mayor, el de la identidad: *“A veces, todavía sin darme cuenta, le llamo a mi hijo por su anterior nombre, es sin querer y enseguida rectifico”*.

#### 4.3.3. Reconocerlo y tomar una decisión: ¿y ahora qué?

Conocer la verdadera identidad, buscar información y ponerle nombre son actuaciones que no siempre van seguidas del reconocimiento propio de lo que sucede ni de una posterior comunicación a los demás; hay personas que no lo reconocen hasta entrada la madurez: *“A pesar de saber desde siempre que había algo que no cuadraba, me lo estuve negando y ocultando a mí misma durante toda la vida y no lo acepté hasta los 38 años”*; otras, esperan incluso que sea un efecto pasajero de una etapa de su vida: *“Al principio pensaba que era algo que iba y venía pero siempre aparecía en momentos concretos de mi vida y entonces ya me informé y dije: ‘esto existe y tiene nombre: transexual”*.

**No todas las personas visibilizan su verdadera identidad de la misma manera.** Hay algunas que lo ocultan en un principio deliberadamente hasta que deciden dar el paso: *“Leía revistas, buscaba información, tenía mis ropas... en casa no sabían nada, nadie me veía”*. Otras, para reprimir cualquier indicio de su verdadera identidad refuerzan el rol y los comportamientos propios de su sexo biológico: *“Como me pegaban en la escuela, yo aprendí pronto que había que ser más machito que nadie”*; *“Me he pasado treinta años ocultando mi identidad a conciencia, todo lo que se esperaba de mi sexo de nacimiento yo lo hacía”*; *“Yo me sentía mujer pero para la sociedad era un hombre y reforzaba ese rol de*

*hombre-macho y me metí en el ejército...". También encontramos quienes de cara a la sociedad llevan todavía, en su madurez, una vida acorde a lo que socialmente se espera de su sexo biológico: "Yo soy una mujer pero vivo y he vivido para el exterior como un hombre: me casé con una mujer, fui padre, me separé y me volví a casar con otra mujer con la que ahora estoy casado, y en el trabajo soy un hombre."*

Hay personas que comenzaron a hacerlo visible a edades muy tempranas, en la infancia o adolescencia: *"He tenido mucha pluma, me he vestido de niña a escondidas..."; "A mí se me veía venir y nadie se sorprendió porque siempre he sido muy marichico";* algunas de ellas, las menos, lo visibilizaban de forma muy evidente, incluso con cambios físicos: *"Con once años me leía libros de medicina y conseguía hormonas hasta el punto que con doce años era físicamente una niña guapísima";* otras, lo hicieron en la adolescencia, con pequeños cambios en su forma de vestir, a veces a escondidas: *"A los trece o catorce años, esporádicamente me ponía ropa femenina y maquillaje a escondidas";* o de manera explícita por medio de una estética –en cuanto a ropa o manera de peinarse– propia del sexo con el que se identificaban: *"Con trece o catorce años comencé a vestirme y peinar-me de una forma más ambigua y salía a la calle; con diecisiete comencé a vestirme como siento que soy."*

La gran mayoría espera a la juventud para dar el paso, sobre todo en las nuevas generaciones: *"Desde muy pequeño ya me sentía diferente pero como la realidad era tan dolorosa y suponía un gran problema para mí y para los que me rodeaban, no quería verlo... tiraba hacia delante por pura inercia y supervivencia... me planté porque no podía seguir dando tumbos a los veintitrés o veinticuatro años"; "Lo dije a los treinta y ocho años"; "Empecé a llevar ropa del género masculino con veinticuatro años, aunque la de antes tampoco era muy femenina, y tomé los primeros andrógenos a los veintiséis".*

Las personas de más edad han esperado a los primeros años de su madurez para dar el paso pues no resulta fácil sabiendo lo que supone o puede suponer el hecho en la familia y en las relaciones sociales: *"Sólo lo acepté hace un año, ahora tengo cuarenta años, pero no fue por falta de información, fue por otras cosas aunque antes de tomar la decisión de decirlo ya había empezado a tomar hormonas".*

**Las generaciones más jóvenes han hecho visible su condición de persona transgénero o transexual con mayor intensidad.** De hecho, una de las dificultades de la fase de consulta de esta investigación ha sido localizar a personas transgénero y transexuales de sesenta y cinco años o más. En estos casos, debido a la represión política, religiosa y social de décadas anteriores, se ha producido un fenómeno generalizado o, al menos, casi mayoritario, de sustituir la transexualidad o el transgénero por otras formas de visibilización social como la homosexualidad –por ser socialmente aceptada y no perseguida– o el travestismo. Es decir, al estar penado manifestarse como transgénero o transexual, estas personas se transformaban en travestis o se declaraban homosexuales, y así podían vivir su identidad dentro de los límites que la sociedad permitía. No obstante, hay personas adultas que fueron víctimas de aquellas persecuciones y, aún así, manifestaron su transexualidad aunque en muchas ocasiones, les supusiera la cárcel, multas e, incluso, la emigración a

otras ciudades o países: *“Yo estuve en la cárcel muchas veces, estaba haciendo la calle, con trece o catorce años y más, y venían, y nos metían en la cárcel, y nos pegaban y violaban los propios policías, nos hacían pagar la multa y otra vez a la calle y vuelta a empezar un día tras otro. Al final me fui del país”.*

A pesar de las evidentes dificultades existentes, **la visibilización, en la actualidad, tiene consecuencias menos graves que hace unos años** cuando visibilizar esta verdadera identidad era sinónimo de represión social y policial: *“Lo he vivido, sabía que me podían detener pero aún así salía vestida de mujer”;* *“Hace años una chica transexual decía que era trans y se iba de casa o a un internado, o le daban una paliza, y si era chico lo tenía algo mejor porque normalmente lo ocultaban y ya está; hoy, aunque cada familia es un mundo, parece que se acepta algo mejor”.* Y las previsiones apuntan a que en los próximos años será mayor la visibilización y se dará a una edad más temprana: *“Nosotros nos hemos descubierto a la gente más tarde de lo que lo harán quienes ahora son niñas y niños, cada vez seremos más y saldremos más pronto a la luz”.*

En general, visibilizar la identidad, contar lo que sucede y poder realizar los cambios oportunos en su conjunto, suelen suponer un motivo de liberación y satisfacción para estas personas: *“Yo he comenzado a ser feliz hace dos años, cuando lo dije y empecé los cambios, antes yo no era feliz”.*

#### 4.3.4. Contarlo a la familia

El **momento** de transmitir a la familia la verdadera identidad suele ser **crítico** ya que, en general, el miedo al rechazo y a la incompreensión pesan, tanto si ya se había visibilizado la situación: *“A mí se me veía venir claramente, yo me ponía calzoncillos de niño y cuando lo dije me dijeron: ‘¿a qué estabas esperando?’”;* como si supone revelar a la familia un secreto bien guardado: *“Mi familia no sabía nada”.* En este sentido, hay personas transgénero y transexuales que reconocen que su familia no sabía nada antes de decirlo o que no lo saben en la actualidad. Sin embargo, sí se observa en las consultas realizadas que existían indicios de lo que sucedía: *“Es algo que ves venir como madre, no sabes qué es eso pero algo es, que sabes que a tu hija le pasa algo pero no piensas que sea eso y cuando te lo dice... no quieres oírlo”;* *“Cuando lo conté me dijo mi padre que de pequeña hacía muchas preguntas raras sobre estas cosas”.*

Pero, ¿realmente es un secreto para la familia? **En ocasiones**, en los testimonios recibidos, se observa que **la familia tiene indicios** de que algo sucede pero lo que no sabe es cómo se llama y, por lógica, asocian estos indicios (vestirse de chico siendo chica, no querer muñecas siendo chica, por ejemplo) con la información que se tiene actualmente sobre los comportamientos diferentes en materia de sexo, y que suele ser la relacionada con la orientación sexual. Les ocurre algo similar a lo que sucede a las propias personas en un primer momento; ante el desconocimiento de lo que pasa, buscan explicaciones cercanas a la información disponible: *“Algo sabes, porque ves cosas, en su cuarto pero no te esperas esto, puedes pensar que será homosexual”;* *“Yo pensaba que mi hija iba a ser lesbiana, veía cosas, eres su madre y no puedes decir que no ves, pero que era transexual...”.* Ante

otros testimonios surge la pregunta de hasta qué punto la familia desconoce la situación o, más bien, no quiere reconocerla: *“Mi madre me había pillado varias veces con las uñas de los pies pintadas pero hacía como que no era nada, a veces ahora me pregunta por el pecho, porque estoy hormonándome pero le digo que no es nada y se lo cree”*; *“En el parvulario, con unos tres o cuatro años, recuerdo que había batas rosa y azul y yo siempre cogía la rosa y mi madre decía que era porque yo era miope”*.

En cualquier caso, se sepa o no de antemano, también para la familia es un trance difícil aceptar la realidad de la transexualidad o del transgénero, aunque hay familias que desde el primer momento aceptan la situación con naturalidad, para sorpresa incluso de sus propias hijas e hijos: *“Mis padres son muy mayores y pensaba que no lo iban a aceptar; cuando lo conté mi padre me dijo: ‘aquí me tienes para lo que necesites’, y me asombré”*. No obstante, lo habitual o **lo más generalizado** es el **rechazo familiar inicial** a la situación; supone conflictos emocionales y situaciones de angustia y tensión en las familias, incluso en aquellas que finalmente lo han terminado aceptando: *“Aunque ha sido difícil y han tenido sus contradicciones fuertes, en el fondo mi gente ha demostrado que me quiere y me apoya”*. Pero que sea una situación aceptada no significa que se desee: *“Por supuesto que le acepto pero tampoco te voy a negar que hubiera preferido que no le pasara esto”*.

Aunque cada familia reacciona de un modo diferente, ninguna está preparada para asumir la noticia y, en este sentido, el ser una familia de mayor o menor nivel económico, cultural o de mayor o menor grado de progresismo ideológico no significa que su reacción vaya a ser mejor o peor: *“Mira que mi marido y yo hemos sido siempre muy progres, yendo a movilizaciones por la igualdad, con personas homosexuales en nuestro entorno, vamos, que pensábamos que éramos modernos y abiertos y tolerantes... y, sin embargo, cuando nos lo dijo no lo aceptamos”*.

**El desconocimiento de lo que significa, el miedo al rechazo social y el sufrimiento que se presupone va a padecer la propia persona** son los tres motivos que se han observado como explicativos de esas primeras reacciones familiares. Es tal el miedo al rechazo social que, de hecho, una reacción generalizada observada en las familias consultadas es el deseo de que en lugar de encontrarse ante una situación de transexualidad se encontrasen ante un caso de homosexualidad, ya que este fenómeno está socialmente mucho más aceptado: *“Cuando me lo dijo yo le decía: ‘prefiero que me digas que eres gay pero de los de plumón-plumón, pero esto...”*.

Otras familias no son capaces de aceptar o manejar la presión social y tratan de ocultar la situación: *“Al principio no reaccionaron bien, mi madre no quería ni que me hormonara, y cuando lo hice ocultaron la situación al resto de la familia y al vecindario. A posteriori, el resto de la familia y vecindario lo ha sabido y no ha pasado nada”*. En casos más extremos es tal la dificultad de manejar la presión social que las familias *“prefieren sacrificar al hijo o hija, que se va de casa, antes que enfrentarse al entorno social”*.

En otras ocasiones, la familia trata de que la persona reconsidere la situación con la esperanza de que sea un fenómeno pasajero: *“No supe explicárselo a mi madre hasta los quince años y cuando lo hice me convenció de que esperara a ser mayor de edad ya que*

*un adolescente tiene pajaritos”; “La decisión la tomo con quince años, se lo digo a mi madre, pero me dice que espere un poco a ser mayor por la complicación del proceso, de la operación”. O, a pesar de los cambios ya evidentes, hay familias que creen que se trata de un capricho pasajero: “Hay quienes todavía creen que mi tránsito es un capricho; por lo tanto, no me tratan con suficiente seriedad”.*

A pesar de estas dificultades iniciales, al menos entre las personas transgénero y transexuales consultadas se observa que la **mayoría ha recibido el apoyo de su familia**: *“De lo que no me puedo quejar es del apoyo que he recibido a nivel familiar y de amistades”; “Tengo su apoyo pero cuesta cambiar el chip, hablarme en masculino, decir mi nombre de chico... les cuesta”.*

Pero **también hay** casos –parece que cada vez menos– en que las **familias no aceptan la nueva identidad de la persona**. Ello genera conflictos y un gran sufrimiento para la persona. Entre las personas consultadas este hecho se produce de manera más frecuente en el caso del transgénero que en el de la transexualidad. La situación suele tener dos tipos de desenlace:

- La persona continúa viviendo con su familia en una situación no exenta de tensiones y con momentos cargados de dramatismo: *“Mi madre y mi hermana no me aceptan, me siguen llamando por el otro nombre, me humillan (lo dice con rabia), en casa se dirigen a mí como si fuera una chica y en la calle me ocultan”; “A mi hermano le da igual, pasa, mis padres me ignoran o han querido esconderme”; “De mi familia he recibido insultos, agresiones, un desinterés total por cómo estoy o cómo me siento”; “Entre mi hijo (es un chico joven) y yo (es una mujer transexual) tenemos como un pacto entre caballeros, él hace su vida y deja que yo haga la mía”.*
- La persona es expulsada de su casa. En la mayoría de los casos de personas transexuales consultadas que actualmente se encuentran en situación de desprotección social, ésta es la respuesta que han recibido de su familia: la expulsión del hogar. Algunos casos han encontrado en la prostitución una salida a la difícil situación que supone verse en la calle de la noche a la mañana, sin una identidad legal concordante con la real que impide, a su vez, poder encontrar un empleo o una vivienda por los cauces normalizados: *“Con doce años mi padre me echó de casa (ahora tiene más de cincuenta) y con esa edad y sin nada para comer... ¿a dónde vas?... en aquella época de represión... me puse a hacer la calle”.* También hay personas que, sin haber llegado a ejercer esta actividad, han vivido o viven aún verdaderas situaciones de desprotección social: *“tras fallecer mi madre, mis hermanos me echaron de casa; había días que tenía que buscar comida en los contenedores de basura, me he pasado días sin comer también”.*

Por temor a estas posibles reacciones, hay personas que todavía en la edad adulta siguen sin revelar su verdadera identidad y viven cumpliendo los roles asignados a su sexo biológico, dejando sólo ciertos momentos para visibilizar su verdadera identidad: *“Sin que lo sepa mi familia yo me visto de lo que soy y me voy por ahí”.*

En otras ocasiones, no visibilizarlo está justificado por el deseo de no hacer sufrir a la familia. Una persona transgénero nos dice: *“Sueño con vestir de determinadas maneras pero me da miedo lo que mis padres... mi madre podría echarse a llorar, enfrentarse es duro, además yo me vestiría así ese día... y al día siguiente de otra manera”*.

Hasta ahora se ha hablado de familia de origen, aquella a la que pertenece la persona como hija o hijo pero cuando el padre o la madre son personas transgénero o transexuales, contarle a la familia supone hacerlo a la familia que la propia persona ha creado, en concreto, a sus propias hijas e hijos. En estos casos, se repiten los mismos esquemas de aceptación y rechazo; hay casos en que hijas e hijos lo asumen, sobre todo si la información la han recibido desde la infancia y lo han vivido de manera cotidiana y natural, como sucede en aquellos casos en que la persona ha tenido descendencia cuando ya había realizado los cambios físicos hacia su verdadera identidad: *“Si tú, a un niño como el mío, le dices de pequeño que alguien es un chico porque va con pantalones o una chica porque va con falda aunque pueda parecer lo contrario, con eso le basta al principio, y no hay más problema porque lo ve en casa con normalidad”*. En otras ocasiones, sin embargo, sin llegar al rechazo explícito, sí resulta difícil asumirlo, sobre todo si las hijas e hijos no lo han vivido desde la infancia porque su padre o su madre lo han visibilizado más tarde: *“Mi hijo (mayor de edad)... lo asume, creo que sin problemas pero a veces cuando tenemos alguna enganchada lo utiliza (se refiere a su transexualidad) como elemento arrojadizo”*. También hay casos de pacto implícito como base de la convivencia: *“A mi hijo (mayor de edad) le he enseñado fotos más (vestida con su verdadera identidad) y, bueno, no tiene problema, usamos el ‘sí tu me respetas, yo te respeto’ tampoco creo que le preocupe excesivamente, dice que es mi vida...”*.

#### 4.3.5. Visibilizarlo fuera de la familia: entorno cercano y sociedad en general

En cualquier caso, **la visibilización en el ámbito familiar se realiza antes y de manera más generalizada que en el resto del entorno cercano** (amistades, vecindario, trabajo, etc.) por diferentes motivos. En ocasiones, es el miedo al rechazo: *“El trabajo es un ámbito duro, así que como no se me nota, no suelo decirlo”*. Otras veces no se considera necesario: *“A ciertas amistades no les he dicho nada, no lo veo relevante”*; *“Tampoco estoy obsesionada con hacer visible mi condición en todos los ámbitos de mi vida, no tengo problema en hacerlo pero, me parece una especie de justificación, de pedir perdón por ser así”*.

Entre las amistades, como en la familia y en la sociedad en general, los ejemplos muestran **situaciones diferentes**; hay personas, las menos, que son aceptadas por su grupo sin problema: *“Estábamos en fiestas, sentados en corro, les di un papel en el que contaba mi historia, lo leyeron y me preguntaron: ‘vale, y ahora, ¿cómo quieres que te llamemos?’ Y sin problemas”*. Es más habitual que haya algún tipo de rechazo por parte de alguna persona, lo que obliga a reajustes en las relaciones: *“Algunos amigos no me aceptan pero, al ver eso, me busqué otros amigos que sí me aceptaban”*.

Ese rechazo suele surgir también en los aspectos de la vida diaria referidos al ámbito educativo o laboral. Pero, a pesar del rechazo, hay personas que consideran que no deben

dejar de vestirse o de ser como realmente se sienten: *“Lo muestro en todos los sitios, no entiendo por qué tengo que ser falso. ¿Mis amigos me quieren a mí o a mi imagen? ¿En el trabajo, en el colegio... me quieren a mí o a mi imagen?... porque entonces les doy una grabación y listo...”*. También hay casos de personas que, orgullosas de su nueva identidad, desean o necesitan hacerlo público de manera evidente: *“En todos los ámbitos he mostrado mi verdadera identidad, incluso una vez fui al colegio donde estudié, que es de curas, con la excusa de saludar a un profesor, para que se enterase todo el profesorado... y salí muy satisfecha. Si no me visibilizase sería tonta o no estaría segura de que soy quien soy”*.

Sin embargo, la **tónica generalizada** es **no hacer mención expresa** de la condición de transexualidad o transgénero, lo que no significa esconderlo o negarlo: *“Vivo de acuerdo a mi identidad en todos los ámbitos... pero tampoco voy aireando la tipología gonádica con la que nací, como no hace el resto, ni con quién me acuesto, como tampoco lo hace la gente que presuponemos heterosexual”*. El deseo de llevar una vida normalizada hace que, una vez realizados los cambios oportunos, las personas se desliguen de este adjetivo y deseen desde el anonimato y la normalidad, continuar con su verdadera identidad.

Se ha observado en algunas personas transgénero, en mayor medida que entre las personas transexuales, una reacción de profundo rechazo al entorno, a la sociedad y a sus normas, a las que se considera opresoras de aquellas opciones de identidad sexual no coincidentes con las de la mayoría; en alguna ocasión este sentimiento se convierte en odio: *“Odio la sociedad en casi todos los ámbitos pero trato de mantener un cierto equilibrio”* o incluso, en actos de agresión como, por ejemplo, la quema de libros escritos por personas del propio entorno LGTBI. Posiblemente sea el efecto de la **mayor incomprensión y rechazo que reciben las personas transgénero en comparación con las transexuales**. Esta idea se desarrolla en el capítulo quinto al abordar la opinión que la ciudadanía tiene acerca de estas personas.

El rechazo social se manifiesta en ocasiones mediante agresiones verbales o físicas. Algunas veces, se quedan en el ámbito de la agresión verbal solapada: *“Estando yo cerca, en clase, que sabían que podía oírles, empezaron a realizar comentarios sobre un caso en que uno creía que había ligado con una chica y luego, según sus palabras, era un travolo”*; otras son agresiones verbales directas: *“Estaba con mi mujer en un bar y empezaron a insultarla: que si era un travesti, que si esto que si lo otro”*, y en ocasiones culminan en agresiones físicas ante las cuales, en muchas ocasiones, estas personas se sienten indefensas: *“Con 24 años me violaron, me pegaron (llora), sangraba, me fui a denunciarlo pero la policía, al ver que era una mujer transexual, no me hizo caso, alguien se apiadó de mí y me llevó a la casa de socorro, y lo tuve que ocultar porque en casa no sabían nada, porque yo me cambiaba de ropa en la calle”*; *“Me agredieron, alguien llamó a [...] (dice el nombre de un instituto de la mujer) pero como yo todavía era hombre a efectos legales, decían que no era tema de mujer”*.

La importancia de la opinión del entorno es diferente si el medio en que **vive** la persona es **rural o urbano**. En las grandes ciudades se diluye más, las relaciones son menos intensas, incluso dentro de la misma escalera: *“Con los vecinos, ningún problema, me han visto el*

*cambio y sin más*". Pero tampoco significa que el entorno urbano facilite la situación de estas personas, ya que algunas han sufrido, en éste, agresiones físicas y verbales. En entornos rurales, la mayor intensidad de las relaciones puede suponer una dificultad pero no significa necesariamente mayor exclusión; a veces no se genera un rechazo directo sino que se niega la realidad: *"Hay un chico de un pueblo de unos veinte habitantes que desde que era una niña ya se le veía venir y, bien, sin problemas, buena aceptación hacia él y su familia... pero una negación de la realidad. Vamos, que hace la transición, el tío con barba, y todo cachas de la hormonación y en el pueblo le siguen hablando en femenino"*. En cualquier caso, si bien el entorno rural pudiera ser más hostil que la ciudad, esto no es así en todos los casos; influye también la reacción que la persona tiene ante esta respuesta social y sus habilidades para el manejo de las relaciones sociales. De hecho, en muchas ocasiones, en una ciudad el barrio puede tener la misma función que un pueblo en el sentido de ese control social más intenso.

En cuanto a la reacción del entorno, no se han observado diferencias significativas **por territorio histórico**, salvo que muchas personas sí reconocen que Bilbao, por su carácter de ciudad más grande, resulta un buen lugar para vivir. Algunas personas consideran que Gipuzkoa es la zona en la que más dificultades parecen tener las personas transgénero y transexuales tanto por la respuesta del entorno como por los propios recursos sanitarios: *"En Donosti es horroroso, la gente es como muy estirada... y vivir allí y que se note que eres transexual... era muy difícil"*; *"El caso de un chico guipuzcoano... bueno de Gipuzkoa tengo varios conocidos que me cuentan lo difícil que es... pues este chico va al endocrino a solicitar el tratamiento y le dice que él como médico no cree en la transexualidad y que ya le llamará para otra consulta y esperando, esperando, pasaron dos años. Al final se fue a otra provincia y se hizo tratamiento y todo"*.

Finalmente, en relación con el entorno, algunas personas transgénero y transexuales señalan que, en contra de lo que ellas pensaban, **las nuevas generaciones de la sociedad no son en todo caso más tolerantes que las de mayor edad**: *"El que menos te esperas te deja flipado, el señor mayor que te acepta sin problemas y los jóvenes que parecen más tolerantes, pues te rechazan o te insultan"*.

#### 4.4. EL PROCESO DE CAMBIO: QUE EL EXTERIOR REFLEJE EL INTERIOR

Una vez **visibilizada la verdadera identidad**, al menos verbalmente y en el ámbito familiar, **lo habitual** suele ser **iniciar los cambios físicos** que adecuen la imagen exterior –lo que la sociedad ve– a la identidad verdadera –lo que la persona es–. También **hay personas que** sintiendo que su identidad no queda reflejada en su imagen, **no realizan estos cambios** más profundos y evidentes de tipo hormonal, quirúrgico, y legal, por diferentes **motivos**:

- En algunos casos, la persona vive socialmente de acuerdo a su sexo de nacimiento y sólo manifiesta su verdadera identidad en momentos muy puntuales, normalmente asociados al ocio nocturno; en este caso resuelve la cuestión de la adecuación de la identidad a la imagen mediante prótesis, pelucas y demás accesorios

temporales: *“Yo un sábado por la noche me visto con mis tacones y mis faldas, sin olvidar la edad que tengo, porque creo que hay que ser consecuente con ello, y me cojo el coche y me voy por ahí”.*

- Porque han manifestado su verdadera identidad en la madurez. Es precisamente la edad la que dificulta los cambios significativos en tratamientos de hormonación por lo que no compensa someterse a ellos a la vista de los resultados previstos: *“En mi caso, con más de cuarenta años, yo puedo hartarme de hormonas que mis cambios físicos van a ser muy pequeñitos, así que uso ropa interior femenina y la gente ya está acostumbrada a verme con mis cejas arregladitas”.* Cuanto mayor es la persona, mayor es también la resignación ante la dificultad de culminar sus cambios hormonales, quirúrgicos o legales, principalmente por las dificultades, trámites y, sobre todo, por el tiempo necesario para conseguirlos: *“Yo a mi edad, con más de cuarenta años, ya me da igual; sí me gustaría tener cambiado el DNI pero... me he buscado la vida para ser lo que soy de otra manera. Pero claro, a un chico de dieciocho que tiene toda la vida por delante... pues es normal que quiera hacerse de todo porque quiere estudiar, trabajar, vivir”.*

No obstante, aunque no se realicen estos cambios físicos o legales, hay personas que, con realizar unos mínimos cambios en su estilo de vestir o en otras cuestiones, ya sienten reafirmada su identidad, incluso en pequeños detalles de la vida diaria que para otra persona podrían pasar desapercibidos: *“Lo que para una mujer nacida mujer puede ser normal, para mí puede ser extraordinario porque significa que me ven como una mujer, qué contenta me pongo cuando voy conduciendo y alguien me dice: ‘mujer tenías que ser’, y tú le dices: ‘¡gracias!’”;* *“Me siento feliz como mujer en cosas pequeñas cuando me llega el catálogo de una revista de venta a domicilio en la que estoy apuntada con mi nombre verdadero (se refiere al de su verdadera identidad)”;* *“Chateando por Internet te tratan en femenino y ya con eso, yo... feliz”.* En otras ocasiones ni siquiera encuentran necesario repetir los roles y comportamientos socialmente esperados del sexo sentido: *“Yo soy mujer pero no me maquillo ni me pongo falda, no voy a ser más mujer por hacerlo”.*

Pero en gran parte de los casos, para estas personas es una necesidad básica verse en el espejo como realmente se sienten; que la proyección que hace el espejo del cuerpo físico corresponda con la del sentimiento como persona. Cada persona resuelve la cuestión de su imagen exterior e interior, sobre todo en lo referido a la genitalidad, de una manera diferente.

Tal y como se menciona en el apartado referido a las cirugías, hay personas para las cuales el cambio genital es imprescindible a la hora de verse como verdaderamente se sienten; para otras, la imagen y/o la cuestión de la genitalidad son secundarias ante lo que la persona siente que es.

El cambio de imagen es una necesidad básica para sentirse bien: *“Yo ahora me veo guapísimo, estupendo, igual la gente me ve y piensa que soy horroroso pero yo, tras la hormonación y las operaciones, me veo estupendo. Antes del cambio yo me miraba al espejo*

*y decía: qué horror, qué cosa más fea, pero la gente me decía que era una tía buena y yo decía: éstos necesitan gafas...”*

Que la sociedad vea a estas personas como lo que realmente son es para ellas una fuente de satisfacción en todo caso, y de manera especial en las etapas previas a los cambios físicos. Son recordadas con especial cariño las anécdotas referidas a la infancia o adolescencia –evidentemente antes de realizar estos cambios e incluso antes de contarlo a la familia– en las que la niña o el niño era confundido con una persona del sexo contrario: *“Muchas veces me confundían, venían y me decían: ‘¡hombre, chato!’ Y mi madre: ‘es una niña’*”.

En el caso de que la persona considere necesario realizar cambios que adecuen su cuerpo a su identidad, tal y como se explica en los siguientes subapartados, éstos pueden quedarse únicamente en el aspecto de la imagen y vestimenta, o realizar un proceso más complejo de reasignación de sexo modificando su cuerpo mediante la hormonación y, en su caso, cirugía. La persona también podrá cambiar su nombre legal una vez cumplidos los requisitos necesarios para ello.

#### 4.4.1. Los primeros cambios: la estética

Aunque la visibilización de la identidad sentida suele ser un momento a partir del cual muchas personas realizan cambios de manera más evidente tanto en su manera de vestir o arreglarse como en los aspectos físicos producto de los tratamientos y cirugías, hay personas que consideran que se trata de un proceso paulatino en el que no hay grandes cambios concretos. Así es como opinan quienes no se llegan a identificar totalmente ni como hombres ni como mujeres: *“Yo no me considero ni hombre ni mujer y mi físico, acorde con mi mente, no ha cambiado repentinamente, lo ha hecho de forma gradual y paulatinamente a medida que he ido creciendo”*.

Antes de centrar la atención en los cambios concretos, es necesario señalar que independientemente del tipo de cambios que se realicen, y como ya se ha señalado al abordar la cuestión de la visibilización, dichos **cambios**, en muchos casos, **se producen de manera paulatina** incluso antes de que la persona manifieste su identidad sentida. Normalmente suelen corresponderse con cierta ambigüedad estética que va anunciando la identidad que finalmente termina por hacerse visible socialmente: *“Nunca he sido femenina vistiendo, me ponía ropa unisex, camisetas amplias que disimulasen el pecho, siempre he llevado el pelo muy corto y esas cosas.”* En otras ocasiones el cambio es evidente pero se lleva en secreto, en una doble vida: *“Yo salía de casa con una imagen, digamos que pasable para mi padre, y en el taxi, para asombro del taxista me transformaba en mujer, con mis medias puestas y mi maquillaje dado. Una vez uno me aplaudió por lo rápido y lo bien que me había cambiado”*. A partir de ahí comienzan cambios más evidentes en lo referente, sobre todo, a cuestiones de estética: *“Con catorce años me tapaba los genitales pero con diecisiete ya empecé a vestirme de mujer, pelo largo, faldas, tacones...”*; *“Nada más aceptar mi condición y decirlo empecé a modificar mi aspecto: ropa, uñas, pelo, pendientes... y a hacerme la depilación láser en la cara”*; *“De pequeño, lo primero que hice fue ponerme un pendiente, luego dos y a mi padre eso de dos pendientes y pelo largo... ya no le gustaba”*.

Posteriormente, en la mayoría de los casos, y sobre todo entre aquellas personas que se identifican claramente con ser hombre o mujer, es habitual iniciar los trámites necesarios para comenzar la hormonación y, en su caso, la cirugía.

Como se ha señalado al inicio, no todas las personas realizan cambios físicos –nos referimos a los resultantes de la hormonación y de la cirugía–. Las personas **transgénero**, quienes no se identifican específicamente ni con ser hombre ni con ser mujer, suelen realizar cambios en la estética y los roles desempeñados: *“No he hecho cambios físicos sino psicológicos y estéticos; por ejemplo, he empezado a ponerme falda encima de los pantalones y he empezado a usar objetos propios del rol de mujer y a maquillarme”*; *“Aunque tampoco trato de adaptarme físicamente a esa no-identidad (no se siente ni hombre ni mujer) empecé a probarme ropa del género contrario”*. Estas personas reivindican su derecho a desarrollar una identidad propia, más allá de las asignaciones sociales a los géneros establecidos: *“Me gustaría ir como me da la gana, pero a veces me lo impide la sociedad y sus reglas de clase social y pertenencia”*.

En relación con los cambios físicos, resultan curiosos los testimonios recogidos sobre cómo las personas se dan cuenta de la **desigualdad de género** que todavía se produce en nuestra sociedad: *“Una de las cosas que más me llamó la atención es que yo antes hablaba en las reuniones y no me hacían ni caso, y desde que soy un hombre para la gente, abro la boca, y todo el mundo te mira como si fueras a decir algo importante y algunas mujeres me han contado que les pasa al revés y tienen que asumirlo...”*.

Al inicio de este proceso de cambio, en la mayoría de las ocasiones, se produce un **cambio de domicilio**. Se empieza una nueva vida con una nueva identidad en un sitio nuevo donde la gente conoce a la persona con su verdadera identidad, donde el pasado no es una carga emocional añadida ni un obstáculo social.

#### 4.4.2. El tratamiento de reasignación sexual

Se conoce como **reasignación de sexo** al proceso mediante el cual se produce la transformación física de un sexo –el que la persona tiene adscrito biológicamente al nacer– en otro: aquel con el que la persona se identifica. Este proceso consta de varias fases: estudio psicológico, hormonación e intervención quirúrgica de genitales, conocida también como cirugía de reasignación sexual. Como se explica más adelante, no todas las personas siguen las tres fases, siendo habitual que la correspondiente a la cirugía genital se deje sin realizar por parte de algunas personas.

Este proceso surge de los estándares asistenciales establecidos por la Asociación Internacional Harry Benjamin<sup>16</sup>-HBIGDA que ha determinado una serie de parámetros e instrucciones para el diagnóstico y tratamiento de estos casos. Esta Asociación señala la necesidad

---

<sup>16</sup> The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association-HBIGDA.

de realizar estos tratamientos en unidades especializadas y con equipos multidisciplinares, siendo las y los especialistas de salud mental quienes deben confirmar el diagnóstico y realizar la oportuna intervención psicoterapéutica. Para ello, estos especialistas deben tener formación y competencias clínicas; es decir, debe tratarse de un psiquiatra o psicólogo clínico colegiado. En cuanto al proceso, establece los procedimientos que se señalan en el siguiente cuadro.

**Cuadro 4.2. Procedimientos de atención indicados por la Asociación Internacional Harry Benjamin**

1. Evaluación diagnóstica
2. Psicoterapia
3. Supervisión de la experiencia de vida real
4. Terapia hormonal
5. Tratamiento quirúrgico

A partir de estos estándares cada servicio de salud establece sus protocolos concretos. En el caso de Euskadi, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud sigue un protocolo de actuación que entró en vigor en octubre de 2008. Según este protocolo, la atención comienza en el nivel de atención primaria, aunque también puede comenzar en alguna especialidad, desde donde se deriva a la persona a la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Identidad de Género del Hospital de Cruces. En esta Unidad es el Servicio de Psiquiatría el que realiza el diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género que se entiende como la disociación entre el sexo genético, gonadal y fenotípico y el sexo psicológico o identidad de género. Posteriormente, se le remite al Servicio de Endocrinología para el tratamiento hormonal, tras el cual, si procede, se realizará el tratamiento quirúrgico. En todas estas etapas se realiza un seguimiento de cada caso, cuya frecuencia variará en función de la fase o de las posibles complicaciones que pudieran surgir. No obstante, está previsto que una o dos veces al año se reúna el equipo de profesionales para evaluar los resultados de los casos que se encuentren en proceso de diagnóstico y/o de tratamiento. Estos procedimientos se presentan en el siguiente cuadro.

**Cuadro 4.3. Procedimientos de atención realizados en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud**

1. Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico-psicológico, si procede	Seguimiento de los casos
2. Tratamiento endocrinológico	
3. Tratamiento quirúrgico	

En los siguientes subapartados se explican las fases del tratamiento correspondientes al diagnóstico, hormonación y cirugía, finalizando con la mención de una opción alternativa a la cirugía: las prótesis genitales. Las cuestiones específicas referidas a la prestación del

servicio sanitario por el Departamento de Sanidad<sup>17</sup> del Gobierno Vasco y desde Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, se presentan en el capítulo 5 con la perspectiva de los recursos sanitarios.

#### 4.4.2.1. El diagnóstico

Para realizar este diagnóstico se utilizan los criterios de los manuales ya mencionados en el tercer capítulo de este informe: DSM-IV y CIE-10. Estos criterios se recogen en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4.4. Criterios de diagnóstico del DSM-IV y CIE-10**

Manual	Criterios para el diagnóstico
DSM-IV	Identificarse de modo intenso y persistente con el otro sexo
	Malestar persistente con el sexo asignado, sentirse inadecuado en ese sexo
	No tener enfermedad física intersexual
	Malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otros ámbitos importantes
CIE-10	Identidad transexual persistente durante al menos dos años
	No tener trastorno mental
	No tener anomalías cromosómicas

En el caso concreto de la atención ofrecida por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud –por la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Identidad de Género del Hospital de Cruces– este diagnóstico se realiza, según el citado protocolo, en el Servicio de Psiquiatría en el que se abre la historia clínica de la persona, se realizan los tests psicométricos y el tratamiento psiquiátrico-psicológico. Esta etapa tiene una duración de entre tres y doce meses en función de esa experiencia previa de vida real de cada individuo como persona de otro género. Una vez realizadas las actuaciones propias de esta etapa y efectuado el diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género, el protocolo establece una sesión clínica conjunta del equipo de la Unidad (psiquiatra, psicólogo/a, endocrinólogo/a y cirujano/a) con el fin de valorar el proceso y tratamiento a seguir, si procede. En caso de conformidad con el seguimiento realizado del tratamiento se remite a la persona al Servicio de Endocrinología.

El diagnóstico resulta fundamental para determinar la disforia de género y descartar otros trastornos, entre ellos, la enfermedad mental. Precisamente, esta labor de descartar otros trastornos genera controversia entre las y los profesionales y las propias personas que

<sup>17</sup> Departamento de Sanidad y Consumo, en la actualidad.

están en este proceso de cambio: *“Deciden quién es transexual y quién no, como si fueran jueces dando un veredicto”* *“¿Quién es un médico para decir lo que yo me siento?”* Se considera que se incurre en discriminación: *“Si una persona tiene enfermedad mental, ya no le diagnostican la disforia; entonces, ¿qué pasa?, ¿que no se puede ser transexual y tener enfermedad mental?”*.

Sin embargo, estas cuestiones, conocidas por las y los profesionales de la medicina, se rebaten con argumentos sobre la necesidad de un diagnóstico que descarte casos no reales de transexualidad y, por tanto, no susceptibles de tratamiento hormonal o quirúrgico. No obstante, estas y estos profesionales reconocen que no siempre resulta sencillo realizar un diagnóstico. El propio proceso tiene algunas dificultades<sup>18</sup>: la generalidad de clasificaciones de estos manuales los hace insuficientes en muchos casos; la diversidad de casos (formas de manifestarse, vivencias, culturas, evolución...); la falta de criterios clínicos objetivos (pruebas como un TAC, por ejemplo). Por ello el diagnóstico se basa en la información subjetiva del paciente y la escasa experiencia de muchas y muchos profesionales para realizar diagnósticos adecuados.

Precisamente esta **escasa experiencia**, en cuanto a **información y formación**, la constatan las personas consultadas a partir de sus propias vivencias: *“Alguien me habló de este psicólogo particular (dice su nombre) que me hizo el informe tras un seguimiento psicológico y, como mi doctora de cabecera se implicó mucho, ya me hice los análisis en mi ambulatorio, me voy al hospital (dice el nombre) y el endocrino de allí me dice que no le vale nada y que vaya a psiquiatría del hospital. Llego y el psiquiatra me dice que no tiene ni idea de qué va esto y tuve que darle el teléfono de (dice nombre de un recurso y del psicólogo) para que le informaran”*; *“Yo fui al médico de cabecera y tuve que explicarle en qué consistía esto: es una disforia de género así que, según vuestro protocolo, tienes que mandarme al psiquiatra y con su informe al endocrino para empezar la hormonación y después decidir sobre la CRS”*. Resulta significativo que muchas de las personas transgénero y transexuales consultadas hayan hecho acopio de tal cantidad de información que han llegado a convertirse en auténticas expertas en la materia, llegando a realizar labores de asesoría dentro del propio estamento médico.

Este desconocimiento, unido a la **falta de interés** de una parte de las y los profesionales hace que el inicio del proceso, en muchas ocasiones, se alargue más de lo necesario: *“La de vueltas que di hasta que empecé...el médico no sabía qué tenía que hacer pero tampoco se informaba, yo llamaba y nada, esperar, y el tiempo que pasaba”*.

Este diagnóstico, de manera general, se lleva a cabo mediante varias sesiones de entrevistas con la persona o con su entorno cercano para obtener toda la información relevante que permita establecer si se cumplen o no los criterios mencionados. Durante esta fase se realiza la historia clínica, una exploración física y una evaluación clínica desde el punto de vista psiquiátrico o psicológico. Dentro de este **diagnóstico** se realiza también un

<sup>18</sup> Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Págs. 129-130.

**diagnóstico diferencial** para, precisamente, diferenciar la transexualidad de otras situaciones con las que puede compartir características o síntomas como, por ejemplo, trastornos psiquiátricos, travestismo, y otros trastornos de la identidad o asociados al desarrollo y orientación sexual.

Durante esta etapa, se lleva a cabo lo que se denomina **test de la vida real o experiencia de la vida real** que consiste en una prueba de adaptación al rol y a los comportamientos propios del sexo sentido. En términos médicos, resulta necesario vivir de acuerdo a este nuevo rol de hombre o mujer antes de tomar otras decisiones como la hormonación y, sobre todo, la cirugía por lo que se convierte en uno de los requisitos más importantes en el proceso de cambio. En la medida en que el deseo de cambio de sexo es un proceso subjetivo, requiere de una serie de indicadores objetivos que garanticen a las y los profesionales de la salud que cada caso es realmente un caso de disforia de género y no otro tipo de situación que requeriría un tratamiento diferente.

A pesar de esta conveniencia, para las y los profesionales resulta complicado este proceso y reconocen que también lo es para la propia persona, principalmente por el **rechazo que genera en la sociedad** la transgresión de los géneros establecidos; ello deriva, en algunos casos, en agresiones incluso dentro del propio entorno familiar. Según un estudio<sup>19</sup> realizado en el Hospital Carlos Haya de Málaga sobre una muestra de 100 pacientes, un 55,6% habían sufrido agresión o maltrato por personas desconocidas, padres/madres, amistades y otros familiares. Además de estas agresiones, también se reconoce la existencia de otras dificultades durante este proceso. Por un lado, las creencias estereotipadas de algunas y algunos pacientes de lo que significa ser hombre o mujer, como, por ejemplo, los modelos de mujer que no reconocen los avances sociales de ésta. Por otro lado, las propias dificultades de las personas para expresar sentimientos: *“Algunos pacientes se muestran más eficaces a la hora de hablar del horror que les produce su cuerpo, mamas o genitales, que para hablar de lo que desean ser”*<sup>20</sup>.

Esa **prueba** resulta muy **complicada y dolorosa** para las propias personas transexuales sin el apoyo de la hormonación o de la cirugía que son las que transforman el cuerpo (lo que la sociedad ve y emplea para atribuir un sexo a las personas): *“No me puede pedir nadie que sin una base hormonal, sin una ayuda, vaya por la vida como un hombre si la sociedad ve en mí una mujer, si el espejo dice que soy una mujer pero ¿si me van a dar hasta en el carnet de identidad!”. Y no todas las personas pueden vivir de acuerdo a lo que sienten porque supone una gran fortaleza psicológica enfrentarse a la sociedad con un rol de mujer en un cuerpo de hombre y viceversa: “Yo puedo ser una persona ambigua que voy por ahí, vale, ambigua y ya está, pero si me defino como hombre o como mujer tengo que ser muy fuerte para que no me importe lo que digan los demás y superar todos los impedimentos sociales cuando precisamente tú lo que quieres es ser una persona anónima y ¿qué, vas a ir por ahí dando el cante?”. Hasta el punto que llega a convertirse en una heroicidad para*

<sup>19</sup> Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Pág. 150.

<sup>20</sup> Chiland C. “Cambiar de sexo” Biblioteca Nueva. Madrid, 1999. Citado en Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Pág. 150.

muchas personas: *“El test éste de la vida real es válido sólo para los héroes transexuales y limita mucho que la población de transexuales se haga visible, te lo exigen y no te ayudan, ¿quién se mete en esa movida?”.*

En opinión de las personas transexuales consultadas que han iniciado el cambio, esa vivencia real de lo sentido sólo puede ser completa si se procura, al menos, el tratamiento hormonal, por lo que consideran que solicitar antes esta prueba no tiene sentido: *“Yo ya sé lo que soy, no me pidas que lo demuestre sin hormonas, que me haga visible a la gente; necesito las hormonas para vivir realmente como lo que soy, antes, ¿cómo lo hago?”; “Conozco una chica, de unos treinta años, con unas barbas, ya que por más que se afeite o se depile le salen; si no tiene una ayuda institucional, unas hormonas, unos cambios, pídele que se pase un tiempo llevando faldas y a lo loco con un vozarrón y aspecto de camionero tremendo. Esto aunque suene fuerte es la realidad”.* Esta prueba se considera más una traba social que un elemento de ayuda en el proceso de cambio: *“Esto no está hecho para ayudarnos, esto está hecho para defender a la sociedad de los transexuales y debería ser al revés, que se nos protegiera a nosotros”.*

Además de este test, durante esta etapa la persona **puede recibir**, dependiendo de que lo necesite o no, **tratamiento psicológico o psiquiátrico**; en caso de que deba recibirlo éste tiene como finalidad apoyar a la persona y, en su caso, a la familia durante este proceso de ajuste y cambio, siendo variados los procedimientos psicoterapéuticos que se pueden llevar a cabo: tratamiento farmacológico, terapia de asesoramiento sexual, terapia cognitivo-conductual, terapia en habilidades sociales, terapia de grupo y, también, terapia con la familia.

La necesidad de obtener el citado informe para continuar el tratamiento hormonal y su marcado carácter psiquiátrico así como la inclusión de la disforia de género en los manuales DSM-IV y CIE-10 suscita un **debate intenso** que genera desacuerdos tanto entre profesionales de diferentes ámbitos como entre las propias personas transgénero y transexuales:

- Hay quienes consideran imprescindible continuar con este protocolo ya que sólo puede abordarse médicamente algo que está tipificado como enfermedad o trastorno. Ésta es la opinión de la mayoría de las y los profesionales de la medicina pero, también de otros ámbitos de atención e, incluso, algunas personas transexuales que reivindican así el control de quienes toman parte en este proceso de hormonación y cirugía: *“Hay que controlar de alguna manera que la hormonación o la operación no sea un simple capricho, que realmente seamos los que de verdad somos transexuales quienes optemos a ello”.*
- Otras personas creen necesario disponer de un instrumento que permita diferenciar a las personas transgénero y transexuales de otras que por mero capricho o por alguna otra razón quieran realizar procesos de hormonación o cirugía. No obstante, según éstas no tendría por qué ser exactamente como se realiza actualmente; se propone, por ejemplo, hacerlo con una perspectiva menos medicalizada: *“Podría valer un informe psicológico y un escrito de la persona diciendo que se encuentra*

*en plenas facultades y que desea hacer los cambios oportunos para lograr físicamente su verdadera identidad”.*

- Hay una tercera corriente minoritaria según la cual no debería realizarse ningún tipo de informe, dejando a las personas la libertad de elegir lo que hacer con su cuerpo y su aspecto: *“Que cada uno haga lo que quiera con su cuerpo”.*

#### 4.4.2.2. La hormonación

La hormonación consiste en un proceso de administración de hormonas exógenas con dos objetivos: por un lado, frenar la secreción endógena de las gónadas para que, a su vez, se frenen los caracteres sexuales propios del sexo no deseado por la persona y, por otro lado, potenciar la presencia de caracteres sexuales secundarios del nuevo sexo.

Antes de realizar este tratamiento es necesario cumplir los criterios de elegibilidad y disposición de acuerdo a lo establecido por la Asociación Internacional Harry Benjamin recogidos en el siguiente cuadro.

**Cuadro 4.5. Criterios de elegibilidad y disposición para el tratamiento de hormonación establecidos por la Asociación Internacional Harry Benjamin**

<b>Criterios de elegibilidad</b>
1. Ser mayor de 18 años
2. Conocer los efectos positivos y negativos y los resultados del tratamiento
3. Haber cumplido durante un mínimo de 3 meses una de estas dos condiciones: 3.1. la experiencia de la vida real y que esta experiencia esté documentada (test de vida real) 3.2. tratamiento de psicoterapia
<b>Criterios de disposición</b>
1. Identidad sexual consolidada durante la experiencia de vida real o la psicoterapia
2. Estabilidad psíquica
3. Cumplimiento responsable del tratamiento hormonal

En el caso concreto de la atención ofrecida por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, el acceso al tratamiento de hormonación se realiza de acuerdo a los citados criterios de elegibilidad y disposición, tras la conformidad con el seguimiento del tratamiento correspondiente a la fase de diagnóstico que se ha descrito en el subapartado anterior. Esta fase queda asumida por el Servicio de Endocrinología donde se realiza la historia clínica y se realizan las pruebas bioquímicas y de imagen, si procede. Si no existe contraindicación para ello, se inicia el tratamiento previa firma del consentimiento informado. La duración aproximada es de unos dos años para obtener su efecto máximo si bien el tratamiento se realiza de por vida al igual que el seguimiento necesario para evaluar los ajustes de estos tratamientos y sus posibles complicaciones.

Los tratamientos para conseguir los dos objetivos de la hormonación y los resultados difieren según se trate de mujeres u hombres transexuales. En el caso de las mujeres se aplican dos tipos de hormonas: antiandrógenos y estrógenos y los resultados, en la mayoría de los casos, empiezan a hacerse visibles al cabo de mes y medio o dos meses para culminar en un máximo de dos años. En el caso de los hombres se aplica testosterona que provoca, en la mayoría de los casos, cambios casi de inmediato que culminan al cabo de uno o dos años. La administración de estas hormonas puede realizarse por vía oral mediante pastillas, por vía transdérmica mediante parches, por vía intramuscular y, en el caso específico de los hombres, por vía tópica mediante geles. En el siguiente cuadro se indican estas diferencias en los tratamientos y resultados de mujeres y de hombres.

**Cuadro 4.6. Tratamiento hormonal diferenciado en mujeres y hombres transexuales**

	Mujeres	Hombres
<b>Objetivo 1</b>	Frenar los caracteres sexuales masculinos	Frenar los caracteres sexuales femeninos
<b>Tratamiento hormonal para el objetivo 1</b>	Antiandrógenos	Testosterona
<b>Objetivo 2</b>	Potenciar los caracteres sexuales femeninos	Potenciar los caracteres sexuales masculinos
<b>Tratamiento hormonal para el objetivo 2</b>	Estrógenos	Testosterona
<b>Resultados de la hormonación</b>	Inhibición de testosterona	Inhibición de estrógenos
	Reducción del pene-flacidez	Hipertrofia del clítoris
	Reducción del volumen testicular	Supresión de la menstruación
	Cambios en el tono de la voz	Cambios en el tono de la voz
	Redistribución de la masa corporal	Redistribución de la masa corporal
	Reducción del vello y barba	Aumento del vello y barba o calvicie
	Crecimiento mamario	Disminución mamaria

Estos **resultados** de la hormonación son **más rápidos cuanto más joven** es la persona, de hecho, como se ha señalado anteriormente, hay personas que alcanzada determinada edad son conscientes de sus dificultades para realizar este cambio y se resignan a no realizarlo. Precisamente, la rapidez en la visibilización de estos cambios es una cuestión muy demandada entre las personas en tratamiento: *“Quieren tratamientos efectivos y que muestren cambios rápidos de su aspecto”*.

Como en todo tratamiento pueden producirse **efectos secundarios** como sofocos en el caso de las mujeres o acné o hipertensión en el de los hombres. Estas hormonas producen también ciertos cambios en el carácter como una mayor irritabilidad, sobre todo, en el caso de los hombres: *“Las hormonas me han aumentado la irritabilidad por lo que cuando me*

*enfado me resulta más difícil controlar mis sentimientos y reacciones*". También se dan pequeños cambios que se notan en la vida diaria: *"Ahora (tras la hormonación con testosterona) me cuesta menos coger pesos, subo las bolsas más cargadas para alegría de mi mujer (se ríe) y tengo amigas que les pasa lo contrario, que tienen menos fuerza"*.

Estos tratamientos, aunque quedan cubiertos actualmente por la **sanidad pública vasca**, tienen un coste económico que es diferente dependiendo del tipo de hormonas que se suministren a la persona y de si ésta es hombre o mujer. Las cifras de este coste son variadas, pero tomando como referencia las estimaciones manejadas por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco<sup>21</sup>, para un tratamiento durante 35 años se estima que la hormonación feminizante durante este periodo tendría un coste aproximado de 32.000 € y la hormonación masculinizante un coste aproximado de 2.500 €, significativamente menor.

Al margen de resultados y costes, las personas que están sometidas a tratamientos de hormonación señalan el desinterés de algunas y algunos médicos al prescribir los tratamientos, en cuanto que se administran dosis estándar sin preocuparse en realizar una adecuación y seguimiento de cada caso concreto: *"Me dice que me da estas pastillas que se las da a todo el mundo pero no se molesta en ver cómo me van, en hacer un seguimiento"*; *"Yo estaba fatal, decía que me iba a quemar, estaba fatal, hasta que mi psiquiatra se dio cuenta que eran unos parches y llamó al otro médico (se refiere al endocrinólogo) para que me los quitara inmediatamente"*.

A efectos prácticos, estos resultados tan evidentes de lo que la persona es tras la hormonación, tienen una doble lectura: para la persona, supone un motivo de satisfacción: *"Porque ya vas viendo que lo que tu eres sale a la luz"*; en ocasiones, a la familia no le supone tanta satisfacción y transmite sus dudas en forma de pregunta o consejo: *"Oía muchas veces la cuestión paterna/materna de '¿estás segura? ¿no crees que es malo?'"*; *"Solían decirme: 'pues eso va contra tu naturaleza, te puedes arrepentir y no hay vuelta atrás...'"*

A pesar de los protocolos establecidos para llevar a cabo esta fase y del acceso a la misma por medio de la sanidad pública, la **autohormonación** es, hoy en día, una realidad por diferentes motivos: la necesidad de obtener resultados rápidos, la dificultad para acceder al tratamiento hormonal o porque hace años no existía la hormonación en la sanidad pública. Actualmente resulta relativamente sencillo, en opinión de las personas consultadas, acceder a hormonas por vías extraoficiales y se accede a ellas a pesar de los resultados peligrosos que conlleva esta práctica: *"Yo antes de hormonarme con el médico me autohormonaba, era fácil conseguir las hormonas (no quiere decir cómo); hasta que pude empezar con el médico lo hice"*. Esta autohormonación suele ir unida, en ocasiones, a la realización de prácticas quirúrgicas fuera de los circuitos sanitarios formales, siendo especialmente perjudiciales los implantes de silicona realizados en mínimas condiciones sanitarias por los problemas posteriores de salud que generan.

<sup>21</sup> Gobierno Vasco-Departamento de Sanidad. "Alternativas terapéuticas de las personas transexuales". Vitoria-Gasteiz, 2007.

La autohormonación resulta una práctica más común entre quienes pertenecen a generaciones en cuya juventud era más difícil acceder a este tratamiento a través de la sanidad pública: *“Hubo un tiempo en que me metí unas pirulas (pastillas) por mi cuenta hasta que me entró la conciencia”*; *“la gente más mayor ha hecho auténticas barbaridades, como inyectarse siliconas líquidas, hormonarse cuando ha querido, su situación era mucho más difícil”*.

En el grupo de mujeres transexuales que ejercen la prostitución hay algunas que no disponen de un lugar fijo de residencia, ya que van desplazándose de ciudad en ciudad; ello supone una gran dificultad para iniciar un proceso controlado de hormonación por lo que, en ocasiones, recurren a la autohormonación. Lo mismo ocurre con aquellas personas que desean seguir una hormonación controlada pero la falta de empadronamiento y de acceso a la tarjeta sanitaria les impide conseguirlo.

Finalmente es necesario señalar que no todas las personas desean realizar este proceso de hormonación por diferentes motivos, principalmente por no considerarlo necesario para vivir su verdadera identidad o, en el caso de algunas mujeres que ejercen la prostitución, porque por los efectos de la hormonación dejarían de estar activas sexualmente y este hecho influiría negativamente en su trabajo.

Esta fase de hormonación, bajo criterio médico o de manera autónoma, puede ser la última del proceso terapéutico para aquellas personas que no deseen, por los motivos que sea, realizar la siguiente fase de intervención quirúrgica.

#### 4.4.2.3. Las cirugías de reasignación sexual

En el caso de que la persona decida someterse a intervenciones quirúrgicas, éstas siguen también para su realización unos criterios de elegibilidad y disposición establecidos por la Asociación Internacional Harry Benjamin que se presentan en el siguiente cuadro.

**Cuadro 4.7. Criterios de elegibilidad y disposición para la cirugía de reasignación sexual establecidos por la Asociación Internacional Harry Benjamin**

<b>Criterios de elegibilidad</b>
1. Ser mayor de 18 años
2. Un año de tratamiento hormonal continuo, salvo contraindicación médica
3. Conocer las características de la intervención, del postoperatorio y las y los cirujanos competentes
4. Participación regular en psicoterapia previa en los casos en que sea necesario
<b>Criterios de disposición</b>
1. Progresos en la consolidación de la identidad sexual
2. Mejoría en las relaciones y entorno social, familiar y laboral que indiquen estabilidad psíquica

En el caso concreto de la atención quirúrgica ofrecida por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, de acuerdo al citado protocolo, una vez evaluado el resultado del tratamiento hormonal se procede a realizar el tratamiento quirúrgico, siempre que no existan contraindicaciones para ello y previa firma del consentimiento informado. Este tratamiento está asumido por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora y otros equipos que pudieran resultar necesarios. Aunque la relación de prestaciones ofrecidas por este servicio público se presenta de manera específica en el quinto capítulo, al abordar los recursos de atención directa en el ámbito sanitario, se avanza aquí, para una mayor comprensión de este apartado y de los testimonios de las personas consultadas, que la cirugía de genitales externos no se ha realizado hasta la fecha de emisión de este informe en los hospitales de la Red del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

En general, la cirugía de reasignación de sexo, también conocida con el acrónimo CRS, es diferente en el caso de las mujeres y en el de los hombres, al igual que sucede con la hormonación, tal y como se indica en los siguientes cuadros.

**Cuadro 4.8. Principales intervenciones quirúrgicas en las mujeres transexuales**

Cirugía	Nombre de la intervención	Explicación
Mamaria	Mamoplastia de aumento	Implante de prótesis mamaria
Genital	Castración	Extirpación de los testículos
	Penectomía	Eliminación del pene
	Vaginoplastia	Recreación de la vagina
	Clitoroplastia	Reconstrucción del clítoris
	Labioplastia	Reconstrucción de los labios mayores y menores
Facial	Feminización de la frente	Acortar y redondear la frente
	Feminización del zigoma	Suavizar los pómulos
	Gonionoplastia	Disminuir el ángulo de la mandíbula
	Mentoplastia	Disminuir el mentón
	Rinoplastia	Suavizar la nariz
	Tirocondroplastia	Eliminación de la nuez
Corporal	Liposucción	Eliminación de depósitos de grasa
	Lipoescultura	Reinyectar grasa eliminada de unas zonas en otras

Sin entrar en detalles propios de una investigación médica, sí que resulta de interés mencionar algunos aspectos técnicos sobre algunas de estas cirugías a mujeres transexuales. La mamoplastia de aumento puede hacerse con diferentes tipos de prótesis: gel de silicón, suero fisiológico o hidrogel que pueden implantarse mediante una incisión en la axila, una incisión entre la areola y la piel o en la línea de debajo del pecho. Entre sus efectos secundarios pueden aparecer cambios en la sensibilidad o dolor en los pezones, infecciones del implante, queloides o cicatrices muy intensas, hematomas o contracción de la cicatriz que provoca contractura del implante.

La vaginoplastia puede realizarse actualmente mediante diferentes técnicas que obtienen tejido de diferentes partes del cuerpo como zonas no pilosas de la piel de la propia persona, la zona inguinal, la cara interna del muslo, un fragmento del intestino o la propia piel invertida del pene y del escroto. De todas estas posibilidades, estas dos últimas –cuyos nombres técnicos son, respectivamente, vaginoplastia mediante coloplastia y vaginoplastia mediante técnica de inversión peneana– parecen ser las más utilizadas porque obtienen los mejores resultados. En ambos casos el post-operatorio requiere dilataciones de la neovagina para evitar la estenosis (estrechamiento o cierre). También en ambos casos existen posibles complicaciones post-operatorias. Además de las propias de cualquier intervención, en la técnica mediante coloplastia se puede producir un fallo de la sutura intestinal que puede derivar en peritonitis, obstrucción intestinal, estenosis de la sutura muco-cutánea, cáncer de colon en la mucosa de la neovagina, prolapso vaginal mucoso o infecciones, entre otras. Y en el caso de la técnica de inversión peneana: estenosis del introito vaginal o del meato urinario (pérdida o disminución de la luz del orificio vaginal o urinario), fístula recto-vaginal, embolia, apariencia antiestética o vagina corta, entre otras.

La clitoroplastia también se puede realizar mediante diferentes técnicas pero lo sustancial en este caso es que se utiliza el pene de la persona manteniendo sus conexiones nerviosas y vasculares. Entre sus complicaciones post-operatorias se pueden citar: necrosis del clítoris, exposición del clítoris (en lugar de quedar oculto por los labios mayores), sangrado, separación de la sutura, cicatriz sensible o hipertrófica, erecciones dolorosas del neoclítoris, aparición de vello en la zona del neoclítoris o infección. Así mismo, aunque no queda garantizado el éxito funcional de la clitoroplastia, es decir, su capacidad de conseguir el orgasmo, esta función sí parece ser una realidad para una gran parte de las personas intervenidas: *“La capacidad funcional para llegar al orgasmo varía entre un 80% y un 95%”*<sup>22</sup>.

**Cuadro 4.9. Principales intervenciones quirúrgicas en los hombres transexuales**

Cirugía	Nombre de la Intervención	Explicación
Mamaria	Mastectomía	Extirpación mamaria
Genital	Histerectomía	Extirpación del útero
	Salpingo-oforectomía	Extirpación de trompas y ovarios
	Vaginectomía	Extirpación de la vagina
	Metaidoplastia	Reconstrucción del pene
	Faloplastia	Reconstrucción del pene
	Escrotoplastia	Reconstrucción del escroto y los testículos
	Uretroplastia	Reconstrucción de la uretra

<sup>22</sup> Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Pág. 217.

En cuanto a algunos aspectos de interés referidos a las cirugías realizadas a hombres transexuales destaca que la mastectomía puede realizarse mediante diferentes técnicas según en qué parte de la areola se realice la incisión y que entre sus efectos secundarios encontramos infecciones, pérdida de pezones o apertura de heridas. La histerectomía puede realizarse mediante diferentes técnicas (abdominal, vaginal o laparoscopia) siendo sus efectos secundarios muy poco frecuentes. La cirugía genital masculinizante consiste en la reconstrucción escrotal que se realiza mediante la escrotoplastia y la reconstrucción peneana para la cual puede emplearse la técnica de la metaidoplastia –con la que se consigue un pene pequeño pero eréctil por sí mismo– o la faloplastia, obteniendo un pene de mayor tamaño y, según algunos profesionales<sup>23</sup>, con rigidez suficiente para facilitar relaciones sexuales con penetración. En esta última intervención existen diferentes técnicas de reconstrucción entre las que destacan la faloplastia mediante colgajo libre antebraquial radial (que consiste en obtener piel del antebrazo para reconstruir el pene) y faloplastia mediante colgajo libre anterolateral del muslo (obteniendo la piel del muslo), faloplastia con colgajo doble cutáneo-radial y óseo del peroné (se realiza en dos tiempos, primero se reconstruye el pene con piel del antebrazo y después se inserta una porción de hueso del peroné). Las complicaciones de estas técnicas pueden suponer hematomas, infecciones, fístulas y úlceras.

Estas intervenciones se realizan dentro del ámbito estatal por diferentes **equipos de cirugía**, sobre cuyos resultados hay opiniones variadas; algunas personas consideran que los resultados son satisfactorios y otras señalan algunas cuestiones que deberían mejorarse:

- Por una parte, desde el punto de vista de la salud, se señala la necesidad de mejorar las garantías y resultados de las cirugías: *“Tengo una amiga que salió cojeando y con los genitales negros, estuvo fatal, yo para eso no me opero”; “Mi amigo en un año se tuvo que hacer una operación cada dos meses, y le han dejado un pene que sirve... no sé para qué le sirve, los penes que se hacen no tienen nada que ver con la realidad. Y luego junas cicatrices!... una aquí, otra allá...”*. Las cirugías tienen muchas complicaciones en la operación y en el postoperatorio y se considera que no se están realizando los esfuerzos suficientes para solventarlas: *“Que investiguen todos juntos, que compartan experiencias, que a veces te usan como conejillo de indias”*.
- Por otra parte, desde el punto de vista de la gestión, se señala la rigidez de los protocolos de atención de las Unidades de Identidad de Género-UIG en que se realizan estas intervenciones en el ámbito estatal: *“Te mandan firmar un documento que si empiezas con ellos (menciona el nombre de la UIG) no te puedes ir a otra”; “no te valen las pruebas que te han hecho aquí y tienes que volver a empezar de cero: informe, análisis...”*. También se menciona por parte de algunas personas la utilización interesada de estas Unidades: *“En (dice el nombre de la UIG) cogieron*

<sup>23</sup> Característica mencionada por los doctores Pedro Cavadas y Luis Landín en Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Pág. 315.

*el tema de la transexualidad por el tema de las subvenciones pero ni operaban ni nada hasta que la gente se empezó a movilizar... hacen lo que les da la gana". Es queja habitual la de las largas listas de espera: "En (dice el nombre de la UIG) hay listas de espera de cuatro y cinco años".*

En cuanto a los equipos que realizan estas intervenciones en el Estado las personas consultadas mencionan como los más destacados el del doctor Mañero, en el caso de las cirugías feminizantes y los equipos de los doctores Musolas, Cavadas y Casado para la cirugía masculinizante. En el ámbito internacional, además de las intervenciones realizadas en Europa y América, donde destaca el equipo del doctor McFaden de Estados Unidos, son especialmente mencionadas las realizadas en Tailandia para las mujeres, en concreto los equipos de los doctores Sanguan Kunaporn y Suporn Watanyusakul, mayoritariamente bien valoradas por su calidad final y su atención postoperatoria. Lo que sucede es que para muchas mujeres transexuales viajar a Tailandia es inviable como opción, tanto por el importe económico como por las dificultades del idioma y la incertidumbre de encontrarse tan lejos de casa en una intervención de tal complejidad: *"Yo quiero que, si me operan, el médico me explique cosas en mi idioma y que yo me entere de lo de las curas y todo eso, y que si pasa algo tenga cerca a mi familia".*

Durante la realización de este informe, antes del inicio de la actividad de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Identidad de Género del Hospital de Cruces y de la entrada en vigor del protocolo de atención, se ha detectado una emigración temporal destacada a Barcelona para realizarse las mastectomías y a Navarra para la realización de las cirugías de extirpación de ovarios, en el caso de los hombres transexuales, y de extirpación de testículos en el caso de las mujeres transexuales.

A pesar de las diferentes valoraciones y de que los resultados son susceptibles de mejora, existe consenso al considerar que las cirugías genitales de las mujeres transexuales, por un lado, están más avanzadas que las de los hombres y, por otro lado, hay menos variabilidad de técnicas empleadas. En el caso de los chicos la situación es de mayor desventaja, los resultados son de menor calidad: *"Los chicos lo tienen peor, bastante peor, da muchos problemas, no tienen sensibilidad... muchas cosas".*

Además de los resultados obtenidos, la cuestión del **coste económico** es también un aspecto importante. Las cifras de las intervenciones y tratamientos son variadas, como se ha señalado al tratar la hormonación, pero tomando nuevamente como referencia las estimaciones manejadas por el Departamento de Sanidad<sup>24</sup> del Gobierno Vasco<sup>25</sup>, se estima que las intervenciones quirúrgicas tienen un coste de en torno a los 27.000 € para las mujeres (incluyendo la genitoplastia, la supresión de la nuez y la vulvocomisuroplastia) y en torno a los 47.000 € para los hombres (incluyendo la mastectomía y la genitoplastia en dos tiempos). Si bien algunas de las intervenciones específicas incluidas oscilan entre los

<sup>24</sup> Departamento de Sanidad y Consumo, en la actualidad.

<sup>25</sup> Gobierno Vasco-Departamento de Sanidad. "Alternativas terapéuticas de las personas transexuales". Vitoria-Gasteiz, 2007

15.000 y los 30.000 €, en el caso de la genitoplastia feminizante, o entre 30.000 y 50.000 €, en el caso de la genitoplastia masculinizante, lo que puede afectar considerablemente al monto económico total. En la oferta privada a la que han acudido algunas de las personas consultadas las cifras rondan los 4.600 € en la mastectomía para hombres y unos 18.000 € para la feminización genital. Asimismo, a estos costes hay que sumar los correspondientes a desplazamientos, dietas y estancia de acompañantes en aquellos casos en que se acude a la oferta privada por no quedar cubiertas estas prácticas en la red pública.

A pesar de las dificultades para realizar la operación por razones económicas, de listas de espera o por posibles complicaciones post-operatorias, para algunas personas estas intervenciones representan una necesidad para sentirse completamente identificadas como mujeres o como hombres y hacen todo lo posible por realizarlas: *“El día que me hice la mastectomía para mí fue empezar a vivir. Me salió una sonrisa como si hubiera vuelto a nacer, para mí fue volver a nacer”*; *“La operación, el post-operatorio, son dolorosos pero cuando llevas tantos años anhelándolo el dolor se ataja mejor”*. Ante esta necesidad y ante la imposibilidad de realizarlas en la red pública vasca hay personas que vienen recurriendo a la iniciativa privada a pesar de que esto suponga un coste elevado: *“Me he hecho retoques faciales en Argentina y espero poder hacerme la genital el año que viene en Tailandia”*. Cuando los intentos no dan su fruto (por largas listas de espera en la atención pública o por no disponer de dinero suficiente para acudir a la oferta privada) el sufrimiento es inmenso: *“Osakidetza tiene que hacerme la operación, me lo debe como persona y como ciudadana, ¡son tantísimos años ya de espera! Conozco gente que se ha suicidado por no poder hacérselo, y el tiempo pasa y yo me hago mayor y me desespero”*. Esta espera genera rabia, ira, desesperación y provoca estados de depresión que no deben pasar por alto: *“No estoy todo el día pensando en ello porque si no... pero, cuando te desnudas es cuando te acuerdas y cada día te pesa más y te desesperas, sobre todo después de la hormonación, entonces necesitas más cambiar también tus genitales porque ya te ves más mujer y entonces ¿qué hace tu pene ahí?”*; *“Lo único que quieres es que desaparezca (se refiere a los genitales) y lloras y lloras porque tu no quieres eso bajo ningún concepto”*. Y depositan en la intervención todas sus esperanzas vitales: *“No terminé bien el año, ahora sólo me da fuerzas para seguir adelante que se está cumpliendo el único deseo que he solicitado, rogado, orado y llorado en esta vida”*.

Sin embargo, no todas las personas que comienzan el proceso de hormonación se someten finalmente a cirugía o a todas las posibilidades de cirugía. Podemos agrupar los motivos en tres grupos diferentes:

- Motivos conceptuales o de principios de la persona: consideran que sentirse hombre o mujer, o simplemente persona, sin identificarse con una de esas dos opciones, no es incompatible con unos determinados genitales: *“Lo que yo soy es lo que yo siento que soy, no lo que me dice la sociedad que soy por los genitales que tengo”*; *“La verdad que algún día sí que me ha entrado la paranoia de querer ponerme pechos pero no lo haré porque me parece una absurdez desde mi punto de vista personal (no se siente ni hombre ni mujer)”*; *“El sexo está en el cerebro, no en los genitales ni en la forma de vestir”*. En otras ocasiones el rechazo se debe a que se considera que estas operaciones son impuestas socialmente: *“La*

*vaginoplastia la veo como algo a lo que me obligan los demás*". También tiene que ver la importancia que cada persona otorgue a los genitales en su idea de lo que es un hombre o una mujer: *"Yo creo que las personas transexuales sublimamos los órganos sexuales, pero para mí ser mujer no significa que deba tener vagina, yo me siento mujer en mi cabeza y en mis relaciones sexuales"*; *"Me gusta ir vestida como una mujer pero no me da asco haber nacido hombre ni mis genitales"*.

- Motivos económicos: por falta de dinero para costearse la operación: *"La operación es carísima, no me la hago por falta de dinero"*; incluso por no poder disponer tampoco de él hasta el momento de recibir la subvención otorgada por el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales: *"Necesito operarme por mi propia salud emocional pero lo que me impide hacerlo es la falta de dinero, las operaciones son muy caras, sí que te las subvencionan pero sólo una parte y hasta que te dan el dinero, ¿de dónde saco yo para pagar la operación?, ¿me pongo a hacer la calle?"*.
- Motivos de salud: por falta de garantías sanitarias de obtener unos buenos resultados y por miedo a la complejidad de la operación: *"Me gustaría someterme a la faloplastia o metaidoplastia pero carece de garantías suficientes y pueden surgirme muchas complicaciones como fístulas y demás, así que voy a esperar y el día de mañana ya veré"*; *"Como te cogen piel del intestino, las bacterias... luego dan dolores y problemas y en el intestino se te puede provocar una hernia"*.

También hay personas que, mientras esperan la cirugía genital o habiendo decidido no hacerse, resuelven su imagen social de otras maneras: *"Claro, tú vestido eres un tío, por la hormonación, pero en verano con el bañador... pues nada. Así que yo sé de gente que se pone calcetines u otros ingenios"*.

#### 4.4.2.4. Otros procedimientos: prótesis genitales, foniatría y depilación

Sin llegar a casos como los anteriormente descritos, el uso de las prótesis es una opción válida para muchos hombres transexuales: *"Empecé haciendo pedidos de unas prótesis muy buenas para gente del entorno que así, en grupo, salían mejor de precio. A partir de ahí la gente se fue enterando y, claro, se acuerdan todos en la misma fecha, justo antes del verano y yo venga ir a correos a por un pedido, y vengan a por otro, y la casa llena de paquetitos hasta que se los van llevando... (se ríe) hay que ponerle humor a esto, se lleva mejor"*. En ocasiones, es una opción voluntaria y, en otras, es una alternativa ante los escasos resultados satisfactorios que actualmente ofrece la cirugía genital masculinizante: *"El pene que te queda no es pene, es micropene que no te lo encuentras cuando vas al baño y claro... dices ¡para eso no me gasto una pasta, me pongo una prótesis y listo!"*

En el caso de las mujeres, además de los cambios quirúrgicos señalados, suelen llevarse a cabo otros dos procedimientos: el tratamiento foniatrico y la depilación. El tratamiento foniatrico se realiza para feminizar la voz y puede llevarse a cabo mediante sesiones de terapia y ejercicios para ejercitar la voz o mediante diferentes técnicas quirúrgicas. La depilación es un complemento al efecto de la hormonación para disminuir o erradicar el vello corporal.

### 4.4.3. Los cambios legales

Los cambios legales posibles corresponden al cambio de nombre y mención del sexo en el Registro Civil y en todos los documentos en los que éstos aparezcan: titulaciones académicas, documento nacional de identidad, pasaporte, permiso de conducir o tarjeta sanitaria, entre otros. Estos cambios están regulados por la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, que se presenta con más detalle en el quinto capítulo de este informe. La solicitud de rectificación de sexo se realiza en el Registro Civil del municipio en que está empadronada la persona y debe incluir el cambio del nombre propio y, si la persona lo desea, la solicitud de traslado total del folio registral lo que supone que se registra en una hoja nueva y se archiva la hoja originaria en la que se indicaba el nombre y sexo a los que se renuncia. Las personas que realicen esta solicitud deben cumplir los requisitos indicados en el siguiente cuadro entre los que no se encuentra haberse sometido a la cirugía de reasignación de sexo.

**Cuadro 4.10. Requisitos para solicitar la rectificación registral de sexo**

1. Tener nacionalidad española
2. Ser mayor de edad
3. Tener capacidad suficiente para realizar la solicitud
4. Presentar un informe diagnóstico de disforia de género emitido por médico/a colegiado/a o psicólogo/a clínico colegiado/a
5. Informe de médico/a colegiado/a bajo cuya dirección se hayan realizado los tratamientos médicos para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado que acredite una duración de los mismos de un mínimo de dos años o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado

El informe de diagnóstico de disforia de género debe incluir mención de la existencia de dicha disforia así como de la ausencia de trastornos de la personalidad. El informe relativo al tratamiento médico puede referirse a tratamiento hormonal o quirúrgico, por lo que la gran mayoría de estas personas lo solicitan habiéndose sometido sólo al hormonal.

De acuerdo con el artículo 4.2 de esta Ley, *“los tratamientos médicos a los que se refiere el punto 5 no serán un requisito necesario para la concesión de la rectificación registral cuando concurren razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte certificación médica de tal circunstancia”*.

Aquellas personas que se hayan sometido a esta cirugía antes de la entrada en vigor de la Ley están exentas de acreditar el informe diagnóstico de disforia de género y el relativo al tratamiento hormonal, siendo necesario, eso sí, que acrediten la realización de dicha cirugía mediante un informe médico.

Una vez obtenida la rectificación de la mención de sexo y nombre en el Registro Civil se renueva el documento nacional de identidad que está exento de abono de tasas y, posteriormente, el resto de documentos en los que aparezcan estos datos.

A efectos legales esta rectificación permite a la persona ejercer todos sus derechos inherentes a su nueva identidad, a su verdadera identidad. A efectos prácticos el tener o no cambiado el nombre y el sexo de manera legal resulta clave en la vida de estas personas, significa que el aspecto físico, el legal y el sentimiento coinciden pero, sobre todo, significa eliminar el mayor obstáculo para la vida diaria: en el empleo, para viajar, para ir al médico, para usar la tarjeta de crédito: *“Yo ahora tengo el nombre cambiado y todo es diferente, eso ayuda mucho”*; *“Estoy esperando al cambio del nombre para encontrar trabajo, antes no merece la pena, es un sufrimiento”*.

En opinión de muchas de las personas transgénero y transexuales consultadas y de la mayoría de las y los profesionales consultados, el tiempo requerido de dos años de hormonación para realizar los cambios legales de sexo y nombre carece de sentido: *“Sin tener el nombre cambiado, mi situación es un problema muy grande. La Ley está mal hecha, dos años son mucho tiempo, ¿cómo entras en el mercado laboral?, ¿cómo alquilas un piso?, los bancos, las tarjetas... Yo he ido a Correos a por un paquete sin el nombre cambiado y no me lo daban porque aunque la foto y mi cara eran las mismas, como el nombre no coincidía con una chica... y yo decirles: ‘pero, mira la cara, que es la misma’ y nada, que no”*. Lo curioso es que, tras las consultas realizadas, parece quedar claro que no existen criterios médicos o científicos que argumenten la necesidad de estos dos años; en el ámbito sanitario lo que se considera necesario es que se lleve a cabo un periodo o fase de prueba en la que la persona adquiere un nuevo aspecto y un nuevo rol: *“Es necesario valorar sus reacciones con su nuevo rol”*. Pero, precisamente, la hormonación empieza a mostrar resultados evidentes en unos meses y, en consecuencia, a las personas que se someten a este tratamiento y desean cambiar su nombre la espera de dos años para realizar ese trámite les resulta un tiempo excesivo: *“Los cambios de la hormonación empiezan muy pronto y tenemos muchos problemas hasta el cambio de nombre, en el médico, al pagar con tarjeta...”*.

A pesar de las actuales dificultades, parece que se han producido importantes avances en comparación con épocas pasadas: *“Durante mucho tiempo era más fácil cambiar el pecho que cambiar un papel, esto es insensato, de hecho muchos jueces sólo aceptaban el cambio de nombre o sexo legal después de que la persona se había hecho de todo, con grave desprecio y desconocimiento hacia estas personas y desprecio del propio valor de las cosas porque no puede ser que un papel valga más que un cuerpo”*.

#### **4.4.4. El tratamiento antes de la mayoría de edad: ¿es posible?**

La posibilidad de tratamiento antes de la mayoría de edad es una cuestión que suscita un intenso debate. Lo cierto es que existen criterios para definir el trastorno de identidad de género en la infancia; en el caso del DSM-IV son aplicables los que se señalan en el cuadro 4.4. de este informe y, en el caso del CIE-10, son específicos de esta etapa: no haber alcanzado la pubertad, la presencia del trastorno al menos durante seis meses, el malestar persistente por ser una chica o un chico y el deseo manifiesto de ser lo contrario, además de uno de estos dos síntomas: el repudio de las estructuras anatómicas del sexo biológico y/o el rechazo a actividades y actitudes propias del sexo de nacimiento y la insistencia en asumir las propias del otro sexo.

Sin embargo, a pesar de la existencia de estos criterios, actualmente, se siguen los de elegibilidad establecidos por la Asociación Internacional Harry Benjamin, según los cuales la mayoría de edad legal marca el límite en que puede iniciarse el proceso de hormonación y de cirugía y, en consecuencia, el de los cambios legales. Ello no responde a un criterio médico en el sentido de que no se puedan realizar técnicamente estas prácticas antes de cumplir los 18 años, pues no importa tanto la edad, desde un punto de vista terapéutico, como el grado de madurez para tomar decisiones y la ausencia de patología psiquiátrica. Son, por tanto, criterios internacionalmente aceptados que, desde un punto de vista sanitario, quedan justificados por tratarse de las mejores prácticas clínicas conocidas que así lo aconsejan.

Precisamente, por no ser un criterio científicamente objetivo existe **diversidad de opiniones** sobre la conveniencia o no de adelantarlo a edades más tempranas, es decir, a la adolescencia o a la infancia. Se observan tres posicionamientos:

- En un extremo, quienes consideran adecuado mantener este requisito de la mayoría de edad; en su mayoría son profesionales y ofrecen los argumentos de mejores prácticas clínicas anteriormente señalados.
- En otro extremo, quienes consideran que debería eliminarse este requisito para poder iniciarse la hormonación y la cirugía a cualquier edad, en un acto de libertad total, representado por una minoría con actitud más transgresora: *“En mi opinión hay que destrozar la ley independientemente de la edad y que cada uno haga con su cuerpo lo que quiera”*.
- En un término medio, quienes creen que debería permitirse la hormonación, sobre todo, y la cirugía, en algunos casos, antes de la mayoría de edad pero no en cualquier caso, sino siempre y cuando existieran suficientes garantías de que la persona tiene clara su identidad y hubiese un consentimiento de los padres-madres y un seguimiento adecuado de cada caso. De hecho, ya hay experiencias de atención a menores de edad, tal y como se señala en el capítulo 6.

Esta cuestión es delicada porque en su trasfondo se entremezclan diferentes aspectos. Por un lado, la mayoría de edad permite que sea la propia persona libremente quien decida sobre los cambios que desea hacer, mientras que rebajar la edad significa que la persona, por ser menor de edad, debe tener el consentimiento de sus padres, madres o, en su caso, tutoras y tutores. ¿Qué sucedería en aquellos casos en que las familias no desearan iniciar los cambios pero la o el menor de edad sí quisiera hacerlo? Como se ha visto en los apartados anteriores no siempre las familias aceptan la situación o, si la aceptaran, no todas estarían dispuestas a iniciar este proceso a edades tan tempranas: *“¿Y si mi hijo se arrepiente cuándo sea mayor?”*. No obstante, se reconoce que es una etapa muy dura; enfrentarse a ella sin apoyos externos como los que ofrece, al menos, la hormonación, la convierte en una etapa aún más complicada: *“Habría que tener cuidado para saber cuándo se trataría de deseo de la persona o de presión de los padres pero, en cualquier caso, esa etapa hasta los dieciocho años es infernal”*.

Parece, según diferentes fuentes consultadas, que **los efectos de la medicación** que se prescribe en la hormonación son reversibles, es decir, cuando se suspende el tratamiento los cambios que se habían producido dejan de tener efecto. Por lo tanto, para muchos, si esto es así, no supondría un problema en sí mismo el iniciar el tratamiento y abandonarlo más tarde; al contrario, supondría la ventaja de evitar el sufrimiento que acarrea para una persona que sus genitales y otros caracteres sexuales se desarrollen de acuerdo a un sexo que no le corresponde. Incluso, para algunas personas consultadas, supondría una ventaja en los resultados obtenidos porque *“no habría que deshacer lo hecho por la naturaleza y sería más fácil conseguir los caracteres sexuales del otro sexo.”*

Otra ventaja que apuntan sobre el inicio más temprano de la hormonación es **la socialización** desde la pubertad con el género sentido, ya que éste es uno de los momentos de la vida que más dolor y sufrimiento supone para estas personas. Las personas transexuales consultadas, en su gran mayoría, lo tienen claro: *“Cuanto antes empiezas la hormonación más fácil es cortar los signos que no te gustan de tu cuerpo, menos sufres y menos te hacen sufrir los demás; el que no pasa por esto no sabe lo que se sufre esperando ver cómo crecen partes de tu cuerpo que no te corresponden”*. Se evitarían momentos críticos en la vida de estas personas como el de la llegada de la menstruación en los chicos cuyo cuerpo todavía es de chica: *“Me bajó la regla y ya me hundí, yo no era esa persona”; “Cuando mi hija tuvo la regla, lo que para nosotros era un motivo de alegría, de que era mujer, ella lo vivió como una tragedia, fue terrible”*.

Las personas transgénero y transexuales consultadas tienen claro que si hubieran tenido esta posibilidad su sufrimiento se habría reducido considerablemente: *“La mayor parte de los transexuales ya lo tiene claro a muy temprana edad y teniendo en cuenta que cuanto antes se interrumpa la acción de las hormonas sexuales endógenas, en menor grado aparecerán los caracteres sexuales secundarios del sexo biológico, y que con el cambio del nombre y demás se puede evitar muchísimo sufrimiento, me parece totalmente imprescindible el poder empezar tan pronto tenga clara su condición sexual”; “Si lo hubiera podido hacer yo lo hubiera hecho, es de lo que más me arrepiento, de que nunca comencé en la adolescencia”*.

A pesar de la reversibilidad, de las ventajas y de esta claridad en la identidad manifestada por las personas transgénero y transexuales, hay profesionales que muestran sus **dudas** al respecto, se preguntan cómo tener la certeza de que un niño o una niña tienen clara su identidad sexual. Para respaldar esta duda se menciona un estudio longitudinal realizado en Estados Unidos en el cual se observó a una generación de personas durante una serie de años analizando ciertos indicadores que pudieran señalar indicios de transexualidad desde la infancia: por ejemplo, ser un niño muy afeminado, una niña con ganas de ser niño, etc. La conclusión que se obtuvo fue que no todas las personas que manifiestan estos comportamientos en la infancia se identifican en la adultez como personas transgénero o transexuales; algunas sí lo hacían, pero otras se reconocían homosexuales y un tercer grupo, heterosexuales.

Pese a todo ello, **ya existe** en el Hospital Carlos Haya de Málaga **la experiencia de tratar a personas transexuales menores de edad**. Durante los cinco primeros años<sup>26</sup> de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género se han registrado 31 casos de adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 18 años que, en un 80% de los casos, son chicos transexuales. Estas personas han sido atendidas en las fases de diagnóstico y tratamiento hormonal durante la adolescencia y, quienes lo han considerado oportuno, se han sometido ya en la mayoría de edad a las cirugías correspondientes según cada caso. El seguimiento de estos casos ha revelado unos tratamientos satisfactorios; de hecho, se considera que *“unidades similares a la andaluza en el resto del territorio español evitarían los riesgos de tratamientos hormonales no controlados y favorecerían la aceptación e integración social de estas personas”*<sup>27</sup>. Estados Unidos y Holanda también realizan tratamientos a menores de edad.

No obstante, lo que sí se reconoce en el ámbito profesional es que, si bien no todas las personas que en edades tempranas han mostrado indicios de pertenecer al otro género son personas transgénero y transexuales de mayores, sí que todas las personas transgénero y transexuales han mostrado –de manera más o menos evidente para su entorno– esos indicios en la infancia y/o adolescencia. Experiencia que también han tenido algunas y algunos profesionales consultados: *“Que, por ejemplo, un niño sea afeminado u otras cosas son indicadores que no significan que de mayor sea trans pero sí todos los que son trans fueron así”*.

Estas dudas y estas normas en ocasiones se interpretan también como una actitud de paternalismo excesivo: *“El Estado debería de dejarse de paternalismos sin sentido y dejar a cada cual decidir lo que desea hacer con su cuerpo, su mente y su vida en general y no esperarse a la mayoría de edad si esos cambios son necesarios”*. Esas actividades se califican de intervencionistas en el ámbito privado de la persona: *“La OMS puede hacerse la loca con las polémicas, la Iglesia también, la mayoría de los adultos/as... yo no adivino por qué se siente la gente dueña de la vida de otro individuo... sea mayor o menor... si tiene claro lo que quiere ser nadie tiene derecho a interponerse en su decisión ni en su tránsito”*.

Algunos y algunas profesionales consultadas afirman que en caso de que esta posibilidad de hormonar a menores de edad fuese una realidad, debería realizarse un diagnóstico adecuado antes de la pubertad para evitar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios del sexo no sentido, cuestión difícil porque, desde su punto de vista, no se está dando un tratamiento adecuado a la infancia y la adolescencia en este tema, ni médicamente, ni en la atención psicológica o pedagógica. Hay una ausencia generalizada de formación, de interés y atención en aquellos ámbitos como la atención médica pediátrica o la escuela, en los que podrían identificarse los signos o señales que evidenciarían el desacuerdo entre sexo de nacimiento y sexo sentido.

<sup>26</sup> Según datos presentados en Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Pág. 337 y siguientes.

<sup>27</sup> Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Pág. 339.

Pero para algunas y algunos profesionales esta necesidad de intervenir psicológicamente a tan temprana edad no está tan clara: *“Yo atiendo a una familia con un niño absolutamente afeminado que escribe a los reyes magos pidiendo que de regalo se le caiga la colita... todo lo que hagas por el niño para cambiarlo será complicarle la vida a él y a su familia... que el niño vaya encontrando su espacio, su paz consigo mismo...”*. Ante esta duda, las personas transgénero y transexuales, desde su experiencia, aportan posibles soluciones: *“Sería bueno llevar un seguimiento de ese niño o niña y no dejarle de lado, con psicólogos, médicos pediatras, y familia para que se vaya preparando la persona y el entorno para lo que pueda venir”*.

En cualquier caso, el debate sigue abierto ya que en él se entremezclan muchas cuestiones: la legalidad, los criterios médicos y psicológicos, la ética, incluso la voluntad y la libertad de la persona. Y mientras este debate no se resuelve la realidad diaria de estas personas les recuerda las dificultades que tienen que resolver para vivir de acuerdo a su identidad. Algunas de estas quedan reflejadas en el siguiente apartado.

## 4.5. LA VIDA COTIDIANA

En este apartado se describe lo que significa ser una persona transgénero y transexual en algunos aspectos de la vida diaria, más allá de las explicaciones teóricas y científicas de lo que es la transexualidad y el transgénero: ¿qué significa ser una persona transgénero y transexual en el día a día?

En general se observa que las mayores dificultades o rechazos en las actividades de la vida diaria vienen dadas por dos elementos:

- Tener o no tener el nombre cambiado de manera legal: cuando el nombre legal no coincide con el aspecto se producen situaciones complejas como veremos en los siguientes apartados.
- La imagen exterior de la persona: cuanto más normalizada esté según los cánones sociales de lo que es ser hombre o mujer, menor es el rechazo: *“Desde que mi imagen se ha normalizado ya no se produce esa actitud, creo que tiene que ver con eso...”*. Los momentos iniciales de cambio, hasta que los resultados de la hormonación son más visibles, o el caso de las personas transgénero son ejemplos de un mayor rechazo.

### 4.5.1. Ir a clase

Acudir a clase, tanto en la infancia como en la adolescencia, ha supuesto para la inmensa mayoría de estas personas un **sufrimiento** callado, una etapa de su vida en la que han conocido momentos de soledad: *“Ir a clase se convirtió en el recreo en estar yo sola, el resto jugando y yo en un rincón”*; una época en la que han sido víctimas de agresiones verbales

y, en muchas ocasiones, también físicas que hacen que estos años se recuerden como una etapa muy dolorosa de su vida.

Precisamente, a raíz de estas **agresiones** físicas o verbales hay personas que han evitado conscientemente visibilizar cualquier indicio de su verdadera identidad: *“A mí desde los cuatro años ya me pegaban y mucho... así que aprendí rapidito que tenía que disimular y que yo era un niño-niño, el más niño de todos”*; *“Se reían mucho de mi extraña forma de ser mas nunca sospecharon ni alumnos, ni profesores, ni psicólogos (a los que acudí desde mi más tierna infancia) lo que realmente pasaba dentro de mí”*.

Estas agresiones quedaban ocultas a los ojos de la familia y del profesorado; no obstante, si alguna vez el profesorado era conocedor de ellas no se evidencia que actuara en su defensa. Esta ausencia de implicación es una idea repetida por todas las personas consultadas, incluso algunas de ellas reconocen haber recibido agresiones verbales por parte del propio profesorado: *“He sido víctima de insultos, agresiones, mofa, rechazo... tanto por parte de los compañeros como de los profesores, por este orden”*.

También hay padres y madres del resto del alumnado que manifiestan conductas agresivas contra estas personas, sobre todo cuando más visible es el hecho de que su sexo biológico no coincide con su verdadera identidad: *“He vivido acoso y agresión en la ikastola porque veían que era diferente y porque los padres de mis compañeros fomentaron el odio hacia mí”*.

Estas agresiones están presentes en todos los niveles educativos aunque, en ocasiones, lo que cambian son las formas de expresarlas: *“En la ikastola la agresión era directa, en el instituto era más soterrada pero, dio paso a la marginación. En la Universidad siguió...”*. Y en otras ocasiones, son las propias personas las que, tras experiencias negativas, lo ocultan en niveles educativos superiores: *“En el instituto lo pasé fatal, hubo una falta de atención absoluta. En la universidad, visto lo visto, no dije nada, ni siquiera a mis amigos más íntimos y no empecé a visibilizar mi transexualidad hasta terminar la carrera”*.

Dentro de las dificultades compartidas, las niñas y chicas transexuales parecen tener una escolarización más complicada, con mayor nivel de agresiones y rechazo y, por tanto, con mayor necesidad de protección: *“A mí me hacían de todo, me seguían a casa para pegarme, me tiraban libros”*. Esto genera mucha ira y rabia contenida que de vez en cuando necesita descargarse: *“El de detrás de mí se pasaba todo el día diciendo: maricón, maricón, maricón, así todos los días, uno detrás de otro hasta que un día me levanté le tiré los libros, le di un sopapo y me fui de clase corriendo y llorando. Ese día pensé tirarme por un puente”*.

Todas estas dificultades tienen **consecuencias en el proceso formativo** de la persona. En ocasiones alcanzan grados extremos que hacen que la persona tenga que abandonar el centro y deban tomarse medidas extraordinarias: *“Tenemos el caso de una chica a la que le hacían bullying y no quería ir al colegio. Tuvimos que hablar con el Departamento de Educación para que pudiera permitírsele seguir los estudios desde casa hasta que se tomaran otras medidas”*.

Una de las consecuencias más habituales, al menos en las personas de más edad, ha sido el abandono de la escolarización y, en consecuencia, un menor nivel educativo alcanzado. Parece que en las nuevas generaciones, afortunadamente, esta tendencia está cambiando con un importante incremento de los niveles educativos cursados a pesar de las dificultades. En concreto, entre las personas transgénero y transexuales consultadas la mayoría ha cursado estudios profesionales y universitarios a diferencia de Europa<sup>28</sup> donde la mayoría de estas personas (34,7%) tiene estudios primarios.

#### 4.5.2. Hacer la comunión

Es frecuente –o lo era, al menos en generaciones anteriores más que ahora– que niñas y niños reciban su primera comunión y éste resulta otro momento de conflicto entre estas y estos niños y sus familias. Curiosamente, entre las personas transgénero y transexuales consultadas, todas adultas, ninguna ha mencionado espontáneamente este momento, como si fuera algo olvidado, al que sí se han referido sus familiares y algunos profesionales consultados.

El conflicto está más allá de la relevancia religiosa del evento, surge en algo tan material y tan poco espiritual como es la ropa que el niño o la niña se tiene que poner y aquella que realmente desea ponerse: *“Es un acontecimiento muy formal, sobre todo según cómo sea la familia, donde queda claro qué es ser niño o niña, así que a la niña la visten de princesa, con todas sus princesidades, y si la niña se siente niño pues... fatal. Y al niño le visten de marinero o de general y lo mismo...”*. Es un momento en el que socialmente está acordado el tipo de vestimenta y realizar cambios supone una transgresión demasiado grande como para permitírsela a un niño o a una niña que, por su parte, tampoco comprende el trasfondo de la situación: *“...y estamos en una edad en la que la niña o el niño tampoco saben nada de lo que les pasa, lo único que sienten es el rechazo, lo asocian a la ropa, a momentos como éste...”*.

#### 4.5.3. Ir al médico

Una de las dificultades más evidentes en este caso se produce antes del cambio de nombre y su reflejo en el DNI. En los listados médicos se anota el que corresponde al DNI por lo que si una persona ya ha comenzado a realizar los cambios físicos propios de su identidad pero todavía tiene el nombre de nacimiento, resulta muy violento para la persona ser llamada en voz alta: *“Sale la enfermera y dice en voz alta (dice su nombre de chico) y claro me levanto yo vestida de chica y toda la consulta se me queda mirando”*.

En algunas ocasiones y, fruto de la voluntad de cada profesional, se anota el nuevo nombre en el listado de tal manera que a la persona se le llama así: *“Como ya me conocen me*

<sup>28</sup> Whittle, Stephen; Turner, Lewis y col. “Transgender EuroStudy: legal Survey and Focus on the Transgender Experience of health care”. ILGA-Europe, 2008.

*ponen mi nuevo nombre pero... ¡me ha costado conseguirlo!, yo sé que tienen una columna en los listados que pone observaciones y ahí pueden anotar lo que quieran, así que si no lo ponen es porque no quieren".* En ocasiones, hay personas que consiguen ser atendidas por profesionales implicados lo que hace que un derecho, como es el trato profesional adecuado, se convierta en una cuestión de suerte: *"Creo que he tenido mucha suerte porque la endocrina y la médica de cabecera me ayudaron mucho, la primera con el tema de la hormonación y la segunda, por ejemplo, puso mi nuevo nombre en el historial".*

A pesar de las buenas voluntades de casos particulares, la falta de interés de las y los profesionales hacia estas personas es una tónica habitual en las quejas de las personas transgénero y transexuales acerca de la atención sanitaria: *"Les da igual lo que les digas, que si aquí pone X y yo te llamo X, son como robots, no piensan lo que supone para la persona que le llamen de una manera o de otra, son burócratas de mente cerrada".* Desinterés que en ocasiones se une a una falta de información sobre los protocolos del propio sistema sanitario: *"En el ambulatorio de salud mental al que me mandaron no tenían ni idea de cómo tenían que atender a una persona transexual".*

Otra de las quejas es la referida al excesivo tiempo de espera para conseguir las citas con el equipo médico antes de iniciar el tratamiento hormonal, lo que no hace sino alargar la angustia que supone no poder modificar un cuerpo con el que la persona no se siente identificada y todo lo que socialmente conlleva: *"Me hicieron dar vueltas innecesarias, se me ha tratado con poco respeto en las pruebas para el informe y se ha dilatado muchísimo el empezar el tratamiento hormonal"; "Me costó encontrar hormonas porque no encontraba ningún médico de Osakidetza que me hiciera el diagnóstico de TIG, y no podían enviarme a Cruces que es donde se da una mejor atención sanitaria... así que los recursos sanitarios más que ayudarme complicaron mi proceso, tuve que dar muchas vueltas y me sentí completamente abandonado".*

#### 4.5.4. Buscar o mantener un empleo

La idea de que es un colectivo mayoritariamente desempleado o que realiza su actividad en la economía sumergida no coincide con la realidad. Para verificarlo, se mencionan algunos de los trabajos que desempeñan o han desempeñado las personas transgénero y transexuales consultadas: empresaria de automoción, operario de cadena de montaje, transportista de camión, comercial, profesora, bibliotecario, electricista, dependiente, actriz. Las cifras conocidas<sup>29</sup> del empleo entre las personas transgénero y transexuales europeas muestran también una mayor proporción de personas empleadas, en torno al 40%, que desempleadas, 7%.

Lo que sí sucede es que, **según** en qué **fase del proceso de cambio físico** se encuentre la persona, las dificultades son mayores o menores para conseguir un empleo o mantenerlo.

<sup>29</sup> Whittle, Stephen; Turner, Lewis y col. "Transgender EuroStudy: legal Survey and Focus on the Transgender Experience of health care". ILGA-Europe, 2008.

Las mayores dificultades suelen darse en el momento en que se están produciendo los primeros cambios físicos producto de la hormonación, es decir, cuando la imagen todavía no es demasiado femenina o masculina, según el caso: *“Cuando mi imagen era más andrógina y menos marcadamente femenina como es ahora, he sufrido discriminación laboral lo que me ha creado una baja autoestima y una incapacidad para enfrentarme a las entrevistas de trabajo por temor... fase que ya he superado”*. También surgen problemas cuando el nombre legal no coincide con el aspecto: *“Hace ahora dos años que no trabajo, hasta que no he conseguido el DNI, hace cuatro meses, no he podido entrar en ninguna empresa porque como mi aspecto no coincidía con el DNI te decían que les gustabas, y al presentar los papeles entonces te decían que ya te llamarían y ahí quedaba eso”*.

Precisamente esta merma en la autoestima y la inseguridad son aspectos que posicionan a estas personas en una situación de **mayor desventaja en el ámbito laboral**: *“Porque vas con miedo y no te van a contratar pero no por ser trans sino porque te ven con miedo, inseguro y dicen: a éste le pasa algo y las empresas lo que no quieren son problemas”*.

En ocasiones, cuando el cambio físico todavía no se ha producido, las personas, por temor a perder o a no lograr un empleo, se dan a conocer con su identidad de nacimiento: *“Cuando trabajé en una empresa privada me presenté con el nombre femenino porque no quería arriesgarme a perder el trabajo”*.

Hay personas que han visibilizado tempranamente su verdadera identidad y han tenido una trayectoria laboral asociada a esa condición de transexualidad: *“He trabajado en el teatro, he hecho cortos de cine, sesiones de fotos de modelo más que como mujer yo diría que como transexual, no puedo renegar de mi pasado y de que soy transexual”*. También existen personas transgénero y transexuales que trabajan y no han tenido mayores problemas en este ámbito, tanto si han trabajado en la empresa privada (*“Pensé que era más complicado ponerme a buscar un trabajo que decirlo donde estaba, así que lo dije y ningún problema, sigo trabajando en el mismo sitio pero ahora ya visto y me muestro como una mujer”*; *“Yo se lo dije al encargado que iba a hormonarme y eso y me dijo que le daba igual porque él me contrataba por trabajar bien y allí sigo, sin problema”*) como si trabajan en la Administración pública: *“Como he trabajado en la Administración pública no he tenido problema”*.

Ello no significa que todas las compañeras o compañeros reaccionen con el mismo grado de aceptación: *“A veces algún compañero hace comentarios pero no le hago caso”*. Precisamente, en este sentido, una de las cuestiones en la que más inciden las personas transgénero y transexuales consultadas es en el **uso de servicios y vestuarios**, porque antes de visibilizar el cambio, deben usar los que corresponden al género con el que no se identifican y, cuando ya han realizado el cambio, porque existen reticencias por parte de algunas y algunos compañeros a compartir estos espacios con estas personas: *“Fui al baño de los chicos, cuando ya lo dije a los jefes, y un señor mayor montó una... ¡hasta me agarraba para que no entrase!”*; *“Personalmente, antes de empezar el tratamiento decidí no usar el vestuario de señoritas (es un chico) pero no me quedó más remedio que cambiarme bajo cerrojo porque intenté adaptarme al de caballeros y me lo prohibieron hasta que cambie mi nombre legal, por unos compañeros chivatos que se quejaron al jefe”*. En

ocasiones, la aceptación externa –seguir trabajando tras comunicar el cambio de identidad– lleva soterrada una evidente falta de aceptación: *“Descubrí la gracia de un minucioso pero estimado detalle por su parte (se refiere al jefe), que es no poner mi nombre en las primas, sino una coma en su lugar”*.

Para algunas personas transexuales consultadas, si bien es cierto que la inserción laboral es complicada, también es cierto que hay que saber cómo y dónde buscar trabajo. En este sentido, hay quienes consideran necesario establecer medidas de apoyo en esta búsqueda para superar las inseguridades propias que a una persona le genera pensar que no va a encontrar trabajo y, por otra parte, desterrar la idea de que ser persona transexual es incompatible con encontrar un empleo normalizado. En generaciones anteriores sí se puede decir que el empleo normalizado estaba prácticamente vetado para aquellas personas que visibilizaban su transexualidad o su transgénero pero, hoy en día, estas personas, como hemos señalado anteriormente, **también acceden a empleos normalizados**. La asociación de mujer transexual y actividades relacionadas con la prostitución como medio de vida es una realidad pero también, en ocasiones, una idea que se debe ir desterrando porque no es, evidentemente, la única opción: *“A veces decir que eres mujer transexual es oír: ‘pues vas a tener que meterte puta’ y eso no es así; pero la mujer, algunas mujeres, lo interiorizan y se lo creen y acaba cumpliéndose pero eso no es así, que sea lo único que puedes hacer, hay que hacer mucha labor ahí, en quitar esa idea y en apoyar a la gente a buscar trabajos normales; parece una tontería pero no lo es”*.

Algunas empresas, de manera muy minoritaria, recogen en su convenio la prohibición de discriminar por razón de identidad sexual pero lo habitual es que en cada empresa, a falta de la generalización de esta prohibición, se resuelva cada caso de manera particular.

Finalmente, aunque no sea lo específico del transgénero y la transexualidad –como algunos estereotipos intentan hacer creer– algunas de estas personas deben dedicarse a **actividades fuera del circuito normalizado del empleo**, como la prostitución, para subsistir. En estos casos la propia condición de transexualidad supone un reclamo para los potenciales clientes: *“Les da morbo que seas una mujer, con tus pechos y que tengas pene”*. En los medios de comunicación los anuncios de esta actividad se han incrementado en los últimos años, un seguimiento de los periódicos de mayor tirada en Euskadi realizado durante la investigación revela que el porcentaje de anuncios de personas transexuales que ofrecen servicios sexuales puede llegar a suponer un 10% del total de los anuncios de la sección de relax, correspondiendo en todos los casos a mujeres transexuales.

#### 4.5.5. Otras actividades: compras, viajes, hacer deporte...

El no haber realizado el cambio registral de nombre y sexo y su correspondiente modificación en el DNI se traduce en dificultades diarias a la hora de realizar trámites en que se requiera este documento, por ejemplo, al acudir a un banco o realizar compras y utilizar la tarjeta de crédito: *“Muchos no han tenido una cuenta bancaria sólo porque para ello tienen que enseñar el DNI y no lo tienen cambiado y tienen que empezar a dar explicaciones...”*; *“Solía tener problemas en las tiendas, iba a pagar con tarjeta y veían que mi nombre, mi*

*foto y mi aspecto no coincidían, así que tenía que ponerme a dar explicaciones. Así que ahora voy con dinero en metálico que es más incómodo pero no tengo que dar explicaciones”*

En ocasiones, existe escasa sensibilidad social en el trato a estas personas aun viendo claramente a qué género pertenecen: *“Alguna vez que he ido al juzgado, ven mi aspecto de mujer-mujer y como en el DNI está mi nombre de chico se dirigen a mí en masculino, me parece un trato humillante”*.

Viajar en determinados medios de transporte como el avión también conlleva sus dificultades: *“Una vez, antes del cambio del nombre, hice un viaje en avión... estaba hormonándome y llevaba todas las pastillas en el bolso. ¡La que se armó en el arco de seguridad!, ¡Imagínate!: primero mi cara y mi nombre del DNI que son de chico y allí delante tenían una chica con su falda y sus tacones y, encima, con un montón de pastillas (se ríe) claro tuve que ponerme a contarles mi vida hasta que una de las chicas de seguridad dijo: yo conozco un caso como el tuyo, pasa y tranquila. ¡Pues menos mal!”*

El uso de vestuarios, en polideportivos o gimnasios, y de servicios en bares o en otros lugares suele ser un motivo de conflicto personal: ¿a cuál entro? Pero sobre todo social: ¿qué dirán si entro en éste?, conflictos que suelen resolverse de formas variadas: *“Iba a la autoescuela y si tenía ganas de ir al servicio me esperaba a llegar a casa”*; *“Mi hija, quería ir al gimnasio y como tenía problemas con los vestuarios le dijo directamente al chico del gimnasio lo que pasaba y le dejaban cambiarse en un cuarto que tenían”*. En otras ocasiones ni tan siquiera encuentran una solución: *“Me he quejado un montón de veces de los vestuarios de los polideportivos municipales, al ayuntamiento y a otras instituciones pero no me hacen ni caso”*.

#### **4.5.6. Tener una pareja, formar una familia**

Tener pareja es una de las mayores **dificultades** para una persona transgénero o transexual: *“A pesar de que he podido tener bastantes parejas sexuales esporádicas, el tema de tener una pareja siendo trans es complicado...”*; *“He sufrido mucho en el ámbito sentimental, sobre todo cuando estaba transicionando...”*.

Y, dentro de esta dificultad compartida por todas estas personas, se observa que en el caso de las mujeres transexuales heterosexuales la dificultad es mayor: *“...sobre todo siendo chica trans y tener parejas masculinas... siento que muestran un gran rechazo a tener relaciones sexuales conmigo, cosa que no veo tanto cuando la mujer transexual es lesbiana o cuando se trata de un chico trans el que busca de pareja a una mujer”*. Por las consultas realizadas, se ha observado que cuando la persona transexual busca pareja entre los hombres existe un mayor rechazo, mientras que si la pareja buscada es una mujer este rechazo es menor. Quizá en ello influye cómo vive cada género su propia sexualidad, en el caso de los hombres parece que habría una mayor importancia de lo genital en comparación con la mujeres: *“La mujer está educada de tal modo que su identidad no depende de su entrepierna ni de la de su pareja, en los hombres no parece ser así, ven su masculinidad*

*cuestionada si su pareja es una mujer que tiene pene o que no tiene vagina. Puede que sea un objeto de deseo de manera temporal pero no para una pareja estable". Precisamente, uno de los motivos por los que las personas desean realizarse la cirugía genital es este deseo de encontrar una pareja estable o de poder mantener relaciones sexuales con su pareja actual: "Mi pareja quiere hacer el amor y yo me niego a que me toque, él dice que no le importa pero a mí sí, no quiero que me vea así".*

Los hombres que son pareja estable de una mujer transexual reconocen haber tenido sus **dudas** y reflexiones sobre su propia orientación sexual: *"Cuando la conocí tenía dudas de si yo era gay, así que para probar me fui con otros hombres pero no funcionaba. Me di cuenta de que no me gustan los hombres, que me gusta ella como persona, que la quiero".* Inquietud—ésta de la homosexualidad— que no se ha observado tan intensamente entre las mujeres consultadas cuya pareja era un hombre o una mujer transexual: *"A mí me gusta ella como persona, yo tengo claro que no soy lesbiana, me gusta ella"; "Le quiero por cómo es y por encima de sus genitales, nuestro amor está por encima de esas cuestiones".* Todas estas dificultades hacen que haya muchas personas, sobre todo mujeres transexuales—al menos entre las personas consultadas— que tengan miedo a tener una relación de pareja: *"Tengo pavor a mantener una relación sentimental estable".*

Se ha observado también la existencia de parejas en las que las dos personas son transexuales; en estos casos se considera que la complicidad y la comprensión son mayores porque se tienen vivencias similares. No obstante, se reconoce que no se busca deliberadamente a una pareja transexual y que por ese hecho la relación no necesariamente funciona mejor que con una persona no transexual: *"El hecho de que mi pareja sea transexual significa que me comprende mejor que cualquier otra pareja pero no por eso nos queremos más que otras parejas o tenemos menos problemas".*

En casi todos los casos consultados de personas que ya tenían pareja al iniciar el proceso de cambio se reconoce que estas parejas fueron de gran ayuda para dar el paso definitivo a su verdadera identidad aunque la situación para ellas no fue fácil y en todos los casos se produjo la **ruptura**: *"Mi hija salía con una chica muy maja, ella le ayudó mucho a que diera el paso, le animaba, era una buena chica"; "Empecé a salir con una chica que, en ocasiones, no me dejaba ser yo mismo y me ocultaba a su familia y a sus amigas, el precio de perderla que he tenido que pagar ha sido muy alto"; "Llevaba catorce años con una mujer y decir entonces que yo era una mujer fue un momento muy duro, de conflicto, de esperanza y de miedo".* La convivencia con estas parejas antes de visibilizar la verdadera identidad también sufre las consecuencias del rechazo al cuerpo no sentido, que suele traducirse normalmente en el ámbito de las relaciones sexuales: *"Viví siete años con una persona, antes del cambio a hombre... sin dejarme tocar, mis relaciones han sido siempre con ropa".*

También hay casos de personas que actualmente tienen pareja pero no han llegado a culminar su cambio físico por lo que, de cara a la sociedad, siguen siendo parejas heterosexuales tradicionales, mientras que en la realidad son una mujer o un hombre que vive con una mujer o un hombre transexual, lo que suele generar conflictos personales en la relación: *"Mi mujer se enamoró de un hombre y utiliza esto como arma arrojadiza, yo la entiendo porque ella se enamoró de un hombre que después ha salido mujer y ella no es*

*lesbiana precisamente”; “Yo creo que no es lo mismo que te gusten las mujeres heterosexuales o que te gusten las mujeres lesbianas porque las prácticas sexuales, las relaciones, son diferentes... con los hombres, lo mismo”.*

Por otra parte, el apoyo de las parejas cuando éstas no son personas transgénero y transexuales no siempre resulta visible. Hay parejas que lo viven con normalidad: *“Yo voy con mi mujer (es una mujer transexual) por la calle de la mano, nos besamos, pues como una pareja normal que se quiere”.* En otros casos se oculta a la propia pareja o, incluso, es la persona transexual quien quiere esconder a esta pareja en un intento de protegerla de la sociedad: *“Yo he vivido siempre mi transexualidad manteniendo a una pareja pero me he sentido muy culpable; por eso entiendo a quienes no te dicen si tienen pareja o no o, si la tienen, no la enseñan por ahí porque ves que arrastras a tu pareja al rechazo social”.*

En las **generaciones más jóvenes** se observa un cambio en la reivindicación del derecho a formar una familia, se verbaliza más este deseo, a casarse, a tener hijos e hijas, desde la realidad visible de la transexualidad: *“Yo soy un hombre transexual, estoy casado y mi mujer y yo decidimos tener un hijo y ya lo tenemos”.* Para las generaciones mayores tener una pareja, hijos e hijas era una opción casi excluida en su plan de vida: *“Yo soy mujer pero he vivido y vivo como un hombre tradicional con mi familia tradicional, mi mujer y mi hijo que ya es un chico adulto”.*

Actualmente hay cada vez más casos de personas transexuales que forman una **familia y tienen descendencia**. En las consultas realizadas se ha detectado que hay personas que señalan sentir cierto rechazo social por ser padres o madres transexuales por parte de quienes piensan que ser transexual no debería ser compatible con la maternidad o paternidad, justificándose en mitos erróneos que cuestionan su capacidad mental o consideran que sus hijas e hijos tendrán problemas de adaptación, y de identidad y orientación sexual. Aunque esta cuestión no ha sido muy estudiada hasta el momento, sí existen algunos estudios que consideran que la transexualidad no es un obstáculo para educar correctamente a los hijos e hijas. Finalmente, otras personas señalan las dificultades que tienen sus hijas e hijos cuando se conoce que el padre o la madre son transexuales por parte de otras personas adultas (profesorado u otros padres o madres); este hecho provoca ciertas situaciones de rechazo.

#### 4.5.7. La orientación sexual

Existe entre algunas personas, la tendencia a asociar erróneamente ciertas opciones de identidad sexual a otras de orientación sexual; la realidad demuestra que el transgénero y la transexualidad no implican sistemáticamente una determinada orientación sexual. Al contrario, se trata de una opción particular, exactamente igual que en el caso de las personas no transgénero o transexuales. De todas las opciones posibles, a algunas personas y profesionales de atención directa les cuesta entender el caso de las personas transexuales homosexuales. La dificultad la encuentran en el propio hecho del cambio de sexo: en concreto, la pregunta que plantea la duda y el consiguiente rechazo es: *“Si eres un chico de nacimiento y te gustan las chicas ¿para que te haces chica? ¿Cómo es posible que te*

*hagas chica y te gusten las chicas? Es como si fueras una retorcida, pues si ya te gustan las chicas, déjate de chico y no te lées... Lo que no entienden es que son dos cosas distintas, una cosa es lo que yo me siento y otra qué género de personas me atraen sexualmente".* Además, en opinión de algunas personas, la atracción hacia otra no reside sólo en su sexo sino en su propia orientación sexual: *"A mí me gustan las mujeres lesbianas, no sólo por ser mujeres sino por ser lesbianas que es un punto diferente, es una manera de amar diferente."*

Ésta es una de las cuestiones que algunas personas transgénero y transexuales consultadas denuncian no sólo de la sociedad sino de algunos servicios de atención ofrecidos desde algunas entidades que también atienden a personas homosexuales: la no separación entre orientación sexual e identidad sexual. Y ello tanto si la persona transexual es homosexual [*"En (dice nombre de la entidad) no les entraba en la cabeza que me gusten las chicas y yo quiera ser chica"*] como si la persona transexual es heterosexual [*"En (dice nombre de la entidad) intentaron comerme el coco de que yo no era trans sino que era una chica lesbiana que no tenía resuelto mi lesbianismo y yo dale que te pego: 'que no, que yo no soy lesbiana, que yo soy un chico y que me gustan las tías'"*]. Esta reacción se denuncia también de ciertas unidades de atención específicas: *"En (dice nombres de varias Unidades de Identidad de Género) no se admite bien esto de la homosexualidad, piensan, te dicen: 'pero, vamos a ver, si eres una mujer biológica y te gustan los hombres ¿para qué te vas a cambiar a hombre? pero ¡si de mujer hasta vas a ligar más!'".*

**Identidad sexual y orientación sexual son dos conceptos diferentes**, tal y como se explica en el tercer capítulo; sin embargo, la confusión de conceptos y la asociación de transexualidad con homosexualidad es una realidad, incluso para las propias personas transgénero y transexuales en los primeros momentos de la búsqueda de explicaciones, como ya se ha indicado en este cuarto capítulo: *"Yo he tenido en un mismo verano relaciones sexuales con un chico y una chica para probar qué era yo porque tenía dudas"*.

#### 4.5.8. La soledad y el sufrimiento

La infancia y adolescencia de estas personas está caracterizada, en la mayoría de los casos, por la soledad, la introversión y un cierto aislamiento social que en algunos casos se mantiene incluso en la vida adulta: *"Me siento aceptada por mi pareja y mis dos amigos pero me siento totalmente excluida por todas las personas que me rodean, empezando por lo que era mi familia pero hago como si no me diera cuenta. A veces lloro mucho..."*

La soledad es compañera habitual en las etapas vitales en que otras personas se socializan en sus grupos de iguales, en la escuela o en los momentos de ocio: *"De pequeña siempre estaba sola, muy pensativa, siempre he sido introvertida"*.

En ocasiones aflora el sentimiento de culpa por vivir de acuerdo a la identidad sentida: *"Cuando en casa no me aceptan salgo a la calle... travestido, según el día... y salgo corriendo para que mis padres no me vean... pero sé que lo saben porque me han visto y las vecinas les hacen comentarios cuando se ponen a colgar la ropa en el patio... pero aunque me*

*siento a gusto suelo tener sensación de culpabilidad pero... sólo durante unos segundos".* En otras ocasiones, son la rabia, la impotencia o la desesperación los sentimientos que generan un gran nivel de sufrimiento y dolor: *"La lucha reactiva es grande y la proactiva es un castigo tremendo"*.

El no encontrar la explicación, de por qué les sucede eso también es motivo de sufrimiento: *"Cuándo vienen a la consulta y me dicen que por qué les pasa eso yo les digo que es una faena que les ha hecho la naturaleza"*. El sufrimiento y el dolor se canalizan, en muchas ocasiones, en la escritura en forma de poemas o diarios expresando, así, las emociones que no pueden sacarse a la luz: *"Me daba por escribir y todo lo que tengo escrito es muy triste, yo no podía sacar mis sentimientos de otra manera porque no podía hablarlo con nadie; ahora (tras el cambio hormonal y a la espera del quirúrgico) me da por vivir la vida"*.

Y este sufrimiento pasa muchas veces desapercibido en aquellos ámbitos de atención no directa, lo que genera entre las personas transgénero y transexuales la sensación de que quienes toman las decisiones, al menos ciertas decisiones, no son conscientes de este dolor: *"Nuestra vida es una mierda, nadie sabe realmente lo que pasamos, nadie se puede poner en nuestro lugar. Momentos de depresión, de quitarte tu maquillaje y...una llorera brutal, de saber que la hormonación ya no te va a quitar la alopecia... y... otra llorera brutal"*. Nos estamos refiriendo a decisiones sobre cuestiones como establecer la mayoría de edad para realizar los cambios legales, hormonales y quirúrgicos, requerir dos años de hormonación para cambiar el nombre o no incluir la cirugía de reasignación sexual en las prestaciones sanitarias públicas. Hay una frase de un profesional de atención directa que refleja precisamente el trasfondo de esta situación: *"Mientras algunas personas están discutiendo en los despachos sobre cuestiones políticas para ver qué hacer o no hacer, la realidad es que, ahí fuera, hay personas que están sufriendo, y mucho, y algunas de ellas, incluso, se suicidan"*.

#### **4.5.9. Las autoagresiones y el suicidio**

Hay momentos en los que la desesperación por el desajuste entre el cuerpo físico y la identidad es tal, que las personas se autoagreden, siendo los genitales externos el objeto de estas agresiones porque significan para la persona el cuerpo no sentido y, por lo tanto, no aceptado: *"Me intenté cortar los testículos y el pene con un cuchillo y me cogieron a tiempo"*.

El suicidio o el intento de realizarlo se convierte en el indicador del máximo nivel de sufrimiento, exclusión social y dolor, ya desde edades tempranas: *"Yo de adolescente, jovencito, tuve un intento de suicidio, la psiquiatra me preguntaba el porqué pero yo sólo lloraba y lloraba"*. A veces este deseo puede estar presente de manera habitual en la vida: *"Lo de tirarme de algún sitio lo he pensado toda mi vida"*. Algunas personas expresan también su voluntad de hacer frente a ese deseo: *"A veces pienso que qué mierda de vida, que me tiraré al metro pero tengo que seguir"*. Se trata de un sufrimiento no comprendido por quienes no tienen esta experiencia vital: *"La gente no entiende nuestro sufrimiento, la sanidad pública de aquí no entiende este dolor, lo que significa no poder hacerte la cirugía y odiar"*.

*tus genitales... en un intervalo de dos meses he perdido dos amigas que se han suicidado por no poder hacérselo (llora al contarlo) y yo también estoy esperando a hacérmela (se refiere a la cirugía)... es muy duro”.*

Para algunas personas representa el fin de los padecimientos: *“Piensas que en un momento se acaba el martirio, pero tienes que pensarlo bien, pensar en los padres, en amigos, en la gente que te quiere y no se merece sufrir”.* Cuando sucede, sobre todo si en la familia y el entorno cercano se acepta a la persona y su verdadera identidad la sensación de tristeza y de no saber el porqué es inmensa: *“No sé por qué lo hizo, ahora que iban a empezar los cambios... que sufrimiento debía de tener tan grande”.*

Para algunas personas, precisamente, este hecho supone el inicio del cambio en su modo de afrontar la situación: *“Treinta años sin que nadie sepa nada y un día mirando desde lo alto de un acantilado, mirando para abajo y diciendo hasta aquí he llegado, me dije que eso no era la solución”.* Para otras, el inicio del diagnóstico de su situación: *“Tuve un intento de suicidio hace seis años, me ingresaron en el hospital y el psiquiatra me diagnosticó una especie de trastorno de género”.*

Hay ocasiones en que no podría decirse que se produce un intento de suicidio de manera explícita pero sí, de alguna manera, de forma solapada cuando la persona asume ciertas conductas de riesgo sabiendo y asumiendo que la muerte es una opción posible: *“Hacía todo tipo de deportes peligrosos, puenting... y pensaba: a ver sí me pego un golpe y me mato y acaba todo esto”;* *“Me cogía el coche y... a cien por hora, embalado, a ver si me pegaba la torta y se acabó”.*

Finalmente, aunque la importancia de esta cuestión no dependa de las estadísticas, porque el sufrimiento es personal, sí puede resultar de interés señalar que los intentos de suicidio son más habituales entre las personas transgénero y transexuales que entre las que no lo son. Por citar algunos datos, la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género del Hospital Carlos Haya de Málaga recoge entre sus estadísticas<sup>30</sup> que el 63% de los hombres transexuales atendidos en esta Unidad han pensado seriamente en quitarse la vida a una edad media de 18 años y el 31% de estos pacientes han sufrido algún intento de suicidio a la edad de 20 años.

#### **4.5.10. La emigración a otro lugar**

La manifestación de la verdadera identidad y el inicio de los cambios físicos suele ser un momento en el que una parte de estas personas cambian de domicilio; dejan el municipio en que residían para comenzar una nueva vida dentro o fuera de Euskadi. Tradicionalmente han sido las grandes ciudades como Madrid o Barcelona las que han acogido a las personas transgénero y transexuales de generaciones anteriores. Actualmente Navarra, en con-

<sup>30</sup> Gómez Gil, Esther y Esteva de Antonio, Isabel. Op. Cit. Pág. 254.

creto Pamplona, es también otro de los puntos de destino debido, entre otras cuestiones, a la posibilidad de realizar allí ciertos cambios físicos. Entre las ciudades receptoras Bilbao se ha convertido también en un foco de atracción para personas residentes en municipios más pequeños de la comunidad autónoma o, incluso, de otras comunidades del norte. Bilbao es una zona que recoge de manera natural un movimiento migratorio notable porque es un lugar con recursos de atención, tiene una zona de ocio interesante, es una ciudad más grande y con más posibilidades y más anonimato. Este municipio, en opinión de algunas personas consultadas, ha sido un polo de atracción, sobre todo en la década de los ochenta.

Esta emigración es necesaria, en muchas ocasiones, sólo de manera esporádica: *“Aquí no había nada, ni información, ni psicólogos pero sabes que existen cosas porque las has leído; así que a primeros de los ochenta me fui un tiempo a Madrid, tuve la suerte de ir y estar en la famosa Mandrágora y... ¡jera otro mundo!”*. En otras ocasiones la emigración tiene carácter permanente para vivir con mayor libertad el proceso de cambio: *“Me fui de mi barrio (en un municipio grande) porque aquí nos conocemos todos y me seguían tratando en femenino, me fui a otra provincia a vivir ya como un hombre”*. Parece que el cambio es necesario de manera más notoria en zonas rurales ya que, como reconoce incluso la propia ciudadanía consultada durante la investigación: *“En el pueblo nos conocemos todos y hablamos, y para una persona así es más fácil pasar desapercibida en una ciudad grande”*; *“Al principio me quería fugar cuanto más lejos de mi pueblo mejor, me daba igual los amigos y la familia, que les quiero un montón pero...”*.

En este cambio de domicilio pesa el factor personal pero también el familiar; por eso, las personas transgénero y transexuales, conscientes de ello y pensando en muchas ocasiones en su entorno familiar, optan por el cambio de domicilio: *“En mi pueblo no he visibilizado mi identidad, me fui de allí hace mucho tiempo, antes de comenzar el tratamiento hormonal y mucha gente ahora no me reconoce... me da miedo dar que hablar y que hable de mí todo el mundo y, de rebote, de mi familia, ¡claro! No sé si lo contaré o si merece la pena hacerlo y... ¡cómo reaccionarían!”*. Y otras veces es precisamente lo contrario, que la persona no emigra por su familia: *“Lo he pensado pero decidí no hacerlo, si me fuera renunciaría a mi familia y tampoco resolvería mi problema”*. La cuestión del empleo es también otro factor de peso al valorar cambiar o no de residencia porque la emigración puede suponer la pérdida del empleo: *“Sí me he planteado marcharme a otro sitio pero me frena que tengo un trabajo estable y me hace falta el dinero”*.

#### 4.6. HACIENDO BALANCE DE LA VIDA: EL PASADO Y EL FUTURO

Hablar con personas transgénero y transexuales de lo que ha supuesto su experiencia revela la idea generalizada de la existencia de dos vidas: la de antes y la de después del cambio que les ha —en sus palabras— *“devuelto la vida”*: *“Yo vivo ahora, antes no he vivido”*. Como todo cambio, ha supuesto dejar algo en el camino: lo más difícil de todo el proceso pero también lograr algo que ha traído la felicidad a la persona: vivir de acuerdo a su verdadera identidad.

En concreto, ¿qué han dejado y qué han ganado estas personas?

- Lo que han perdido en el camino: *“La vida, toda mi vida anterior, mi niñez, mi adolescencia, mi juventud, todo”; “He dejado mi vida, treinta años sin vivir”; “Tener una familia, comer y dormir en una casa, tener un trabajo, no ser agredida, tantas cosas...”; “Mi salud, mi vida, mi niñez, mi juventud, mis ilusiones...”*
- Lo que han ganado: *“He conseguido vivir como soy”; “He conocido a la persona con la que estoy”; “Por primera vez en mi vida soy feliz”; “Me he ganado a mí misma”; “He ganado la vida”*

Y después de esta experiencia, ¿qué hubieran cambiado de sus vidas? La mayoría de las personas coinciden en señalar que hubiesen visibilizado antes su situación y hubieran deseado realizar los cambios físicos a edad más temprana, incluso en la adolescencia que sigue recordándose como el período más difícil de su vida: *“¡Qué pena no haberlo hecho con veinte años menos!”; “Decirlo antes y empezar antes con todo el tratamiento”*.

¿Y el futuro? ¿Cómo se ven estas personas en unos años?

- El futuro se muestra esperanzador para algunas: *“Me veo casado y con hijos”, “Me veo con todos los cambios hechos y ya como un tío bueno (se ríe)”*. Con deseos de llevar una vida normal: *“Olvidarme de la transexualidad y ser como el resto de las personas”*.
- Desesperante para otras principalmente cuando lo proyectan en función de la consecución o no de la cirugía de reasignación de sexo: *“Si no consigo la operación ya, creo que voy a matarme porque no aguanto más”; “Si ahora, después de haberme hormonado, no consigo la mastectomía para mí sería un desastre, volvería a estar encerrado, deprimido”*. Algunas creen que su situación va a seguir igual: *“Como hasta ahora, ejerciendo la prostitución, ¿cómo si no?”*.
- Incierto para quienes no tienen claro por dónde van a dirigir su vida: *“Igual ahora que mi hijo es mayor puedo plantearme visibilizar mi identidad, no lo sé”*.
- Aunque también hay personas que no se plantean esta cuestión, muchas de ellas inmersas todavía en la batalla de conseguir cambios hormonales, quirúrgicos y legales: *“No sé lo que va a pasar mañana ni dentro de un año, dos o tres, no tengo planes más allá de hoy”; “Mi futuro es mi presente”*.

#### 4.7. LAS PERSONAS TRANSGÉNERO Y TRANSEXUALES COMO GRUPO SOCIAL

Una vez analizadas las diferentes cuestiones del proceso individual, en este apartado abordamos el diagnóstico desde la perspectiva grupal, para lo cual se analizan tres cuestiones: la existencia o no de una comunidad transgénero y transexual, el movimiento asociativo y la imagen que estas personas creen que tienen en la sociedad.

#### 4.7.1. ¿Son una comunidad?

¿Qué se entiende por comunidad?: un grupo de personas que comparten de manera estable unos valores y estilos de vida. La pertenencia de un individuo a una comunidad implica que existe la comunidad previamente y, cuando aquél nace, se incorpora a ella. En palabras de Nieto Piñeiro<sup>31</sup>: *“La decisión de pertenecer a o aislarse de un grupo se elige, no viene impuesta. La identidad trans, a diferencia de la identidad étnica, no viene asignada por razones de nacimiento”*. ¿Forman, entonces, las personas transgénero y transexuales una comunidad? Ante esta cuestión la opinión está dividida.

Las personas que consideran que sí existe una comunidad son, en su mayoría, personas transexuales. Lo consideran porque a pesar de tener estilos de vida diferentes, comparten los mismos problemas y esto *“les hace movilizarse y militar en la causa”*.

Quienes opinan que tal comunidad no existe son una parte de las personas transexuales, la totalidad de las personas transgénero y una gran parte de las y los profesionales consultados. Las razones son diversas:

- El deseo de no perpetuar esa condición de transexualidad y de llevar una vida normalizada. Para estas personas, no existe comunidad por el hecho de que la transexualidad es un proceso individual que corresponde a un tiempo en la vida de una persona en el cual adecua su identidad física a la sentida y, una vez realizada esta adecuación, vive como hombre o como mujer. Aunque hay un momento compartido de vivir un proceso de transexualidad, no es algo en base a lo cual se establecen unas uniones permanentes o estables, ni tampoco implica que se compartan valores o estilos de vida: *“La mayoría de la gente trans va por libre y precisamente quieren dejar de ser parte de dicha comunidad para ser lisa y llanamente hombres y mujeres”*.
- Hay personas que consideran que compartir ciertos problemas comunes no es suficiente para sentirse o formar una comunidad porque lo que realmente crea una comunidad, los estilos de vida y valores compartidos, no se refleja en estas personas: *“Somos un grupo de personas que hemos sufrido... que nos hemos apoyado... el hecho de que hayamos pasado por lo mismo hace que tengamos mucha comprensión los unos con los otros ya que nos sentimos identificados en muchas cosas por las cuales hemos tenido que pasar... pero de ahí a decir comunidad... pues no sé porque luego está claro que somos como todo el mundo, cada uno es de su padre y de su madre, y cada cual resuelve y formaliza su situación, y a vivir que son dos días...”; “Aquí cada palo aguanta su vela, puede haber relación estrecha entre nosotros pero de ahí a decir que somos una comunidad...”*.

<sup>31</sup> Nieto Piñeiro, J.A. “Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género”. Ediciones Bellaterra. Barcelona, 2008. Pág. 207.

- Otra razón es la existencia de cierta brecha o distancia entre las personas transgénero y las transexuales porque no se sienten identificadas unas con otras como grupo; de hecho, como se menciona lo largo de este capítulo, en las consultas realizadas se han observado actitudes de rechazo hacia el transgénero desde algunas personas transexuales: *“No somos una comunidad porque hay personas transexuales intolerantes hasta la médula con aquello que escape a su vivencia como transexuales, excluyéndonos a las transgénero, lo que denota un deseo de ser aceptado y normalizado unido a una falta de empatía con otras gentes”*.

No se ha observado que compartan estilos de vida, opiniones, valores iguales; lo que se constata, al contrario, es que son personas muy heterogéneas en su sentir y en su actuar. Comparten únicamente, y no es poco, el hecho de haber nacido con un cuerpo en el que no se sienten reflejadas. Por ello, siendo estrictos con la definición de comunidad aceptada desde las ciencias sociales, podría decirse que, en este caso, más que comunidad lo que existen son grupos de personas transgénero y transexuales que viven de manera individual su experiencia y, algunas de ellas, de manera más o menos organizada y estable, realizan actuaciones conjuntas; se trataría más exactamente de un movimiento asociativo que es el tema que se aborda en el siguiente apartado.

En opinión de algunas personas consultadas, que conocen otras realidades fuera de Euskadi, tampoco en el Estado se puede considerar que exista una “comunidad trans” específica; a diferencia de lo que sucede en Europa donde, además de un mayor activismo social, existe también un sentimiento muy fuerte de “comunidad trans o transgender”, término que como ya se explicaba en el tercer capítulo engloba tanto a las personas transgénero como a las transexuales.

#### 4.7.2. Asociacionismo

Las personas transgénero y transexuales en Euskadi se agrupan en diversas asociaciones que cumplen tres objetivos:

- En el ámbito personal, estar en una asociación es una oportunidad de conocer a otras personas que comparten la misma experiencia, saber que la persona no se encuentra sola y poder sentirse mejor: *“Estar en la asociación me ha ayudado a centrarme, a compartir cosas con personas que pasan algo parecido a mi vivencia”*; *“Me dijeron que existía la asociación y me apunté, conocer a personas que pasan lo que yo estoy pasando me ayudó”*. En este caso, la asociación cumpliría los objetivos de los grupos de autoayuda.
- Socialmente estas asociaciones funcionan como un recurso de atención directa. Por ello, volverán a ser estudiadas en el quinto capítulo en el apartado sobre recursos y servicios prestados.
- Sirven como plataforma de reivindicación de las demandas sociales, sanitarias y legales de estas personas: *“Desde la asociación podemos hacer más fuerza para lograr nuestras reivindicaciones”*.

#### 4.7.2.1. *Los tipos de asociaciones*

En Euskadi encontramos diferentes tipos de movimientos asociativos. Por una parte, los grupos que englobarían más específicamente a lo que se ha definido en este informe como personas transgénero pero donde también se asocian personas transexuales u homosexuales con el denominador común de reivindicar la **superación del dualismo social mujer-hombre**. A tenor de las consultas realizadas, son **Queer Ekintza y Medeak** los grupos o plataformas sociales más destacados dentro de nuestra comunidad autónoma. También existen otros movimientos de esta índole originarios de otras zonas cuya influencia se deja sentir también en Euskadi, como es el caso del grupo catalán denominado **Guerrilla Travolaka**.

En cuanto al asociacionismo específico de las personas transexuales existen actualmente en Euskadi dos asociaciones: **Transexualidad Euskadi** que es la pionera en la comunidad autónoma, y **Errespetuz-Asociación para la defensa e integración de las personas transexuales**, de más reciente creación, en el año 2008. Estas dos tienen su ubicación física en la CAPV, en Donostia-San Sebastián y en Bilbao respectivamente. No obstante, como ya hemos mencionado al inicio de este cuarto capítulo, la ubicación física no se corresponde estrictamente con el ámbito de actuación que resulta, en todos los casos, mucho más amplio. De hecho, esta es la razón por la que una asociación como Iloa Ledo, con sede en Pamplona, resulta en la práctica un referente muy significativo para las personas transexuales de nuestra comunidad autónoma por lo que podría considerarse como una tercera asociación dentro de este ámbito geográfico.

Además de estas asociaciones de creación más reciente y de ámbito más específico del transgénero y de la transexualidad, el movimiento asociativo de Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales, conocido como **movimiento LGTBI**, también recoge entre sus miembros a grupos de personas transexuales. Una parte importante de las asociaciones que representan a estos grupos se unen formando la **Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales**, más conocida con el acrónimo FELGTB. Estas asociaciones que inicialmente se crearon para dar respuesta a las necesidades de las personas homosexuales han ido incluyendo las reivindicaciones del colectivo de personas transexuales y bisexuales, hasta el punto de que actualmente se ofrece una respuesta conjunta a estos colectivos. Sin embargo, en el caso de Euskadi, las referencias asociativas para las personas transgénero y transexuales consultadas son, en mayor medida, las asociaciones específicas anteriormente citadas.

#### 4.7.2.2. *Asociaciones de personas transgénero y transexuales: ¿dentro o fuera del movimiento LGTBI?*

Con la creación de las nuevas asociaciones específicas de personas transexuales y transgénero se plantea, para algunas personas, la necesidad de valorar la pertinencia actual de continuar ligadas al movimiento LGTBI. No existe consenso sobre el tema y son **diferentes los posicionamientos**:

- Las personas transgénero y transexuales que consideran positivo continuar formando parte del entorno LGTBI argumentan su postura con la idea de que comparten un objetivo común: *“El resto de la sociedad no nos comprende ni nos acepta y así nos juntamos y hacemos más fuerza”*. La defensa común de los derechos de las personas, sea en materia de identidad sexual o de orientación sexual, es otro de los argumentos esgrimidos: *“Que se desliguen para mí no tiene sentido. Los derechos son derechos de las personas y luchamos unidas por ellos... o así creo que debería ser”*. Las y los profesionales consultados partidarios de esta unión de fuerzas señalan que la trayectoria reivindicativa del movimiento LGTBI, su reconocimiento social y su cada vez mayor presencia en la sociedad le avalan como líder con capacidad para canalizar las reivindicaciones propias de las personas transgénero y transexuales, y para que sus actuaciones puedan tener un mayor impacto.
- Otras personas transgénero y transexuales consideran necesaria la diferenciación de los colectivos: *“Creo que debemos dejar claro a la sociedad que una cosa es ser homosexual y otra ser transexual y, si nos ven juntos, al final la gente mezcla churras con merinas”*. Esta defensa de desvinculación del movimiento LGTBI alcanza, en ocasiones, expresiones más drásticas: *“Yo ni soy gay, ni lesbiana, ni bisexual... ¿Por qué se me tiene que incluir dentro de sus problemas o, incluso, de sus facilidades? Para ellos y ellas todo es más fácil, no tienen que pegarse media vida consiguiendo, luchando y muriéndose por una identidad”*. Del mismo modo, algunas personas transgénero y transexuales consideran que otra razón para desmarcarse o, al menos, diferenciarse dentro del colectivo es la desatención que dentro del mismo sufren las personas transgénero y transexuales: *“Se habla de movimiento LGTBI pero a la hora de la verdad las cosas que se hacen son para las siglas L (lesbianas) y G (gays) porque a nosotros dentro del movimiento tampoco se nos hace mucho caso”*. Esta percepción de discriminación interna –dentro del movimiento LGTBI– es compartida por gran parte de las personas transgénero y transexuales sean o no partidarias de la vinculación al movimiento LGTBI. De algún modo, se repite en este movimiento la falta de visibilización del colectivo que se observa en el conjunto de la sociedad. Esta cuestión es explicada entre las y los profesionales consultados con otra perspectiva: no se trata tanto de una discriminación sino de un colectivo pequeño –en comparación con el colectivo de personas homosexuales– y poco conocido socialmente que todavía no ha realizado el camino de visibilización y normalización que ha recorrido a estas alturas la homosexualidad como fenómeno social. El diagnóstico profesional es que hace falta tiempo para recorrer el camino necesario para la visibilización, primero, y la normalización, después, de la transexualidad. No debemos olvidar que en este camino las dificultades pueden ser mayores que en el caso de la homosexualidad porque la transexualidad supone una mayor ruptura de los valores sociales en el imaginario colectivo.

Algunas personas tienen la sensación de que las asociaciones del entorno LGTBI que no son específicas de transexualidad utilizan a este colectivo en mayor medida de lo que le ayudan, en ocasiones por oportunismo político o económico para

recibir subvenciones y así poder realizar sus actividades: *“Ponen la coletilla transexuales después de gays y lesbianas, pillan las subvenciones y luego no nos hacen ni caso”*.

- Una tercera opinión se sitúa en el término medio entre las dos anteriores, entre la permanencia y el desligamiento, y considera necesario permanecer en el movimiento LGTBI pero visibilizando más las diferencias de cada colectivo: *“Sin dejar que se diluya nuestra identidad dentro de ellos... seguir defendiendo nuestras reivindicaciones propias”*; *“Debería visibilizarse más pero no desligarse, las comunidades LGB y QUEER son nuestras aliadas”*. Asimismo, en opinión de algunas personas, esta unión debería mantenerse como una alianza temporal: *“El objetivo es separarnos algún día”*.

#### 4.7.2.3. Otras cuestiones

Se observa una **escasa intensidad del activismo** en la trayectoria de las personas transexuales de Euskadi basada en el deseo de integración en la sociedad como hombres o mujeres de una manera normalizada: *“...actitud escaqueadora, no en el sentido peyorativo o de que no sean solidarios, sino en el sentido de que una vez obtenido su objetivo, por ejemplo, el cambio físico, desean integrarse en la normalidad y vivir como hombres y mujeres y olvidarse de lo trans”*. Posiblemente una de las explicaciones de por qué el movimiento asociativo trans no ha tenido una gran fuerza hasta el momento se encuentra en el hecho de que la transexualidad es, para muchas de estas personas, un proceso, no una condición perpetua: lo que se busca es superarlo para vivir como mujeres y hombres: *“Es curioso porque el movimiento asociativo de Euskadi ha sido siempre muy activo... hay asociaciones de todo tipo pero no de transexuales, la gente quiere salir de eso (la transexualidad) y vivir como hombres y mujeres”*. Esta escasa implicación social se explicaría por un deseo de vivir en el mayor anonimato, con un estilo de vida normal sin tener que estar recordando constantemente la condición de transexualidad o transgénero: *“Yo estoy cansada de decir vamos a hacer esto, vamos a hacer lo otro, todo el mundo te dice que sí y cuando va a llegar el día la gente se echa para atrás, que si tengo que trabajar... excusas”*. El rechazo social también pesa a la hora de ofrecer la imagen personal al frente de las reivindicaciones: *“Tener que poner tu cara para que todo el mundo te conozca y te identifique... es difícil, cuando socialmente sabes que te va a generar rechazo y exclusión”*. Algunas personas consultadas consideran, con mayor optimismo, que es una cuestión de tiempo que cambiará con las nuevas generaciones, al parecer más concienciadas de la importancia de asociarse y reivindicar las demandas compartidas: *“Es difícil ser una persona conocida pero sabemos que tenemos que ayudar a las nuevas generaciones para que no lo pasen tan mal como nosotros y si sirve para eso...”*.

En cuanto a las relaciones entre las asociaciones no se observa, al menos hasta el momento, una unidad de acción o una interacción entre ellas. En ocasiones las relaciones dentro del colectivo LGTBI tampoco resultan fáciles: *“Yo las mayores barbaridades como hombre transexual las he vivido en el movimiento de gays y lesbianas, que si era una lesbiana reprimida –me decían– y a los chicos, que gays que no saben asumir su condición; por lo*

*menos antes yo lo recibía así, igual ahora tienen ellos también más información y han mejorado en esto”; “Mi experiencia en Chueca es que los gays nos rechazan y las lesbianas nos adoran”.*

Finalmente, resulta reseñable que, a diferencia de otras asociaciones y servicios de atención directa, precisamente las asociaciones específicas de personas transgénero y transexuales no han recibido hasta el momento subvenciones, a pesar de que algunas lleven varios años de trayectoria: *“Una vez la pedimos, bueno nada, pero nada, así que no he vuelto a pedir. ¿Para qué? Si uso mi teléfono para llamar a la gente, todo el día colgado del teléfono, ¿qué me van a pagar?, ¿los 300 € de la factura?, ¿la conexión a Internet? No me lo creo; pues ya nos buscaremos la vida. Lo que nos queda es que la gente se queda contenta y que nos ayudamos unos a otros”; “Nos deniegan las subvenciones sistemáticamente, ya ni las pedimos, lo pagamos todo de nuestro bolsillo, me queda el saber que ayudamos a la gente”.*

#### **4.7.3. La imagen que creen que la sociedad tiene de ellas**

¿Qué imagen creen las personas transgénero y transexuales que tiene la sociedad de ellas? Las respuestas son variadas pero coinciden con lo observado en la consulta a la ciudadanía, cuestión abordada en el quinto capítulo:

- Desconocimiento de la situación: *“La gente se hace un lío mayúsculo con las transexuales y los travestis, y no tienen ni idea de lo que es una persona transgénero”.*
- Desconocimiento del verdadero sufrimiento que supone: *“La gente cree que somos muy felices porque, en su opinión, no es para tanto”.*
- Les ven como personas enfermas: *“Nos ven como enfermos pero lo que no saben es que ellos también están enfermos”; “Los retrógrados creen que es una enfermedad mental”.*
- Interés por el morbo y por el espectáculo que genera: *“Es lamentable pero es lo que más vende del tema”.*
- Transfobia: *“Creo que piensan que no deberíamos nacer”.*
- Imagen asociada a la homosexualidad: *“Las mujeres transexuales son gays operados y locos, los hombres trans son lesbianas operadas y locas”.*
- Imagen de las mujeres asociada a la prostitución, al travestismo o a actividades del espectáculo: *“La mujer transexual prostituta o artista de cabaret... drag-queen”.*
- Imagen inexistente del hombre transexual o de las personas transgénero: *“El hombre y los transgénero están invisibilizados”.*
- Indiferencia: *“Éste no es su problema”.*

Aunque se reconoce que se están produciendo algunos avances en la imagen y aceptación social, en opinión de las personas transgénero y transexuales consultadas, todavía los aspectos anteriormente señalados hacen que la tónica general sea la **imagen social negativa y el rechazo**: *“La humillación, la incomprensión, los insultos, la marginación... sigue a la orden del día en las escuelas, familias, empleo, sistema sanitario y demás ámbitos”*.

Estas personas son conscientes de que, en ocasiones, una parte minoritaria del colectivo da una imagen negativa del conjunto, lo que perjudica seriamente la imagen que la sociedad tiene de estas personas: *“También depende del ejemplo que demos nosotros hacia fuera para ganarnos ese reconocimiento y respeto. Lo que es una pena es que salgan en la tele casos de gente trans que, en vez de hacernos un favor, nos perjudica más”*.

Los **medios de comunicación** ayudan a la transmisión de una imagen estereotipada fomentada por las propias personas transexuales que acuden a ciertos programas de gran audiencia e impacto mediático: *“...y luego sale en Gran Hermano una (dice un insulto) como la chavala aquella y como aquel otro chico que si los tengo delante les digo tres palabras (lo dice con rabia)”*.

En cuanto a la evolución de su imagen, la opinión más generalizada es que no se ha producido un gran avance, que la aceptación y el conocimiento tienen más de apariencia que de normalidad: *“Nosotros porque estamos en foros, en chats, en el tema y pensamos que todo el mundo sabe de esto, lo entiende y tal... pero sales un poco de este círculo, sueltas la palabra y ves a la gente diciendo: pero eso... ¿qué es? Incluso vas al médico todavía, le dices que eres trans y ves a algunos que se les van poniendo los pelos como escarpas, ¿sabes? Por eso el cambio es sólo apariencia, no lo hay... no lo hay”*.

#### 4.8. RESUMEN

La cuantificación de las personas transgénero y transexuales:

- Las estimaciones teóricas son diversas; de entre ellas, las cifras mayoritariamente aceptadas indican una prevalencia de 1/11.900 para mujeres transexuales y de 1/30.400 para hombres transexuales, para una población mayor de 15 años; ello significaría que en el caso de Euskadi habría un total de 108 personas transexuales: 76 mujeres y 32 hombres. En el caso de la incidencia señalan una ratio de 0,17/100.000 en el total de la población mayor de 15 años que demanda reasignación de sexo, lo que en el caso de Euskadi se traduciría en 3 casos nuevos cada año.
- Estas estimaciones teóricas no reconocen todas las variedades de identidades (al centrarse sólo en los casos de personas que se identifican con uno de los dos sexos establecidos) y no contemplan a quienes no solicitan el cambio físico (al centrarse en casos de personas que demandan la reasignación de sexo). Por ello, las cifras deben tomarse con cautela considerando razonable la existencia de más personas transgénero y transexuales de las indicadas.

La identidad:

- Precisamente, esa variedad de personas transgénero y transexuales que no se reconoce en las estimaciones teóricas se vislumbra claramente en las consultas realizadas porque no todas las personas se definen de la misma manera.
- Por una parte, hay personas que se identifican como hombres o como mujeres, repitiendo el esquema dual de los dos géneros. Dentro de este grupo hay quienes se consideran sólo mujeres o sólo hombres y otras que añaden a estos sustantivos la palabra transexual. Y dentro de quienes se autodefinen como persona transexual hay quienes consideran que este adjetivo es sólo temporal y al finalizar los cambios de ajuste del sexo biológico al sentido se pierde, mientras que otras personas lo asumen de manera permanente.
- Hay personas que en lugar de identificarse sólo como mujeres u hombres lo hacen con los dos géneros a la vez, más con uno que con otro o con ninguno de los dos. Algunas de ellas se autonomban como personas transgénero y otras no aceptan ninguna nomenclatura en relación con su identidad sexual.
- Es frecuente que en el proceso de búsqueda de información las personas confundan el desajuste entre su sexo biológico y el sentido con la orientación sexual, surgiendo la duda de si lo que les sucede es que son personas homosexuales, a pesar de tener claro, en muchas ocasiones, que aunque les gusten las personas de su mismo sexo biológico ellas lo hacen con una identidad diferente, la de su sexo sentido.

El proceso de descubrimiento y visibilización de la identidad:

- La infancia es la etapa en la que se produce el descubrimiento de la identidad. Para muchas personas a ella se remontan los primeros recuerdos de su verdadera identidad; también la adolescencia es un momento de descubrimiento y confirmación de la misma.
- La búsqueda de información es una necesidad básica para conocer los motivos y ponerle nombre a lo que está sucediendo. Para las personas de más edad este descubrimiento ha sido más complicado, sus aliados han sido libros, medios de comunicación audiovisuales y revistas. En el caso de las nuevas generaciones es Internet la fuente principal de información.
- Conocido lo que sucede, las opciones son mantener en secreto la verdadera identidad o darla a conocer. En general, las generaciones anteriores han tenido muchas más dificultades en su visibilización, tanto dentro de la familia como en la sociedad; han sufrido la represión policial, legal y social hasta el punto de que muchas de ellas han emigrado a otros lugares, han vivido invisibilizando su verdadera identidad o la han reajustado de acuerdo a lo que la sociedad les ha permitido en cada momento:

por ejemplo, manifestándose como personas homosexuales o como travestis, en la medida en que estas personas estaban más aceptadas socialmente.

- En la visibilización, la familia suele ser la primera que recibe las noticias. Aunque hay familias que aceptan la noticia sin más cuestionamientos, se observa sobre todo un choque emocional y un rechazo inicial, no tanto a la persona sino a lo que representa la situación y el sufrimiento que la familia cree que va a pasar la persona. Es habitual que las familias tengan indicios de que *“algo pasa”* pero ante la falta de conocimiento de este fenómeno, lo asocian a otros casos que parecen explicar lo que sucede, como puede ser la homosexualidad. Tras este choque inicial, algunas de estas situaciones derivan finalmente en aceptación y apoyo durante el posterior proceso de cambio y otras dan lugar a expulsiones de casa o rechazo y agresiones dentro de la familia. La presión social hace que, en ocasiones, algunas familias sacrifiquen a estas personas y no acepten su presencia en el hogar.
- La visibilización fuera del ámbito familiar es más compleja y no siempre se produce. Hay ciertos entornos como los del ámbito rural en los que resulta más necesaria la emigración a otras zonas como alternativa para facilitar el proceso de cambio de la persona y no perjudicar la imagen de la familia.

El proceso de cambio:

- Los primeros cambios se realizan en diferentes momentos dependiendo de cada persona. Hay veces que ya desde la infancia y, sobre todo, la adolescencia, la persona manifiesta en sus comportamientos y en su manera de vestir su verdadera identidad. La gran mayoría espera a la juventud o la madurez para hacerlo.
- Estos primeros cambios suelen afectar a cuestiones estéticas en un intento de verse reflejados en el aspecto externo como realmente se sienten por dentro. Algunas personas circunscriben sus cambios externos a este aspecto estético mientras que otras dan un paso más y propician cambios físicos en su cuerpo.
- Estos cambios forman parte de un proceso llamado reasignación de sexo, basado en unos estándares internacionales establecidos por la Asociación Internacional Harry Benjamin que establece como procedimientos de atención la evaluación psicológica, la psicoterapia, la supervisión de la experiencia de vida real, la terapia hormonal y, finalmente, el tratamiento quirúrgico. Esta asociación establece también los criterios de elegibilidad y disposición que permiten el acceso a las fases de terapia hormonal y tratamiento quirúrgico. A partir de estos estándares en cada país o, en nuestro caso, en cada comunidad autónoma, se realizan los ajustes concretos oportunos.
- En Euskadi, a partir de octubre de 2008, fecha en la que comienza a funcionar la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Identidad de Género del Hospital de Cruces, se establece un protocolo de actuación que consta de tres fases en cada una de las cuales se realiza el seguimiento pertinente de caso:

- Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico/psicológico, por parte del Servicio de Psiquiatría.
  - Tratamiento endocrinológico, por parte del Servicio de Endocrinología.
  - Tratamiento quirúrgico, por parte del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora y otros equipos si fuera necesario (cirugía mamaria –mamoplastia y mastectomía– y extirpación de gónadas internas –ovarios y trompas–).
- En general, el diagnóstico se realiza de acuerdo a los criterios recogidos en los manuales DSM-IV y CIE-10. Estos criterios establecen qué personas quedan incluidas o excluidas del proceso posterior de tratamiento psicológico mediante un diagnóstico diferencial que descarta la existencia de enfermedades mentales u otros trastornos que no son específicamente de disforia de género. Algunas personas consultadas encuentran discriminatorio excluir de los tratamientos a las personas transgénero y transexuales con enfermedad mental. También es necesario superar un test de experiencia de vida real. Este test genera un intenso debate por las dificultades que supone en la vida diaria a las personas transgénero y transexuales: les obliga a vivir durante un tiempo mínimo de tres meses de acuerdo a lo socialmente esperado de su sexo sentido cuando todavía no han iniciado cambios en su cuerpo que ofrezcan una imagen correspondiente a los roles que se les pide desempeñar. La excesiva psiquiatrización de este diagnóstico y las dificultades de acceso a él junto con el desinterés mostrado por algunas y algunos profesionales de la sanidad son también cuestiones críticas en esta primera fase.
  - El tratamiento hormonal tiene como primer objetivo frenar los caracteres sexuales del sexo biológico y, en segundo lugar, potenciar los propios del sexo sentido. Los resultados suelen ser rápidos, sobre todo cuanto más joven es la persona. Los tratamientos son diferentes: a las mujeres se les trata con andrógenos y estrógenos y a los hombres con testosterona; los resultados son más rápidos entre los hombres. El coste de un tratamiento que dure 35 años se estima en una media de 32.000 € para las mujeres y de 2.500 € para los hombres.
  - A pesar de que la hormonación queda incluida actualmente en las prestaciones de la sanidad pública vasca, la autohormonación es una realidad para muchas personas, a pesar de sus peligrosos efectos secundarios, por diferentes motivos: porque el acceso al diagnóstico previo a esta fase se alarga, porque no estaba disponible cuando la persona era joven, porque la movilidad de la persona dificulta llevar a cabo el proceso o porque no se tiene acceso a la tarjeta sanitaria. De manera específica, esta autohormonación está más presente en las personas transexuales de más edad, en aquellas que ejercen la prostitución y en aquellas que son inmigrantes y no están empadronadas (por los problemas que ello supone para acceder a la tarjeta sanitaria).
  - La hormonación suele ser la fase de tratamiento última para aquellas personas que, por diferentes motivos, no se someten a tratamiento quirúrgico. Hay personas

que consideran estas intervenciones imprescindibles para culminar su proceso de cambio, si bien no todas realizan el abanico de operaciones posibles.

- Los motivos por los que algunas de estas personas renuncian a todas o a parte de las intervenciones quirúrgicas posibles son: motivos conceptuales o de principios (para sentir la identidad no es necesario tener unos determinados rasgos sexuales o genitales), económicos (por falta de dinero para costearlas dado que las de reasignación genital, hasta el momento, no han sido por la sanidad pública vasca y, aunque existieran subvenciones, éstas requerían el abono previo de la intervención y no financiaban su totalidad) y de salud (por la escasa calidad estética y funcional de algunas operaciones y los efectos secundarios que acarrear).
- Las intervenciones quirúrgicas en mujeres y hombres transexuales son diferentes y, a tenor de las consultas realizadas, las de las mujeres ofrecen mejores resultados y son más económicas que las de los hombres. Aunque ciertas intervenciones concretas pueden variar en su coste en función de que la oferta sea privada o pública, las cifras estimadas por el Departamento de Sanidad<sup>32</sup> de Gobierno Vasco cuantifican en 27.000 € las intervenciones realizadas a mujeres transexuales y en 47.000 € las realizadas a los hombres transexuales.
- Las cuestiones más críticas en materia de cirugía se centran en la necesidad de mejorar los resultados estéticos y, sobre todo, funcionales; en superar los efectos secundarios específicos de cada intervención; en reducir las listas de espera de aquellos equipos de la sanidad pública que realizan estas operaciones y en asumir dentro de la sanidad pública vasca el tratamiento íntegro de la cirugía de reasignación de sexo que a fecha de cierre de este informe no contemplaba la cuestión del cambio de genitales.
- Los equipos más renombrados en el ámbito estatal corresponden a los de los doctores Musolas, Cavadas y Casado para cirugía genital masculinizante, y doctor Mañero para la cirugía mamaria feminizante. En el ámbito internacional destacan los doctores Sanguan Kunaporn y Suporn Watanyusakul de Tailandia para las genitoplastias feminizantes por su calidad final y su tratamiento post-operatorio.
- Estas cirugías suelen complementarse con tratamientos foniátricos y de depilación, en el caso de las mujeres, o sustituirse por prótesis de genitales en el caso de los hombres.
- Los cambios legales correspondientes a la modificación del nombre y sexo en el Registro Civil y en los documentos oficiales que así lo requieran (documento nacional de identidad, tarjeta sanitaria, permiso de conducir, titulaciones académicas, etc.) pueden realizarse una vez que se hayan cumplido dos años de tratamiento hormonal, con algunas excepciones en las que no es preciso tal requisito.

---

<sup>32</sup> Departamento de Sanidad y Consumo, en la actualidad.

- Tener o no realizado este cambio resulta significativamente diferente en las actividades cotidianas. Realizar pagos con la tarjeta de crédito, solicitar un empleo, acudir al médico, entre otras actividades, pueden resultar tremendamente difíciles cuando el nombre indica un sexo y la persona refleja otro en su imagen porque la hormonación ya ha comenzado a dar sus resultados mucho antes de estos dos años. Precisamente por eso, el requisito de los dos años de hormonación es muy discutido, máxime cuando no existen razones médicas o científicas que argumenten la necesidad de ese tiempo concreto.
- Para iniciar los diversos tratamientos es necesario cumplir con el requisito de la mayoría de edad, a pesar de existir criterios para el diagnóstico de la disforia de género durante la infancia y adolescencia. La etapa de la adolescencia, la pubertad sobre todo, supone un momento muy crítico para estas personas: socializarse en un rol que no les corresponde, asistir a los cambios físicos de un cuerpo que no identifican como propio, etcétera. De ahí que muchas personas defiendan el tratamiento antes de la mayoría de edad en sentido amplio, desde la atención psicológica hasta la posibilidad de iniciar la hormonación para que no haya que “deshacer” caracteres sino que directamente se inhiba su futura presencia. Las voces a favor señalan los tratamientos llevados a cabo con menores de edad en países como Estados Unidos y Holanda y en el Hospital Carlos Haya de Málaga.

Quienes están a favor de iniciar las intervenciones y los tratamientos a una edad temprana señalan varias ventajas, la principal, la de socializarse en un sexo que es el sentido y evitar el sufrimiento que conlleva no poder hacerlo así. Otra ventaja sería el obtener mejores resultados en la hormonación. Para ello toman como referencia la experiencia de quienes desde la infancia y la adolescencia sienten su identidad y, con el paso de los años, no han cambiado de idea. Aún así, hay personas para quienes lo más adecuado sería realizar un seguimiento de la persona menor de edad y de su familia, ofreciendo el apoyo necesario y observando la evolución de cada caso para preparar su futuro. Estas personas atienden al hecho de que, si bien todas las personas transexuales han mostrado ciertos indicios de ello en su infancia y adolescencia, no todas las personas que los han mostrado han sido personas transexuales en su adultez.

La vida diaria:

- El transgénero y la transexualidad están presentes en todas las actividades de la vida cotidiana; más allá de teorías e interpretaciones, estas personas viven en cada ámbito de sus vidas lo que significa transgredir la norma social de asumir como propio el sexo biológicamente asignado. Esta vivencia será más o menos fácil en función, principalmente, de dos factores: tener realizado o no el cambio legal de nombre y de sexo y la imagen que ofrece la persona (a mayor normalización de la imagen de acuerdo con los cánones sociales de lo que es ser mujer u hombre, menor rechazo social y viceversa).

- Especialmente en la infancia y la adolescencia, pero también en otras edades, acudir a clase supone sufrir acoso, agresiones físicas, exclusión y soledad ante actitudes mayoritariamente pasivas por parte del profesorado. El rechazo es fomentado, en algunas ocasiones, por las madres y padres del resto de compañeras y compañeros, y desconocido por las familias de las víctimas.
- Hacer la comunión, por ejemplo, es otro momento crítico en el que se impone socialmente una determinada manera de vestir que supone la negación evidente de la verdadera identidad de la persona.
- Acudir al médico supone encontrarse con la desinformación de algunas y algunos profesionales a pesar de los protocolos existentes, con su indiferencia traducida en esperas innecesarias para recibir tratamientos o con la negativa a reflejar en los listados el nombre elegido por la persona cuando los cambios legales de identidad no se han producido.
- Buscar o mantener un empleo es una de las tareas más complejas. A pesar de las evidentes dificultades, la imagen de colectivo vinculada a actividades marginales como, por ejemplo, la prostitución, no se corresponde con la realidad mayoritaria. Las mayores dificultades las tienen las personas que aún no han logrado culminar los cambios legales. Aunque también hay quienes sufren rechazo en su puesto de trabajo, la realidad muestra, cada vez más, una mayor integración laboral en empleos normalizados y compartidos por el resto de la sociedad.
- Otras tareas de la vida cotidiana como acudir a vestuarios públicos, utilizar transporte que requiera enseñar el DNI o hacer gestiones bancarias, son ejemplos de momentos de dificultad cuando los cambios legales no han llegado o cuando la imagen ofrecida no coincide o transgrede la socialmente esperada.
- Tener una pareja es otra de las dificultades con las que se encuentran estas personas; de manera especial, si la persona es una mujer transexual heterosexual porque, a tenor de las consultas realizadas, los hombres no transexuales y heterosexuales son quienes parecen tener más dificultades para aceptar a una pareja de estas características. Cuando la pareja se ha creado antes de la visibilización y el cambio de identidad, según los casos conocidos, es habitual que termine por romperse. Formar una familia, y tener hijas e hijos son opciones contempladas y elegidas cada vez más por las personas transexuales, sobre todo entre las generaciones más jóvenes.
- En cuanto a su orientación sexual, las personas transgénero y transexuales siguen los mismos patrones que el resto de la sociedad: heterosexuales, homosexuales y bisexuales. A pesar de ello, existe socialmente todavía una importante confusión entre identidad sexual y orientación sexual, considerándose incluso que la transexualidad lleva aparejada la homosexualidad.

- Para algunas personas transgénero y, sobre todo, para las personas transexuales, resulta fundamental que su identidad quede reflejada de facto en la imagen que proyectan socialmente porque la sociedad, en su proceso de alosexación o sexación del otro, devuelve lo que ve y este reconocimiento social es una importante fuente de satisfacción para ellas.
- Todas estas dificultades a lo largo de la vida se traducen en muchos momentos de soledad y de sufrimiento callado y, en palabras de las propias personas transgénero y transexuales, de sufrimiento incomprendido por quienes no entienden lo difícil que resulta esta situación.
- Tal es este sufrimiento y tal es la desesperación que es frecuente la autoagresión (en muchas ocasiones en los genitales) y el intento de suicidio, a veces reiteradamente fracasado pero, en otras ocasiones, tristemente conseguido. En ocasiones se producen intentos de suicidio solapados realizando actividades de elevado riesgo mortal.
- En otras ocasiones, la persona se ve abocada a emigrar por diferentes motivos, principalmente por presión social o familiar, con carácter temporal o permanente para empezar una nueva vida acorde con la verdadera identidad.

#### El balance de una vida:

- La idea generalizada a la hora de hacer balance de la vida es que la visibilización y el cambio son el punto de inflexión que separa dos etapas: la previa, de no-vida y la posterior, de vida a pesar de las dificultades.
- Para lograrlo se dejan en el camino muchas cosas y personas: familia, pareja, trabajo, salud, niñez o adolescencia. También se ganan otras, sobre todo, la vida propia, la felicidad de ser lo que realmente se es. Volver la vista atrás significa, en la gran mayoría de los casos, manifestar la pena de no haber comenzado antes la visibilización y los cambios, incluso ya desde la propia infancia o adolescencia.
- El futuro se percibe diverso: esperanzador, desesperante (sobre todo ante la incertidumbre de lograr las intervenciones quirúrgicas), incierto (ante la duda de dar el paso de la visibilización o no) y, también, inexistente (porque el presente es lo que cuenta).

#### Las personas transgénero y transexuales como grupo social:

- La cuestión de si forman o no una comunidad genera división de opiniones: para algunas personas transexuales la comunidad existe; para otras personas (transexuales, transgénero y una gran parte de las y los profesionales consultados) tal comunidad no existe por diferentes razones. Por un lado, señalan que no se establecen uniones permanentes porque la transexualidad es para algunas personas un momento, una etapa transitoria que no desea perpetuarse. Por otro, creen que

compartir ciertos problemas no resulta suficiente para formar una comunidad, es necesario compartir estilos de vida y valores. Finalmente, existe cierta distancia entre las personas transgénero y las transexuales, con ciertas actitudes de rechazo entre algunas de ellas. Por todo ello, a la luz de las consultas realizadas, parecería más realista considerarles como un movimiento asociativo que como una comunidad.

- Existen asociaciones o movimientos más específicos de personas transgénero (Medeak y Queer Ekintza) y de personas transexuales (Transexualidad Euskadi, Errespetuz e Iloa Ledo). Aunque dentro del movimiento LGTBI también se aglutinan personas transexuales, las asociaciones específicas de personas transgénero y transexuales son las de referencia más significativa.
- La cuestión de la pertinencia de incluir o no el asociacionismo de las personas transgénero y transexuales dentro del movimiento LGTBI no genera un claro consenso. Las razones para la inclusión apuntan a la necesidad de luchar contra un frente común (el resto de la sociedad) y a la trayectoria más consolidada del movimiento LGTBI, cuya presencia y reconocimiento social actual pueden favorecer las reivindicaciones de estas personas. Las razones para la escisión señalan la necesidad de diferenciar socialmente a los colectivos y a sus realidades (identidad sexual y orientación sexual son cuestiones diferentes) y la desatención en que se encuentran las personas transexuales dentro del movimiento LGTBI. Una postura intermedia entre las dos anteriores propone combinar la permanencia con la diferenciación interna valorando la posibilidad de que esta alianza sea sólo temporal.
- Independientemente de esta cuestión, la realidad muestra un panorama de escasa intensidad de activismo en las personas transexuales que puede explicarse por el deseo de superar la situación de transexualidad y vivir con normalidad el ser hombre o mujer. Ello resulta incompatible, para muchas personas, con la pertenencia a un grupo que recuerda constantemente dicha situación. El rechazo social pesa también a la hora de ofrecer la imagen en público. Para las posiciones más optimistas es una cuestión de tiempo y de consolidación del movimiento, reciente en comparación con otros grupos de mayor trayectoria asociativa. Tampoco se observa unidad de acción entre las asociaciones y, por otra parte, las específicas de personas transgénero y transexuales no han recibido, hasta el momento, subvenciones.
- La imagen que las personas transgénero y transexuales consideran que la sociedad tiene sobre ellas coincide, en gran medida, con la opinión recogida de la ciudadanía consultada y que, a grandes rasgos, podría resumirse en: desconocimiento de la situación y del sufrimiento que supone, imagen estereotipada y asociada al espectáculo o la marginación e idea de que sólo existen mujeres transexuales. Estas personas son conscientes de que la imagen que algunas personas transgénero y transexuales ofrecen en los medios de comunicación perjudica seriamente la del colectivo. En opinión de la mayoría de estas personas, su imagen no ha mejorado tanto como pudiera parecer.



## 5. LA RESPUESTA DE LA SOCIEDAD EN EUSKADI



En este capítulo se analiza la respuesta social que se da a las personas transgénero y transexuales: la respuesta legislativa vigente, las actuaciones de la Administración pública en esta materia, los recursos de atención directa y la opinión de la ciudadanía.

### 5.1. LA RESPUESTA LEGISLATIVA

Mucho ha cambiado el panorama normativo desde los tiempos en que estaban vigentes leyes represoras como la Ley de vagos y maleantes o la Ley de peligrosidad social, actualmente superadas por legislaciones y actitudes sociales más integradoras.

La Ley de vagos y maleantes, de 4 de agosto de 1933, no incluía originariamente ninguna mención de las personas homosexuales o transexuales dentro del artículo 2, en el que se catalogaban los perfiles de las personas consideradas en estado peligroso.

En aquella época la imagen social del colectivo se asociaba a personas enfermas y pecadoras. El 15 de julio de 1954 se modifica la ley y se incluye el término “*homosexuales*” entre los perfiles del artículo 2. Entre las medidas aplicables a este colectivo, la ley señalaba: “*Los homosexuales sometidos a esta medida de seguridad deberán ser internados en Instituciones especiales y, en todo caso, con absoluta separación de los demás*”. Tenían prohibición “*de residir en determinado lugar o territorio y obligación de declarar su domicilio*”, y se les exigía “*sumisión a la vigilancia de los Delegados*”. El concepto transexual, todavía novedoso en aquella época, no aparecía específicamente en la legislación pero, de algún modo, se englobaba bajo este término de homosexual a todas aquellas personas con una orientación sexual o identificación sexual diferente a la socialmente aceptada como normal.

El enfoque represor de esta ley modificada se orienta, en teoría, hacia un enfoque rehabilitador en la Ley de peligrosidad y rehabilitación social de 1970, pasando de identificarles como delincuentes a los que se encarcelaba según la Ley de vagos y maleantes a considerarles peligrosos pero necesitados de una rehabilitación social mediante terapias aversivas<sup>33</sup>. En la práctica fue una nueva medida represiva de control social; de hecho, se

---

<sup>33</sup> Terapia de la conducta donde se une un estímulo doloroso o desagradable, como una descarga eléctrica, con un patrón de conducta no deseado, para tratar de eliminar la conducta indeseable.

calcula que durante su aplicación, de 1970 a 1979, unas mil personas, hombres y mujeres homosexuales, fueron encarceladas. Así, por ejemplo, un 6% de los expedientes incoados en los tribunales de Madrid y un 5% de sus sentencias condenatorias lo eran por homosexualidad, masculina fundamentalmente (en un 99% de los casos) ya que la femenina no se visibilizaba socialmente ni tan siquiera para la normativa sancionadora. Estos datos podrían extrapolarse a otras zonas geográficas. Las condenas se cumplían, en su mayoría, en prisión –aunque el destierro también era otra opción– hasta un máximo de cinco años y sin contemplarse el derecho de gracia que permitía beneficiarse de indultos o amnistías. Tampoco podían optar a la libertad condicional o a la redención de penas por trabajo o buena conducta. Su derogación, en enero de 1979, no supuso la supresión de la imagen social peligrosa y delictiva asociada a las personas homosexuales, por lo que podría hablarse de una vigencia social de la norma, de un efecto simbólico negativo de la misma, posterior a su vigencia legal.

En Europa se observan avances en la década de los ochenta. Así, en 1989, el Parlamento Europeo recomendó a los Estados miembros la aprobación de disposiciones *“sobre el derecho de los transexuales a un cambio de sexo de carácter endocrinológico, plástico-quirúrgico y estético, y la prohibición de su discriminación”*. El Parlamento consideraba que la dignidad humana y el derecho al libre desarrollo de la personalidad deberían abarcar el derecho a vivir de acuerdo con la identidad sexual.

Un nuevo avance normativo en el ámbito estatal lo constituye la despenalización de las operaciones de cambio de sexo en 1983 y una sentencia, en 1987, del Tribunal Supremo, que permite poder cambiarse el nombre y el sexo en su acta de nacimiento a las personas transexuales que se hayan realizado la reasignación de sexo mediante cirugía. El paso más relevante ha sido la aprobación de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. El avance que ha supuesto se concreta en uno de los aspectos más relevantes mencionados a lo largo de la investigación: la adecuación del nombre y del sexo registral a la verdadera identidad de la persona. Con ello se facilitan muchos aspectos de la vida cotidiana, tal y como se ha señalado en capítulos anteriores. No obstante, las personas consultadas observan en la propia ley ciertas carencias relacionadas con los requisitos para solicitar el cambio de sexo y nombre:

- El derecho a este cambio registral está basado en la condición de transexualidad porque es necesario el informe de disforia de género y el tratamiento médico; se está dejando fuera a una variedad de realidades como la de las personas transgénero, la de quienes no se identifican con uno de los dos sexos o la de quienes no desean someterse a hormonación.
- El requisito de presentar informes médicos, psicológicos o psiquiátricos significa tildar de patología lo que debiera ser un derecho de la persona, sin más requisitos que la libre voluntad de realizar el cambio.
- El requisito de la mayoría de edad implica que no pueden realizarse estos trámites en edades previas a los 18 años.

- El requisito de la nacionalidad española significa que las personas extranjeras que deseen rectificar su nombre y sexo deberán conseguir primero la nacionalidad española.
- Circunscribir el reconocimiento legal de la identidad al cambio de sexo y nombre significa dejar desprotegidas legalmente a las personas que no han realizado dicho cambio.

Por otra parte, a efectos prácticos, algunas de las personas transgénero y transexuales consultadas reconocen que a pesar de su vigencia desde el año 2007 el desconocimiento es total, incluso hay lugares en los que las y los profesionales que deben realizar dichos cambios no cumplen con sus funciones y ponen trabas a los trámites correspondientes o no los realizan adecuadamente: *“Tenemos casos de personas que van a cambiar sus títulos universitarios con el nuevo nombre y les dicen que no se puede y tenemos que llamar desde aquí (se refiere a un recurso de atención directa) para informarles”; “Hay un desinterés general, incluso entre los mismos funcionarios del Registro”*.

## 5.2. LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

La respuesta dada por la Administración pública en el ámbito autonómico se canaliza a través de los departamentos de Vivienda y Asuntos Sociales<sup>34</sup> y de Sanidad<sup>35</sup> del Gobierno Vasco. En los ámbitos territoriales foral y municipal, la competencia corresponde a las áreas o departamentos<sup>36</sup> que se indican en el siguiente cuadro:

---

<sup>34</sup> Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, en virtud del nuevo Decreto 4/2009, de 8 de mayo, de creación, supresión y modificación de los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de determinación de funciones y áreas de actuación de los mismos.

<sup>35</sup> Departamento de Sanidad y Consumo, en virtud del nuevo Decreto 4/2009, de 8 de mayo, de creación, supresión y modificación de los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de determinación de funciones y áreas de actuación de los mismos.

<sup>36</sup> Datos correspondientes al período en que se desarrolla el estudio de campo: entre junio de 2008 y marzo de 2009.



La función que le compete a la Administración en su respuesta a las personas transgénero y transexuales es la promoción y defensa de sus derechos; no se han identificado competencias otorgadas de manera específica en materia de transexualidad o transgénero: la atención se aborda desde una perspectiva generalista de la defensa de los derechos de las personas. En cualquier caso, el compromiso político con los derechos de este colectivo es algo que todas las administraciones consultadas manifiestan de manera expresa.

Para llevar a cabo, en la práctica, esta función de garantizar sus derechos, se realizan diferentes actividades de sensibilización social y financiación:

- Campañas y manifiestos principalmente con motivo de celebraciones específicas como, por ejemplo, el 28 de junio: Día internacional del orgullo LGTBI y el 17 de mayo: Día mundial contra la homofobia y la transfobia.
- Convenios con entidades privadas para gestionar servicios de atención directa.
- Atención en los servicios específicos: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud presta la atención médica que compete al Departamento de Sanidad<sup>37</sup> del Gobierno Vasco y

<sup>37</sup> Departamento de Sanidad y Consumo, en virtud del nuevo Decreto 4/2009, de 8 de mayo, de creación, supresión y modificación de los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de determinación de funciones y áreas de actuación de los mismos.

Berdindu presta la atención social correspondiente al Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales<sup>38</sup>.

- Financiación de actividades puntuales como asistencia a congresos sobre transexualidad y transgénero, actividades de entidades privadas o programas de sensibilización y no discriminación.

Todas estas medidas, o al menos la gran mayoría, corresponden a la atención indirecta, es decir, sin contacto directo con las personas transgénero y transexuales lo que se traduce, en ocasiones, en una falta de conocimiento directo de sus necesidades. Algunas personas consultadas lo perciben como una carencia que debería ser cubierta con medidas de información y sensibilización. Cuando se aprecia un mayor interés por el tema suele responder al interés particular que el profesional de la función pública pueda tener.

El conocimiento del colectivo y de sus demandas se realiza mediante el contacto que la Administración tiene con las entidades y profesionales que gestionan los recursos y servicios de atención directa. Ese contacto a menudo se limita a la revisión de la memoria anual justificativa de actividades. Hay un consenso generalizado en la Administración pública al señalar que no se han identificado por parte de tales entidades y profesionales nuevas necesidades ni se han demandado nuevas medidas de actuación. Al parecer, las posibles necesidades no cubiertas serían, principalmente, de tipo sanitario, opinión que no coincide con lo transmitido por la Administración sanitaria.

Esta ausencia de nuevas necesidades junto con la escasa presencia y visibilidad social del colectivo –desde el punto de vista de la Administración no supone una masa crítica destacada en el conjunto de la sociedad– son los dos motivos aducidos para no incorporar medidas específicas de actuación más allá de las que se realizan actualmente. Como vemos, las prioridades de atención administrativa se rigen por el grado de incidencia que tienen los fenómenos sociales, principalmente en cuanto a número de población demandante.

Las entidades gestoras de los servicios son los contactos que mencionan las diferentes administraciones públicas al abordar la cuestión de las relaciones o colaboraciones externas de sus respectivos departamentos en materia de atención a personas transgénero y transexuales. Sin embargo, las relaciones interdepartamentales o interinstitucionales son más un deseo y una buena intención que una realidad ya que, en la práctica, no existen; no obstante, en todos los casos se refiere la predisposición a ello si llegase el caso.

Esta ausencia de contacto externo, más allá del que se tiene con las entidades, se traduce en una falta generalizada de conocimiento de las actuaciones que llevan a cabo otras administraciones públicas de la CAPV y de otros ámbitos territoriales tanto estatales como internacionales, si bien –en virtud de esa implicación personal de profesionales del ámbito

---

<sup>38</sup> Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, en virtud del nuevo Decreto 4/2009, de 8 de mayo, de creación, supresión y modificación de los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de determinación de funciones y áreas de actuación de los mismos.

público mencionada anteriormente— sí hay algunas referencias de otras actuaciones o experiencias conocidas.

En definitiva, aunque la Administración, en todos sus niveles territoriales, cubra sus funciones de garantía de derechos sociales de estas personas —con la necesidad de mejorar en algunos ámbitos que señalaremos en el capítulo dedicado a las recomendaciones— tampoco es ajena al desconocimiento del colectivo observado en el conjunto de la sociedad.

### 5.3. LOS RECURSOS DE ATENCIÓN DIRECTA

Los recursos de atención directa, al igual que ocurre en el ámbito administrativo, se corresponden con diferentes niveles territoriales; ello no significa necesariamente que las personas transgénero y transexuales acudan a aquellos recursos correspondientes al territorio histórico en que residen: Bizkaia, Álava o Gipuzkoa, ya que se ha observado que la utilización de éstos está más relacionada con la cercanía subjetiva (cómo atienden, qué ofrecen, su grado de conocimiento...) que con la objetiva (dónde están físicamente ubicados).

La descripción de estos recursos se ha dividido en dos apartados, en virtud de su carácter social o sanitario. En un tercer apartado realizaremos un análisis de todos ellos en conjunto.

Antes de profundizar en los diferentes recursos es necesario señalar que la puerta de entrada actual a los diferentes recursos y servicios es, en la gran mayoría de los casos, Internet. Es, por excelencia, el recurso de entrada al ámbito de la transexualidad y el transgénero, especialmente entre las nuevas generaciones. Tiene la ventaja del anonimato y, además, en los primeros momentos en que la persona está desubicada y desconoce lo que le sucede, es un lugar de acceso directo para intentar *“poner nombre a lo que le está pasando”*.

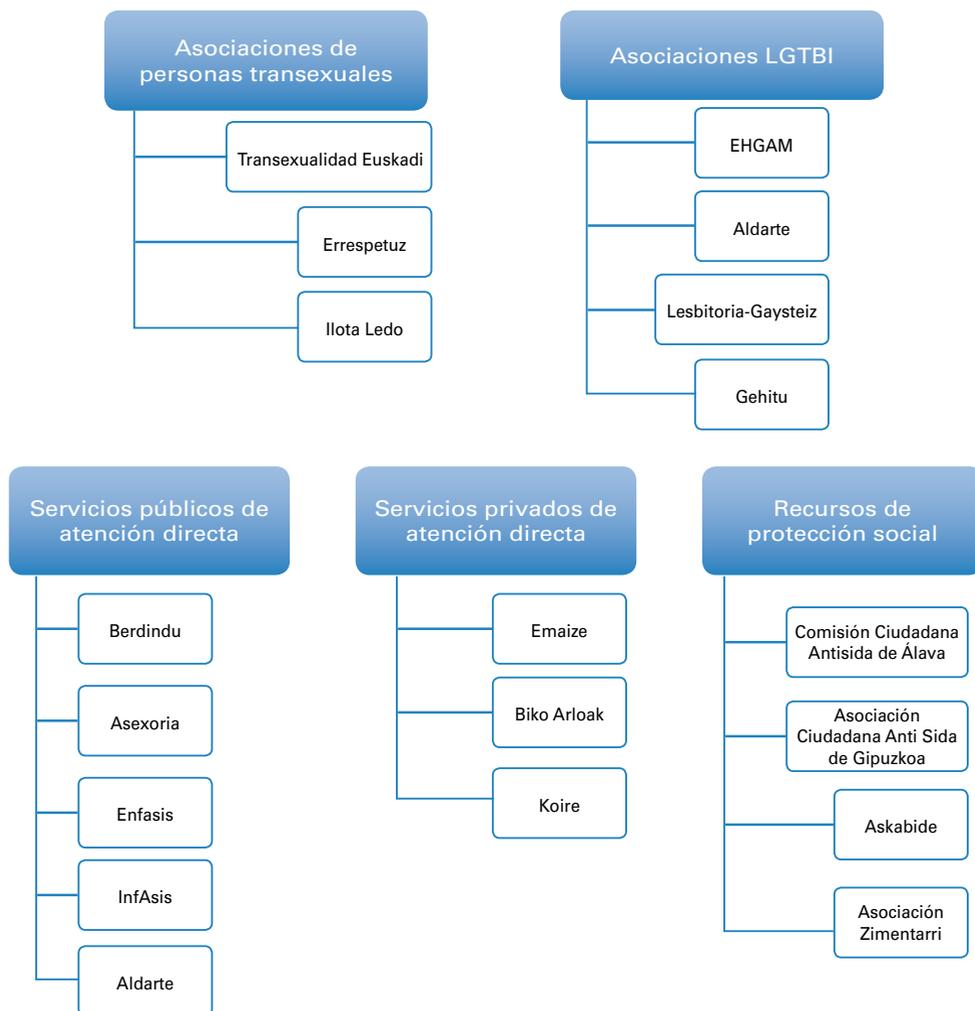
#### 5.3.1. Recursos del ámbito social

Estos recursos se han identificado mediante las consultas realizadas y otras búsquedas complementarias. La tarea ha pretendido ser exhaustiva pero tal vez pudiera existir algún recurso más, que no se haya identificado, al que haya podido acudir alguna persona transsexual o transgénero. Se han clasificado a efectos de esta investigación en cinco grupos: asociaciones específicas de personas transexuales, asociaciones del colectivo LGTBI (colectivo de gays, lesbianas, transexuales, bisexuales e intersexuales), servicios públicos de atención directa, servicios privados de atención directa y recursos de protección social.

Se ha diferenciado entre asociaciones de personas transexuales y asociaciones LGTBI porque las primeras son específicas del colectivo de personas transexuales. La diferenciación entre servicios públicos y privados de atención directa se ha basado en que los primeros reciben financiación pública para su funcionamiento mientras que los segundos son gabinetes de titularidad privada. Así mismo, se han desglosado específicamente los recursos de protección social en función de su ámbito específico de actuación.

Al final de este apartado se presentan dos cuadros con la relación de estos recursos<sup>39</sup>. En ellos se incluye una descripción individual de cada recurso con información sobre su ámbito de actuación, colectivo al que se dirige, servicios ofrecidos y servicios solicitados habitualmente por las personas transgénero y transexuales.

Esta clasificación se presenta en el siguiente gráfico y, posteriormente, se señalan algunas características comunes a cada uno de los grupos en los que se han clasificado estos recursos.



<sup>39</sup> En el capítulo de metodología se explica cómo se han identificado estos recursos y entidades.

### 5.3.1.1. Asociaciones específicas de personas transexuales y del colectivo LGTBI

En el caso concreto de nuestra comunidad autónoma, las y los profesionales, y las personas transgénero y transexuales consultadas han identificado las asociaciones que se señalan en el gráfico de la página anterior como aquellas que resultan significativas en la atención directa a este colectivo.

Aunque estas asociaciones se han analizado en el capítulo cuarto, al referirnos al asociacionismo, se incluyen también en este apartado como recursos que prestan atención directa: servicios de orientación e información. De hecho, son, en la mayoría de los casos, el primer punto de referencia junto con Internet o después de este recurso virtual.

Como ya hemos mencionado al inicio de este quinto capítulo, la ubicación física no se corresponde estrictamente con el ámbito de actuación que resulta, en todos los casos, más amplio. De hecho, esta es la razón por la que una asociación como Ilota Ledo, con sede en Pamplona, se incluya entre estos recursos; a efectos prácticos, resulta un referente para las personas transexuales de nuestra comunidad autónoma. Sin embargo, otras asociaciones estatales como COGAM, ATA o la propia FELGT, no resultan tan consultadas de manera directa por parte las personas transgénero y transexuales –salvo las incursiones en sus páginas web– como las asociaciones mencionadas específicamente en el gráfico anterior.

La relación y conocimiento de estas entidades por parte de las personas transgénero y transexuales consultadas es desigual y depende del momento del proceso en que estén.

En los primeros momentos de búsqueda de respuestas, las personas transgénero y transexuales suelen acudir a asociaciones del entorno LGTBI por la desorientación inicial en la búsqueda del asesoramiento necesario para identificar lo que pasa, ponerle nombre, buscar explicaciones e informarse para iniciar el proceso: *“Como no sabía a dónde ir pensé que igual en una asociación de gays y lesbianas podrían ayudarme porque tampoco tenía muy claro lo que me pasaba”*. Ocurre, por tanto, como sucede en el caso de la ciudadanía –cuestión que se aborda en un apartado posterior de este mismo capítulo– que en un primer momento hay una identificación de lo que sucede con la homosexualidad.

En estos casos, las entidades suelen orientarles hacia recursos específicos como Berdin-du, y les informan de los trámites médicos. Esta labor no resulta fácil en algunos casos ya que la falta de información y de protocolos de actuación genera cierta sensación de desorientación, como reconocen algunas personas consultadas: *“Hacemos lo que podemos pero a veces no es fácil, no siempre sabemos cómo actuar”*. A pesar de estas dificultades, el hecho de recibir una información inicial, de encontrar un lugar en el que se comprende a la persona, supone una ayuda importante en los primeros momentos del proceso de cambio. Una vez recibida esta información, salvo que la entidad o asociación ofrezca servicios específicos de intervención, se remite a la persona a otros recursos que ofrecen servicios médicos, sexológicos, psicológicos o ayudas económicas.

Entre estas asociaciones no existe una estructura formal de colaboración destinada a ofrecer una atención coordinada. Podría decirse que, en las acciones del día a día, una cierta coordinación se produce por una convivencia cordial y respetuosa entre ellas.

### 5.3.1.2. Servicios públicos de atención directa

Existen cinco servicios públicos de atención directa financiados por diferentes instituciones públicas: Berdindu, Asexoría, Énfasis, InfAsis y Aldarte-Centro de atención a gays, lesbianas y transexuales.

Berdindu es el servicio vasco de atención a gays, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales<sup>40</sup> del Gobierno Vasco. Inició su andadura en 2003 y está ubicado en Bizkaia por ser el territorio histórico con mayor población. Está formado por un equipo de cinco personas entre las que, además de la persona responsable del servicio, se encuentran los perfiles de abogado, terapeuta y psicólogo.

Aunque a fecha de cierre de este informe no disponen aún de página web, lo que supone una dificultad en su visibilización, es un recurso cada vez más visitado, entre otras cuestiones, porque gestionan las ayudas económicas que financian los cambios físicos que no quedan cubiertos por la sanidad pública. Hasta la puesta en marcha de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Identidad de Género del Hospital de Cruces y la entrada en vigor del protocolo de atención, en octubre de 2008, no quedaban cubiertas ni las cirugías mamarias ni las genitales. Es tal el atractivo de estas medidas, iniciadas en 2005, que personas transexuales de otras zonas geográficas se desplazan a nuestra comunidad para conseguir las. Para percibir las se debe acreditar un mínimo de un año de empadronamiento en Euskadi. Además de este requisito del empadronamiento, es necesario acreditar la condición de persona transexual mediante la certificación correspondiente de disforia de género, ser mayor de edad o ser una persona emancipada.

De acuerdo con la información facilitada por el Servicio Berdindu, *“las ayudas se han prestado, entre otros motivos, porque el Departamento de Sanidad no contemplaba las cirugías dentro de su cartera de servicios. Otra de las razones es que el proceso de reasignación sexual requiere de diversos tratamientos e intervenciones quirúrgico-estéticas que exceden ampliamente las intervenciones que suele cubrir las unidades públicas, que se limitan a orquidectomías, histerectomías, faloplastia, vaginoplastia y mastectomía, quedando fuera cualquier otro tipo de intervención como, por ejemplo, los implantes mamarios”*.

Estas ayudas vienen reguladas cada año por una Orden de la Consejería de Vivienda y Asuntos Sociales<sup>41</sup>. En 2008 se dispuso de un fondo de 60.000 euros. La subvención oscila entre el 50% y el 100% de los gastos justificados por la persona que la solicita, porcentaje que depende de la base imponible general acreditada en la declaración de la renta de las personas físicas. En cualquier caso, las ayudas concedidas no superan los 11.000 euros, en el caso de las mujeres transexuales, y los 15.000 euros, en el caso de los hombres transexuales, de mayor cuantía las segundas por ser más caras las

---

<sup>40</sup> Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, en la actualidad.

<sup>41</sup> La última de ellas es la Orden, de 16 de julio de 2008, del Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales, por la que se convocan y regulan para el año 2008 las ayudas dirigidas a las personas transexuales.

intervenciones correspondientes. No obstante, son compatibles con otras ayudas que pudiera haber destinadas al mismo fin. Los gastos objeto de subvención son las intervenciones de cirugía plástica de reasignación de sexo y las complementarias necesarias para la adecuación de los rasgos sexuales secundarios. Las solicitudes de estas ayudas van en aumento: de 8 en el año 2006 a 20 en el año 2008. Son mayores las demandas realizadas por mujeres, posiblemente porque también son mayoría dentro del colectivo, al menos según las estimaciones teóricas de prevalencia. En el siguiente cuadro se presentan datos referidos a estas ayudas entre los años 2006 y 2008<sup>42</sup>.

**Cuadro 5.1. Evolución y características de las ayudas económicas concedidas por el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. 2006-2008**

	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
<b>Solicitudes e importes:</b>			
Número de solicitudes presentadas	8	11	20
Número de solicitudes aceptadas	5	8	13
Número de solicitudes denegadas	3	3	7
Importe total solicitado	65.988,60 €	74.241,88 €	124.419,51 €
Importe total concedido	32.988,60 €	53.885,57 €	60.000 €
<b>Características de las solicitudes presentadas</b> (porcentaje sobre el total):			
1. Distribución por Territorio Histórico:			
Álava	--	9%	6%
Bizkaia	--	18%	12%
Gipuzkoa	100%	73%	82%
2. Distribución por tipo de diagnóstico:			
Diagnóstico de disforia de género de psicóloga/o clínico	13%	45%	45%
Diagnóstico de disforia de género de médico	50%	45%	40%
Sin diagnóstico de disforia de género	37%	10%	15%
<b>Motivos de denegación de solicitudes</b> (en el conjunto de los tres años):			
No presentar presupuesto o hacerlo con una fecha no actualizada			
No presentar documentación necesaria o hacerlo fuera de plazo			
No cumplir el requisito de un año de empadronamiento			
Falta de fondos (en el caso de 2008, porque se ha concedido el total del presupuesto asignado para la subvención: 60.000 €)			

En los diferentes territorios históricos, son las diputaciones y/o ayuntamientos quienes asumen la financiación de los servicios de atención directa:

<sup>42</sup> Datos cedidos por el servicio Berdindu.

- Asexoría y Énfasis son dos servicios municipales del Servicio de Juventud, del Departamento de Relaciones Ciudadanas del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz ubicados en la capital alavesa. En Álava existe también un programa de actuación en el ámbito rural financiado por el Departamento de Juventud y Promoción Social de la Diputación de Álava.
- InfAsis es el servicio de Información y Asistencia de Gehitu y está ubicado en Donostia-San Sebastián. Esta entidad, Gehitu, tiene firmado un convenio con el Departamento de Deportes y Acción Exterior de la Diputación Foral de Gipuzkoa y, además, recibe subvenciones del Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián.
- En el caso específico de Bizkaia, es Aldarte como centro de atención a gays, lesbianas y transexuales quien realiza la atención directa con financiación de la Dirección de Igualdad y Derechos Humanos de la Diputación Foral de Bizkaia y del Gobierno vasco. El Ayuntamiento de Bilbao no financia ningún recurso de atención directa.

### 5.3.1.3. Servicios privados de atención directa

Se han identificado tres gabinetes privados que ofrecen atención directa a través de diferentes servicios de terapia y asesoramiento psicológico y sexológico: Emaize, ubicado en Vitoria-Gasteiz, Biko Arloak, en Bilbao y Koire, en Donostia-San Sebastián.

Las personas transgénero y transexuales suelen acudir a ellos porque se informan en Internet, por el “boca a boca” o por otras entidades o recursos. Algunas de estas personas acuden con la finalidad de obtener el certificado psicológico requerido para el inicio del tratamiento hormonal; una vez logrado, no suelen continuar requiriendo de terapia u otros servicios. Otras personas, sin embargo, establecen con las y los profesionales de estos gabinetes una relación continuada a través de diferentes sesiones, relación que en todos los casos consultados se ha valorado muy positivamente: *“Mi valoración de ellos, de cómo me atienden es sobresaliente”*.

Una característica común a estos gabinetes es que, ante la desprotección en que se encuentran estas personas para recibir tratamiento terapéutico, realizan las sesiones de terapia –a diferencia de las sesiones necesarias para emitir el informe clínico– de manera gratuita: *“Es nuestra aportación o cuota de solidaridad”*. En ocasiones, esta decisión les ha generado críticas por parte de otros equipos profesionales.

### 5.3.1.4. Recursos de protección social

Se han identificado cuatro recursos a los que acuden las personas transexuales en situación de desprotección social: Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava; Asociación Ciudadana Anti-Sida de Gipuzkoa y Centro Aukera de la Asociación Zimentarri en Gipuzkoa; Askabide, en Bizkaia. Estos recursos de protección social se orientan, principalmente, a mujeres que ejercen la prostitución. Una parte importante de ellas son de origen extranjero, como

ya se señalaba en el cuarto capítulo de este informe. Para este colectivo suelen ser su referente cuando requieren de una atención sanitaria o social.

Si bien los recursos de protección social generalistas, es decir, los servicios sociales de base, están orientados a la población en su conjunto, en el caso de las personas transgénero y transexuales no se identifican como un recurso significativo o habitual al que acudir para solicitar información sobre la transexualidad, sobre los trámites del proceso de cambio, o sobre cuestiones de desprotección originadas por la propia transexualidad. Durante la investigación se ha tenido constancia de algunas personas que acudieron a ellos para solicitar información o algún tipo de ayuda pero, en todos los casos, la respuesta fue insatisfactoria. Las personas consultadas de la Administración, del movimiento asociativo y de la atención directa no mencionan este recurso. Lo que sí se menciona, entre las y los profesionales de atención directa, es la falta de interés de estos servicios por las necesidades del colectivo, máxime cuando además de ser transexual, la persona vive en situaciones de desprotección social. Según relatan, en ocasiones, el hecho de que la persona sea transexual, ha sido motivo de derivación desde los propios servicios sociales de base a otros específicos de transexualidad. A pesar de que algunas personas han querido utilizar un servicio generalista y no específico, en un acto de normalizar sus demandas sociales, refieren que el propio recurso se lo ha dificultado: *“Como en este momento no tengo vivienda ni trabajo, antes ejercía la prostitución, fui a hablar con la trabajadora social para ver los trámites de la ayuda social, y al verme me dijo: ‘claro como tú eres transexual aquí no te puedo ayudar, tienes que ir a un sitio de transexuales.’ Yo no lo entiendo, porque... ¿a las personas que van les preguntan, por ejemplo, si son homosexuales o heterosexuales y según eso les dan o no ayudas?, ¿qué importa que yo sea trans si lo que te digo es que vengo a por una ayuda porque no tengo trabajo ni casa? Pues ahora seguiré con la prostitución, tendré que comer...”*

En estos casos, son los recursos de protección social específicamente orientados a resolver esas situaciones –los mencionados en el gráfico– los que se convierten en el referente de estas personas: *“No hay interés por parte de las trabajadoras sociales en atender a las mujeres trans que ejercen la prostitución; si no nos acercamos nosotros a ellas, si no vamos a donde trabajan, se quedarían sin atención”*. Por lo tanto, además del interés por el colectivo y sus necesidades, una de las cuestiones que convierte a estos recursos en un punto de referencia es el hecho de que adoptan una postura dinámica, proactiva hacia el colectivo, frente a una actitud más estática del resto de recursos (ubicados en un lugar y orientados a recibir a las y los potenciales usuarios pero sin actuar “a pie de calle”). Esta postura estática también se observa en la mayoría de los recursos orientados a las propias personas transgénero y transexuales en relación con la atención ofrecida a quienes dentro de ese grupo se encuentran en mayor situación de desprotección social. Es decir, los recursos existen, están ahí, pero si la persona –por una situación especial de vulnerabilidad– no acude a ellos, como sucede con las mujeres que ejercen la prostitución o con algunas personas inmigrantes, el resultado es que quedan fuera de los circuitos de atención.

A pesar de adoptar esta actitud dinámica de acercamiento al colectivo, no siempre se consigue que estas personas, en concreto, las mujeres transexuales que ejercen la prostitución, acudan de manera regular a estas entidades y se pueda realizar un seguimiento de

los casos ya que en el colectivo se produce una gran movilidad geográfica: “...desaparecen y ya no volvemos a saber de ellas”.

**Cuadro 5.2. Recursos del ámbito social**

NOMBRE	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	COLECTIVO DE ATENCIÓN	SERVICIOS OFRECIDOS <sup>43</sup>	SERVICIOS SOLICITADOS HABITUALMENTE <sup>44</sup>
<b>Transexualidad Euskadi</b>	CAPV	Personas transexuales	1. Asesoramiento 2. Denuncia social	1. Asesoramiento e información burocrática 2. Información médica
<b>Errespetuz</b> – Asociación para la defensa e integración de las personas transexuales	CAPV, sobre todo, Bizkaia	Personas transexuales y allegadas	1. Orientación- Información 2. Apoyo 3. Grupos de Ocio	1. Información sobre operaciones 2. Información sobre cambios en DNI 3. Grupos de ocio
<b>Ilotia ledo</b> – Grupo de transexuales, amigos y familiares de Navarra	Navarra y CAPV	1. Personas transexuales y su entorno 2. Entidades, profesionales y asociaciones	1. Información, asesoramiento y guía a personas transexuales 2. Asesoramiento a profesionales 3. Documentación	1. Orientación sobre la identidad 2. Información sobre la operación genital y prótesis 3. Información sobre temas legales 4. Apoyo en el proceso personal 5. Apoyo ante situaciones de discriminación
<b>Ehgam</b> – Euskal Herriko Gay Askapen Mugimendua	Euskal Herria	1. Personas homosexuales 2. Personas con “otras sexualidades”	1. Ideología 2. Reivindicación 3. Servicios de información/ayuda 4. Derivación (Berdindu, Aldarte) 5. Centro de documentación 6. Observatorio de denuncia	1. Información sobre el proceso 2. Apoyo psicológico 3. Indemnizaciones como víctimas del franquismo
<b>Aldarte</b> – Centro de Atención a Gays, Lesbianas y Transexuales	CAPV	1. Colectivo LGTBI 2. Entorno social	1. Apoyo sexológico y psicológico 2. Estudios y Documentación 3. Asesoramiento jurídico 4. Counselling: acompañamiento y asesoramiento	1. Counselling: acompañamiento y asesoramiento 2. Apoyo psicológico

<sup>43</sup> Servicios generales ofrecidos por el servicio o recurso.

<sup>44</sup> Servicios solicitados habitualmente por las personas transgénero y transexuales.

NOMBRE	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	COLECTIVO DE ATENCIÓN	SERVICIOS OFRECIDOS <sup>43</sup>	SERVICIOS SOLICITADOS HABITUALMENTE <sup>44</sup>
<b>Asociación Lesbitoria-Gaysteiz – Énfasis</b>	Vitoria-Gasteiz También Alava y CAPV	1. Personas homosexuales 2. Personas transexuales	1. Servicio municipal Énfasis 2. Derivaciones (Asexoría, Berdindu)	1. Información inicial 2. Derivación a otros recursos
<b>Gehitu-InfAsis</b>	CAPV sobre todo Gipuzkoa	1. Personas homosexuales y bisexuales 2. Personas transexuales 3. Entorno	1. Información y asesoramiento 2. Sensibilización social 3. Servicio InfAsis	Información para obtener el certificado psicológico
<b>BERDINDU –</b> Servicio vasco de atención a gays, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales	CAPV	1. Personas homosexuales y bisexuales 2. Personas transexuales e intersexuales 3. Entorno	1. Atención y asesoramiento 2. Diseño de políticas y campañas de visibilización y normalización 3. Promoción de medidas de inserción laboral 4. Denuncia y sensibilización social 5. Gestión de ayudas 6. Incentivación a profesionales en el conocimiento de la transexualidad	1. Ayudas económicas para reasignación de sexo 2. Asesoramiento jurídico 3. Información sobre reasignación de sexo 4. Apoyo psicológico 5. Mediación y asesoramiento profesional 6. Inmigración 7. Adopción
<b>ASEXORÍA –</b> Asesoría de sexualidad para jóvenes	Vitoria-Gasteiz	1. Población entre 14 y 30 años 2. Agentes sociales	1. Asesoramiento sexológico 2. Fondo documental	1. Grupo de autoapoyo 2. Asesoramiento jurídico, sexual, de recursos
<b>EMAIZE –</b> Centro Sexológico-Sexología Zentrua	CAPV y provincias limítrofes	Hombres y mujeres	1. Educación sexual 2. Asesoramiento sexual 3. Terapia sexual 4. Investigación 5. Participación socio-comunitaria	1. Terapia sexual 2. Valoraciones e informes sobre disforia de género
<b>BIKO-ARLOAK –</b> Centro de atención a la pareja	CAPV	Hombres, mujeres y parejas	1. Educación sexual 2. Asesoramiento 3. Terapia sexual y psicoterapia 4. Formación 5. Mediación 6. Coaching	1. Terapia sexual 2. Valoraciones e informes sobre disforia de género

NOMBRE	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	COLECTIVO DE ATENCIÓN	SERVICIOS OFRECIDOS <sup>43</sup>	SERVICIOS SOLICITADOS HABITUALMENTE <sup>44</sup>
<b>KOIRE</b> – Centro de Sexología	CAPV	Hombres, mujeres y parejas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formación a profesionales</li> <li>2. Cursos y charlas</li> <li>3. Asesoramiento sexológico</li> <li>4. Educación Sexual</li> </ol>	Asesoramiento sexológico
<b>Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava</b>	Álava	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personas seropositivas/SIDA</li> <li>2. Población reclusa</li> <li>3. Personas que ejercen la prostitución y clientes</li> <li>4. Personas toxicómanas</li> <li>5. Personas inmigrantes</li> <li>6. Jóvenes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información y Prevención</li> <li>2. Apoyo y asesoramiento</li> <li>3. Acogida en servicios sociosanitarios (pisos, centros de día y noche...)</li> <li>4. Programa Nahikari de prevención del VIH/SIDA con personas que ejercen la prostitución</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pruebas médicas (VIH, sífilis, hepatitis...)</li> <li>2. Trámites para la obtención de la tarjeta sanitaria</li> <li>3. Seguimiento médico en hospital (medicina interna, endocrino...)</li> </ol>
<b>Asociación Ciudadana Anti Sida de Gipuzkoa</b>	Gipuzkoa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Población en general</li> <li>2. Personas en exclusión social</li> <li>3. Personas que viven con VIH</li> <li>4. Mujeres, hombres y personas transexuales que ejercen la prostitución</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención telefónica y personal sobre VIH/SIDA</li> <li>2. Pisos de acogida</li> <li>3. Apoyo psicológico</li> <li>4. Programa de prevención de VIH/SIDA y otras ITS</li> <li>5. Charlas</li> <li>6. Talleres de formación de sexo más seguro</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reparto de material preventivo</li> <li>2. Asistencia y acompañamiento al centro ITS de Osakidetza</li> <li>3. Información sobre otras entidades estatales</li> <li>4. Información sobre entidades que resuelvan consultas jurídicas</li> </ol>
Asociación <b>ASKABIDE</b>	Bizkaia	Personas del entorno de la prostitución	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención directa</li> <li>2. Información</li> <li>3. Formación</li> <li>4. Proyectos residenciales</li> <li>5. Inserción laboral</li> <li>6. Sensibilización y denuncia social</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información</li> <li>2. Prevención sanitaria</li> </ol>
Asociación <b>ZIMENTARRI</b> -Centro Aukera	Gipuzkoa	Personas que ejercen la prostitución	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención individualizada</li> <li>2. Orientación social, jurídica, sociolaboral, psicológica y sanitaria</li> <li>3. Trabajo de campo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información sobre asociaciones relacionadas con la transexualidad</li> <li>2. Atención sanitaria</li> <li>3. Inserción socio-laboral</li> </ol>

### 5.3.2. Recursos del ámbito sanitario

La atención sanitaria a las personas transgénero y transexuales en la CAPV es una de las cuestiones que genera una mayor controversia entre los diferentes profesionales y entre las propias personas transgénero y transexuales. Con el fin de describir la respuesta dada por el ámbito sanitario, presentamos aquí la información obtenida por las fuentes sanitarias consultadas en esta materia.

El proceso de atención, desde el punto de vista sanitario, sigue un modelo internacional estandarizado y respaldado por buenas experiencias en esta materia, tal y como se ha descrito en el apartado referido a los tratamientos médicos del capítulo 4 de este informe.

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco estudió de manera específica la cuestión de la transexualidad para tomar las decisiones pertinentes. Para ello, el servicio de evaluación de tecnologías-Osteba realizó el estudio titulado *“Cirugía de cambio de sexo”<sup>45</sup> (actualización del IR 99-03. Informe de Revisión)*. Otra de las fuentes de consulta fue la *“Ponencia para analizar las necesidades terapéuticas de las personas transexuales”<sup>46</sup>*, presentada en el Parlamento Vasco, en 2007. Con motivo de esta ponencia comparecieron diferentes personas transexuales y expertas en la materia que hicieron sus aportaciones y reivindicaciones al respecto. La mayoría de los grupos parlamentarios abogaron por la creación de una Unidad de atención a personas transexuales, por realizar mejoras en la atención y por la ampliación de las prestaciones. Como resultado de la ponencia, el Parlamento Vasco instó al Gobierno Vasco para que, por medio del Departamento de Sanidad, con el objetivo de contribuir a la mejora de los derechos y de la dignidad de las personas transexuales procediera a:

*“1. La actualización del catálogo de prestaciones en el ámbito de la transexualidad de acuerdo con la evidencia científica existente.*

*2. La creación de una unidad centralizada de diagnóstico y orientación terapéutica de referencia para toda Euskadi, con el fin de prestar un servicio integral al colectivo de personas transexuales”.*

Los resultados de estos estudios y consultas derivaron en una serie de actuaciones concretas en cuanto a la atención y al establecimiento de las prestaciones y los servicios. El siguiente gráfico refleja el modo en que se han venido configurando:

<sup>45</sup> Gutiérrez-Ibarluzea, I.; Rico-Iturrioz, R. y Asua-Batarrita, J. Op. Cit. Gobierno Vasco-Departamento de Sanidad. Vitoria-Gasteiz, 2007.

<sup>46</sup> Informe de la ponencia para analizar las necesidades terapéuticas de las personas transexuales. Boletín Oficial del Parlamento Vasco. VIII Legislatura. Nº de publicación 132. Fecha 11.12.2007.



Para la atención a las personas transexuales existe, desde octubre de 2008, una **Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Identidad de Género con sede en el Hospital de Cruces, en Bizkaia**, que culmina la institucionalización de un servicio que ya se venía prestando desde hace años por parte de una Comisión médica que atendía las necesidades sanitarias de estas personas. Se trata de un equipo multidisciplinar formado por tres profesionales de las especialidades de Endocrinología, Psiquiatría y Cirugía Plástica y Reparadora. No obstante, si el caso lo requiriera, coyunturalmente, a criterio de este equipo, podrían incorporarse al equipo profesionales de otro tipo de especialidades como las de Dermatología, Ginecología, Urología, ORL-Foniatría o Medicina Interna, entre otras.

A esta Unidad llegan las personas derivadas por diferentes cauces (desde atención primaria o especializada) y, una vez en ella, se inicia un proceso que comienza con una evaluación psiquiátrica seguida de diferentes actuaciones enmarcadas dentro de un **protocolo de actuación** establecido para estos casos, tal y como se explica más detalladamente en el capítulo 4.

El tratamiento específico podría realizarse en la comarca sanitaria correspondiente a cada persona, en calidad de paciente de Osakidetza, previo acuerdo con el Servicio de Endocrinología de la Unidad.

En el caso concreto de que hubiera personas menores de edad a las que atender (extremo que no se nos ha confirmado hasta el momento) la cobertura no se ofrecería en esta Unidad sino que se realizaría desde los propios protocolos de pediatría sin incluirse, en estos casos, la hormonación.

Desde octubre de 2008 hasta la fecha de cierre de este informe, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud viene incluyendo, de acuerdo con el protocolo de esa fecha, el diagnóstico, el diagnóstico diferencial, el tratamiento hormonal, algunas cirugías (mamoplastia y mastectomía) y el seguimiento de todas y todos los pacientes.

En cualquiera de los períodos del tratamiento está previsto que se realizará un seguimiento del caso, que será variable en frecuencia según la fase del tratamiento y/o complicaciones que se pudieran presentar.

Endocrinológicamente se prevé que el seguimiento será de por vida, para evaluar ajustes del tratamiento hormonal y/o eventuales complicaciones.

Antes del inicio oficial de esta Unidad, los tratamientos hormonales se realizaban en seis hospitales; se daba cobertura, así, en los tres territorios históricos: en Álava, Txagorritxu y Santiago; en Bizkaia, Basurto, Galdakao y Cruces y en Gipuzkoa, el hospital Donostia.

Las personas transgénero y transexuales que seguían estos tratamientos hormonales, en 2007, eran 36 según los datos facilitados por el Departamento de Sanidad, distribuidos de la siguiente manera:

**Cuadro 5.3. Personas en tratamiento hormonal en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en 2007**

HOSPITAL	PACIENTES NUEVOS POR AÑO	PACIENTES EN SEGUIMIENTO
Cruces	2 a 4	14
Basurto	1 a 2	10
Galdakao	--	2
Donostia	0 a 1	2
Txagorritxu	0 a 1	5
Santiago	0 a 1	3
	<b>Total pacientes 2007</b>	<b>36</b>

Además de la atención directa a las personas transexuales, la Unidad y el propio Departamento contemplan entre sus funciones las de asesoría e información sobre transexualidad a otros agentes sociales (instituciones públicas, profesionales o entidades privadas) que así lo requieran; sin embargo, no existe constancia, al menos de momento, de consultas por parte de dichos agentes sociales a la Unidad o a la propia Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.

Así pues, este colectivo de pacientes ha venido recibiendo, hasta la actualidad, una atención multidisciplinar, si bien **el protocolo** mencionado **limitaba la prestación ofrecida por los servicios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, excluyendo la cirugía de genitales externos**. Expresamente indicaba que no se realizaría en los hospitales de la red. Establecía la derivación de los casos en los que se estimara su necesidad, vía Departamento de Sanidad<sup>47</sup>, a otros servicios de referencia fuera de la CAPV y dentro del Sistema Nacional de Salud.

<sup>47</sup> Departamento de Sanidad y Consumo, en la actualidad.

Esta derivación se enmarcaría en la política del Ministerio de Sanidad y Consumo de designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) dentro del Sistema Nacional de Salud.

El 10 de noviembre de 2006 se publicó el Real Decreto 1302/2006, que establece las bases para la designación de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. En su artículo 2.2 se señalan las características de las patologías o grupos de patologías cuya prevención, diagnóstico o tratamiento se realizará mediante técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en centros, servicios o unidades de referencia de este sistema. Como consecuencia de la aplicación de esta norma se han comenzado a definir las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para cuya atención es preciso designar Centros, Servicios o Unidades de Referencia (CSUR) en el Sistema Nacional de Salud, así como los correspondientes criterios específicos de designación de éstos.

Así, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mediante acuerdo de 12 de diciembre de 2007, incluyó el área de trastornos de identidad de género (atención de la transexualidad) dentro de las propuestas de patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos para los que se deben designar servicios o unidades de referencia en el Sistema Nacional de Salud. Además, estableció los criterios específicos que estas unidades deberían cumplir para ser designadas como de referencia del Sistema Nacional de Salud, incluyendo los referidos a las intervenciones de reasignación de sexo.

Hasta la fecha no ha sido designado ningún CSUR para la atención de la transexualidad pero el plazo de presentación de nuevas solicitudes se considera abierto. De modo que, según las informaciones recibidas, en la actualidad se está tratando de definir el mapa de centros de referencia.

Entretanto son varios los hospitales del Estado en los que, de manera autorizada, existen unidades específicas para el abordaje de las necesidades terapéuticas de las personas transexuales y unos pocos los que, de hecho, están realizando intervenciones en materia de cirugía de genitales externos (la autorización de unidades en centros públicos y la asunción de tratamientos por los correspondientes sistemas de salud de algunas comunidades autónomas se realiza en virtud de sus competencias propias en materia de sanidad).

En este contexto, entre las personas transexuales consultadas hay personas que nos han manifestado que están siendo atendidas en el hospital malagueño Carlos Haya (centro público del sistema andaluz de salud). Otras nos refieren que los tiempos de espera para ser intervenidas siguiendo el procedimiento de derivación serían excesivos (hasta cuatro y cinco años de espera), motivo por el que optan por acudir a centros distintos para realizar la cirugía de reasignación.

Los motivos principales por los cuales la cirugía de reasignación de sexo no se venía realizando en los hospitales de la red podían agruparse en dos criterios:

1. Criterio científico: La cirugía en materia de reasignación de sexo es muy compleja y las técnicas muy diversas. Falta evidencia científica, consenso sanitario y una mayor experiencia que avalen la atención prestada ya que no se encuentra, en estos momentos, lo suficientemente desarrollada como para garantizar resultados óptimos a las y los pacientes que quieran recurrir a ella. Por otra parte, las intervenciones resultan muy cruentas, con efectos secundarios irreversibles y, en ocasiones, negativos y los tratamientos que se precisan son muy prolongados.
2. Criterio numérico: No existen suficientes casos que garanticen la demanda necesaria para ofrecer dicha prestación en condiciones óptimas.

Desde el punto de vista epidemiológico<sup>48</sup>, se estima que en Euskadi, del total de personas transexuales mayores de edad, sólo 2 ó 3 demandarían la intervención cada año. Esta demanda de cirugía es mayor en los casos de personas más jóvenes.

Las técnicas quirúrgicas aplicadas sobre los genitales para un proceso de reasignación son de tal complejidad que requieren, para la expertización de los profesionales que las aplican, de un número de casos que en nuestra comunidad autónoma no se da.

Pese a todo lo expuesto anteriormente, con motivo de una pregunta parlamentaria, con solicitud de respuesta escrita (09/10/05/03/0067-1247), **el Departamento de Sanidad y Consumo ha evaluado de nuevo el modo en que el Sistema Sanitario Público de la CAPV va a abordar esta prestación sanitaria en todas sus fases.**

De este modo, la respuesta del Consejero de Sanidad y Consumo, de 2 de septiembre de 2009, indica que *“se va a proceder a evaluar la situación con el objetivo de que este colectivo de pacientes pueda disponer de una atención que incluya además del diagnóstico, tratamiento psiquiátrico-psicológico, tratamiento endocrinológico, la posibilidad del tratamiento quirúrgico como una prestación más, incluida en el catálogo de prestaciones del Sistema Sanitario Público de la CAPV”*.

La respuesta gubernamental a la cuestión que la pregunta parlamentaria planteaba, relativa a los centros donde se va a realizar esta nueva prestación, explica que *“desde este Departamento, por un lado se va a potenciar la capacidad de respuesta de la unidad de referencia del Hospital de Cruces, y por otro lado se va a garantizar en todo momento una atención de calidad en este tipo de intervenciones; es por lo que dependiendo de la complejidad de la intervención y del grado de expertización de los diferentes centros hospitalarios que abordan este tipo de operaciones, incluida la citada unidad, en cada uno de los pacientes se valorarán las diferentes opciones existentes”*.

La respuesta del Departamento de Sanidad y Consumo permite concluir que se está evaluando la situación con el objetivo de que este colectivo de pacientes pueda disponer de

---

<sup>48</sup> Según se señala en el documento “Alternativas terapéuticas de las personas transexuales” del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

una atención que incluya, además del diagnóstico, tratamiento psiquiátrico-psicológico, tratamiento endocrinológico, también la posibilidad del tratamiento quirúrgico como una prestación financiada por el Sistema Sanitario Público de la CAPV.

### 5.3.3. Los recursos en conjunto

Una vez presentados los diferentes recursos, resulta de interés señalar algunas cuestiones referidas a todos ellos en conjunto.

#### 5.3.3.1. Los recursos: aspectos de interés

Existen recursos, es cierto, pero su **escasa divulgación** impide que lleguen a las personas a las que van dirigidos de forma adecuada. La mayoría de los recursos son desconocidos por las personas transgénero y transexuales, al menos, en los momentos iniciales en que necesitan recabar información sobre su situación: *“En Internet te informas de transexualidad como tal pero, los servicios... los servicios concretos que hay aquí, esos no los conoce nadie. Hay un problema muy gordo de publicidad”*.

Ante la falta de divulgación la fuente de consulta más utilizada en la actualidad es Internet; los foros o las páginas especializadas en transexualidad y transgénero son las más visitadas. A partir de esta consulta, las personas comienzan a ubicarse en el protocolo del proceso y se inician los primeros contactos con asociaciones o directamente con los servicios médicos, en un recorrido no exento de dificultades: *“...caótico, surrealista; yo fui al médico y tuve que contarle lo que él tenía que hacer, que yo había aprendido en Internet, porque no tenía ni idea”*.

En otras ocasiones, son las ayudas existentes y los servicios de los recursos sociales los que resultan desconocidos: *“Para cuando me enteré de que existía (dice el nombre del recurso) me había paseado por un montón de asociaciones, pero nadie sabía nada, ni en sitios para gays y lesbianas que supuestamente atendían a personas trans”*. Este **desconocimiento** hace que las personas transgénero y transexuales no sepan a dónde ir y que muchos profesionales no sepan a dónde derivar: *“La psiquiatra no conocía nada del tema, yo le hablé de la asociación y me pidió información para mandar allí a otras personas a informarse”*. En la mayoría de las ocasiones es el “boca a boca” el medio de conocimiento de estos recursos: *“Conocí en el chat a otra chica y me habló de este recurso y fui, y allí sí me hablaron de otros sitios”*.

A este desconocimiento se une la **descoordinación** existente entre los recursos. Se detecta la ausencia de relaciones entre la mayoría de los recursos de atención directa y la falta de unos protocolos de actuación conocidos y compartidos que favorezcan una orientación más adecuada que la que se realiza actualmente. No existe una red estructurada de apoyo a las personas transgénero y transexuales, no existe colaboración entre las diferentes entidades, a pesar de compartir el mismo colectivo de atención, ni tampoco existen protocolos de atención. Al no existir una red estructurada ni protocolos compartidos, las personas son derivadas de unos recursos a otros.

Excepcionalmente, las y los profesionales de Álava refieren una relación fluida en la comunicación entre los diferentes recursos existentes en el territorio alavés, cosa que no ocurre en el caso de las y los profesionales consultados de Bizkaia o Gipuzkoa.

La descoordinación provoca el **solapamiento** y la **duplicidad de servicios**. No se ha observado una relación significativa entre las entidades, a pesar de compartir las mismas finalidades y un mismo colectivo de atención; podría decirse que en lugar de una interacción real existe una respetuosa convivencia. La falta de uniformidad en la atención a las personas transgénero y transexuales en los diferentes ámbitos (sociales y sanitarios principalmente) hace que estas personas se dirijan a unos u otros recursos en función de sus intereses (operaciones, subvenciones...).

La opinión de que no existan suficientes recursos para estas personas no es unánime entre las y los profesionales consultados. Sin embargo, existe un amplio consenso sobre la escasez de profesionales formados para dar una atención adecuada a las necesidades de las personas transgénero y transexuales.

Como ya se ha dicho, Internet es la fuente principal de consulta: asegura el anonimato en el proceso de búsqueda de explicaciones para lo que les pasa y en la localización de recursos.

La mayoría de las consultas realizadas a las asociaciones se hacen por ordenador –Internet y correo electrónico– y teléfono, por lo que **la ubicación del recurso no es decisiva** al optar por uno u otro. Sí resulta decisivo, sin embargo, el “boca a boca” entre la propias personas transgénero y transexuales a la hora de dirigirse a uno u otro recurso.

La existencia de recursos en las capitales atrae a personas transgénero y transexuales del ámbito rural y de provincias limítrofes.

Una vez superada la barrera del anonimato de las consultas on-line o telefónicas, las personas suelen acudir a los recursos de atención directa por ser un espacio en el que pueden conocer a personas que están en su misma situación y favorecer su socialización.

A la hora de acceder a los recursos se recurre en primer lugar a los del ámbito social y, en un segundo momento, a los del ámbito sanitario.

### **5.3.3.2. Las personas usuarias: aspectos de interés**

A la hora de cuantificar el colectivo de personas transgénero y transexuales usuarias de estos recursos surge, en el recuento, una cuestión metodológica que es necesario señalar antes de presentar el cuadro correspondiente. Nos referimos a la imposibilidad de realizar una suma de todas las personas usuarias durante un mismo periodo de tiempo: por un lado, hay entidades que recogen el número de consultas realizadas y no el número de personas diferentes atendidas; por otro, dada la rotación de estas personas entre los diferentes recursos, es muy posible que una misma persona quede contabilizada en dos o más recursos a la vez.

No obstante, a efectos de esta investigación se prioriza el objetivo de conocer el colectivo de personas usuarias, al menos de manera aproximada, frente al objetivo de realizar un recuento al estilo detallado de un censo demográfico. Hecha esta apreciación, en el siguiente cuadro se presenta la información obtenida tomando como referencia las entidades significativas en la atención social y sanitaria a este colectivo dentro de la CAPV.

**Cuadro 5.4. Personas usuarias en diferentes recursos de atención del ámbito social**

RECURSO	OBSERVACIONES	PERSONAS ATENDIDAS	EDAD	MUJERES-HOMBRES
Berdindu	Primer semestre de 2008	24 personas 11 personas del entorno	Edad media: 29 años	62,5% mujeres 37,5% hombres
	De 2002 a 2007	Número medio por año: 28 personas 13 personas del entorno		
Asexoría	Actualmente	8 personas	28 años	37,5% mujeres 62,5% hombres
Enfasis	A lo largo de su trayectoria	Sin cuantificar	25-30 años	30% mujeres 70% hombres
Gehitu	A lo largo de su trayectoria	12-13 personas	20-30 años	69% mujeres 31% hombres
Aldarte	Datos de la memoria 2007	13 personas transexuales	Mujeres transexuales: 35-40 años Hombres transexuales: 24 años	De las 13 personas transexuales: 51% mujeres y 49% hombres
		5 personas transgénero	Personas transgénero: 35-40 años	
Transexualidad Euskadi	Datos de 2007	90 personas	21-40 años	90% mujeres 10% hombres
	Hasta 2007	400 personas		
Ilota Ledo	Datos de relaciones consolidadas desde el año 2000. Las consultas puntuales no están registradas pero se sabe que el 1% son de familiares y amigos y otro 1% de profesionales y medios de comunicación.	400 personas	14-50 años	10% mujeres 90% hombres
Errespetuz	Creada en 2008	15 personas	25-30 años	25% mujeres 75% hombres
EHGAM	A lo largo de su trayectoria	Sin cuantificar	Jóvenes	Mayoría hombres

RECURSO	OBSERVACIONES	PERSONAS ATENDIDAS	EDAD	MUJERES-HOMBRES
Emaize	Datos de 2008	5 personas	25-50 años	20% mujeres 80% hombres
	De 1994 a 2007	12 personas		
Koire	En los últimos dos años	4 personas	Jóvenes	75% mujeres 25% hombres
Biko Arloak	Datos de 2008	25 personas	28 años	56% mujeres 44% hombres
Aukera	Datos de 2008	20 personas	25-35 años	Todas mujeres
Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava	Expedientes abiertos actualmente	9 personas	29 años	Todas mujeres
Asociación Ciudadana Anti-Sida de Gipuzkoa	Datos de 2008	41 personas	Sin datos	Todas mujeres
Askabide	Datos de personas atendidas en porcentaje sobre total de personas atendidas en su recurso	6% de sus usuarias	30-50 años	Todas mujeres

En relación con las personas usuarias que acuden a estos recursos se observa:

- Cada vez con más frecuencia acuden padres y madres a consultar sobre sus hijas e hijos, en ocasiones, menores de edad.
- Las personas transgénero y transexuales acuden acompañadas de su pareja o de amistades.
- Cada vez es menor la edad de la personas transgénero y transexuales
- Las personas usuarias de los servicios de protección social orientados al colectivo que ejerce la prostitución son, en su mayoría, mujeres.
- Excepto en estos servicios anteriormente citados, la mayor proporción de hombres o mujeres depende de cada recurso, por lo que no se puede establecer ninguna hipótesis sobre quiénes los utilizan más.
- Cada año es mayor el número de solicitudes para recibir subvenciones que permitan realizar intervenciones quirúrgicas.
- Las propias personas del entorno familiar son, a su vez, usuarias de estos recursos.
- También son personas usuarias de estos servicios las y los profesionales de ámbitos como la educación, la medicina, los servicios sociales o la abogacía. Hay profesionales que se interesan y se implican, y otros que realizan el trámite consultivo sin mayor implicación posterior.

En opinión de un sector de la atención profesional, el uso de los recursos suele ser, en ocasiones, de tipo práctico y dirigido a un fin concreto: *“Acuden para pedir información o para obtener el certificado y no siempre hay una continuidad posterior en el proceso”*. Las y los profesionales creen que es importante que se atienda a estas personas en recursos generalistas porque en la medida en que se perpetúe el círculo específico de la transexualidad, se aísla socialmente al colectivo.

La valoración que las personas transgénero y transexuales realizan de los recursos utilizados deja claras dos ideas: por un lado, la experiencia en el ámbito sanitario, especialmente en la atención psiquiátrica, es negativa; por otro, los recursos mejor valorados, con diferencia, son aquellos de atención directa que suponen una relación frecuente y continuada entre persona usuaria y profesional, en concreto se mencionan los gabinetes privados de atención sexológica, Berdindu y la Asexoría.

Es prácticamente nula la relación pautada entre profesionales del ámbito social o sanitario. Se detecta también una falta de protocolos profesionales de actuación. En aquellos casos en que existe alguna relación, se debe al interés personal de profesionales concretos. No existe una red estructurada ni un directorio de recursos compartido.

Antes de que entrara en vigor el protocolo sanitario de atención se evidenciaba, en este ámbito, la falta de unidad de criterios: *“Cada especialidad va a lo suyo: ginecología, salud mental, medicina interna...”*. De hecho, se manifestaba que existían profesionales de la psiquiatría y la endocrinología que rechazaban atender a personas transexuales por “desconocimiento”. La información que tienen las y los profesionales de la medicina sobre el transgénero y la transexualidad parece ser muy limitada y, en ocasiones, inexistente. También es cierto que, por la baja prevalencia de estos casos en la población, muchas y muchos profesionales se enfrentan por primera vez a situaciones de transgénero o transexualidad, lo que supone que se den situaciones como las siguientes: *“Fui al psiquiatra y me preguntó qué hacía yo allí”*; *“Acompañé a una mujer transexual al médico y lo primero que le preguntó fue si alguna vez había estado embarazada”*; *“Fui al médico y como no tenía ni idea de adónde mandarme, tuve que explicarle yo el proceso: mándame al psiquiatra para que me haga el informe y pueda ir al endocrino”*.

A esta situación tampoco es ajena la atención social: *“Aquí cada uno funciona en su entidad, no hay una red estructurada”*. La falta generalizada de información en todos los ámbitos genera, entre otras consecuencias, que no se detecten correctamente los síntomas y se yerre en los diagnósticos: *“En ocasiones no se detectan casos de trastornos de género porque se identifican con anorexia, por ejemplo, por el rechazo al propio cuerpo”*.

Finalmente, la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Identidad de Género del Hospital de Cruces, de cuya existencia previa ya deja constancia el Departamento a mediados de 2008, no ha sido una realidad hasta finales de 2008. Sin embargo, este cambio no ha supuesto una visibilización social de la Unidad, ni tan siquiera en el propio entorno sanitario: *“Y cuando he ido a la consulta... jme he perdido!... porque ni está indicado ni nada, está... como escondido, mezclado con otras consultas, y cuando preguntaba*

*por allí, a pesar de ser los médicos que lo llevan conocidos, nadie sabía decirme dónde quedaba la Unidad”.*

## 5.4. LA OPINIÓN DE LA CIUDADANÍA

Para abordar esta cuestión se analiza el grado de conocimiento y la imagen que la ciudadanía tiene de las personas transgénero y transexuales, la respuesta social y los factores explicativos del rechazo social.

### 5.4.1. Desconocimiento e imagen estereotipada

Si hubiera que destacar una idea que resumiese la opinión que la ciudadanía tiene sobre las personas transgénero y transexuales ésta sería la del desconocimiento generalizado, mucho más intenso en el caso del transgénero que en el de la transexualidad. Incluso, aunque hay personas que, a priori, dicen saber qué significan estas cuestiones, cuando se profundiza sobre ellas se observa que su concepto no coincide con la realidad, principalmente porque identifican la transexualidad con la homosexualidad o el travestismo.

En el caso del transgénero, el grado de desconocimiento es tal que ni tan siquiera existen ideas equivocadas al respecto: sencillamente, no se contempla socialmente su existencia. A la gente le cuesta entender que haya personas que se encuentran en posiciones tradicionalmente no definidas respecto del sexo. Se entiende que una persona esté descontenta con su sexo de nacimiento y quiera cambiarlo: *“Es una faena de la naturaleza”*. Sin embargo, no se comprende que alguien no se identifique con ser hombre o mujer. Ello genera dificultades para la aceptación del colectivo: *“Yo creo que son personas con mucho chocolate en la cabeza, que no saben ni lo que quieren”*.

La imagen que la ciudadanía desinformada tiene sobre estas personas se asocia, como ya hemos señalado, a la homosexualidad y al travestismo de manera mayoritaria. También se vincula al mundo de la noche, al espectáculo, a la ambigüedad, a personas extrañas fuera de la sociedad, a la prostitución, a personas enfermas, con problemas psicológicos que no saben lo que quieren o a personas caprichosas y viciosas. Resulta significativo que todos estos apelativos se asocian a mujeres transexuales, que son las únicas que, de manera espontánea, se identifican por parte de la ciudadanía. Los hombres transexuales son invisibles o, al menos, mucho más invisibles que las mujeres. En la formación de esta imagen se reconoce explícitamente la influencia de los medios de comunicación, más específicamente, de los programas televisivos sensacionalistas. Son sus personajes las únicas referencias conocidas para la gran mayoría de la ciudadanía: *“Cuando has preguntado por la imagen que tengo, yo he pensado en La Veneno”*; *“Yo conozco a Niki de Gran Hermano y a Jud, el novio de otra de Gran Hermano, que salen en los programas del corazón”*.

Esta imagen, estereotipada y fuera de la realidad, genera un rechazo inicial evidente porque estas personas representan estilos de vida que incomodan por suponer una ruptura

radical con los modelos establecidos de hombre y mujer. La transexualidad y, sobre todo, el transgénero genera desubicación en el conjunto de ideas, normas y valores interiorizados socialmente. Representa un cambio en la manera tradicional de clasificar sexualmente a las personas, supone abrirse a nuevos esquemas mentales no siempre fáciles de aceptar. De hecho, se menciona la importancia del aspecto sexual externo en el grado de aceptación o rechazo inicial a este colectivo. Más allá de la transexualidad o transgénero como procesos o, incluso, estilos de vida diferentes a lo habitual, lo que queda claro es que se rechaza la diferencia evidente, la exageración de ciertos rasgos físicos y actitudes y la ambigüedad. Es decir, lo que llama la atención y se sale de la norma. Así, a mayor normalidad física de la persona, mayor aceptación, y a mayor evidencia de la transexualidad o ambigüedad en el transgénero, mayor rechazo: *“A mí no me importa ni me molesta una persona transexual o lo que sea, lo que me molesta es esa gente exagerada, tiarronas con dos metros de altura, minifaldas exageradas, escotes... que van dando el cante, que se ve que son tíos...”*; *“Yo puedo entender que una mujer quiera ser hombre o al revés, pero que una persona tenga barba y se maquille o lleve falda a la vez, no me entra en la cabeza, no me parece normal...”*

Una vez constatado este desconocimiento evidente, se demanda de manera espontánea información sobre el tema: *“Pero realmente ¿qué son?, ¿qué se les pasa por la cabeza?, ¿por qué les pasa esto?, ¿hay muchas personas así?”*. En la medida en que esta información aumenta se observa un cambio en la postura inicial de rechazo hacia posiciones de mayor aceptación, incluso de empatía, hacia estas personas: *“Bueno, sabiendo ya lo que es, creo que deben de sufrir mucho, ¿cómo se les puede ayudar?”*.

#### 5.4.2. La respuesta social

Podría decirse, visto lo anterior, que la respuesta social depende, en gran medida, del grado de conocimiento: a mayor conocimiento mayor aceptación. Esta aseveración puede hacerse con relación a la transexualidad, no así respecto al transgénero. La aceptación del transgénero no aumenta sustancialmente al incrementar la información que tiene la ciudadanía. Las personas transgénero quedan invisibilizadas al referirse la ciudadanía a todas ellas como personas transexuales. El transgénero es una cuestión de difícil comprensión social. En este caso, la ruptura de esquemas establecidos es tan grande que, a pesar de disponer de una mayor información, se observa una menor aceptación en comparación con la transexualidad, en todos los posibles ejemplos concretos de la vida diaria, principalmente por la dificultad de entender cómo es posible la ambigüedad que ello supone.

La aceptación de la transexualidad que se puede observar en un plano teórico y general no siempre se da a la hora de posicionarse ante situaciones concretas de la vida; en determinados temas resulta más fácil aceptar ideas, la teoría, que hechos concretos, la realidad cotidiana. Ante situaciones concretas de vivir la transexualidad en el entorno cercano, los posicionamientos sociales varían en función del grado de relación, lo que no significa que un mayor grado de relación vaya unido a uno mayor de aceptación. Dependiendo de la posición que ocupa cada persona en la relación y de lo que supone para ella (imagen social, intimidad...) se acepta o no a la persona transexual.

En general, cuando no existe una relación afectiva con la persona, por tratarse de alguien del vecindario o del municipio, parece aceptarse la transexualidad: *“Eso no influye en mi vida, lo aceptaría sin problemas”*. No obstante, se aprecia cómo en las zonas más rurales todavía influye, más que en los municipios de mayor tamaño, la imagen social y los comentarios negativos: *“Yo creo que en el pueblo le aceptaríamos pero... ¡los comentarios que tendría que oír!... aquí todos nos conocemos, sería mejor que se fuera a una ciudad más grande para pasar desapercibida”*.

Cuando la relación no es estrictamente afectiva pero sí afecta a otros aspectos como la imagen de empresa que se da o los problemas acarreados ante una situación así entre la plantilla, disminuye el grado de aceptación:

- La visibilidad del puesto y la imagen de la empresa transmitida por éste es un factor clave a la hora de decantarse por una actitud de aceptación o de rechazo: *“Inconscientemente, aunque fuese bueno para el puesto, le buscaríamos pegas, por si acaso luego pasa algo, algún problema con algún cliente...”*; *“Si está en la cadena de montaje de mi empresa, le contrataría, pero si va a ser director financiero, no, porque está dando una imagen de la empresa que... vamos, que puede haber problemas para vender el producto”*. Esto significa, implícitamente, que la sociedad reduce transexualidad a su manifestación externa. De hecho, hay personas que expresan claramente su rechazo a contratar a una persona transexual cuyos rasgos evidencien este hecho mientras que considerarían plausible su contratación si no se manifestara dicha transexualidad: *“Si ya trabajase en la empresa antes... me lo pensaría más, si es bueno en su trabajo, no le despediría”*.
- Los posibles problemas con la plantilla: si en los vestuarios, en los servicios o en las relaciones entre personas empleadas, la presencia de una persona transexual va a generar problemas, hay un posicionamiento mayoritario hacia la no contratación: *“Por si acaso, por si hay problemas con el resto... no le contrataría”*.
- En estas situaciones el componente afectivo influye de manera positiva. Así, hay personas que consideran que actuarían tal y como se ha señalado en los puntos anteriores sólo si no conocieran anteriormente a la persona transexual. Sin embargo, si ya formara parte del equipo profesional antes de iniciar el cambio, habría un margen para la flexibilidad y la aceptación. De hecho, entre las propias personas transexuales consultadas, este hecho es una realidad: buscar un empleo nuevo resulta más difícil que mantener el que ya se tenía antes del cambio.

Cuando existe una relación afectiva evidente, porque la persona transexual es un familiar (hermano/a, hijo/a...) o una amistad, se observa un posicionamiento de aceptación generalizado pero con matices de interés:

- La aceptación de un amigo o amiga no genera grandes desacuerdos. Sin embargo, si una amiga o un amigo íntimo no ha expresado esta cuestión de su transexualidad hay personas que se plantearían continuar con esa amistad. Algunos testimonios reflejan las diferentes posturas que se adoptarían: *“Yo no tendría problema, si es*

*mi amigo-amigo, yo eso ya lo sabría, se lo notaría y no tendría problema en aceptarlo”; “Pues yo creo que podría no notarse y, en ese caso, si me lo dice, igual me planteo si sigo yendo a vestuarios juntos tras un partido y cosas así...”*

- Cuando la persona es un familiar que no es la pareja, la aceptación suele ir acompañada de cierta resignación: *“Preferiría que no me pasara o, en su caso, tener un hijo homosexual; pero si es mi hijo, ¿qué voy a hacer?... no voy a echarle de casa, ¿no?”; “Me dolería sobre todo pensar en su sufrimiento, por eso preferiría que no me pasara en la familia”*. Plantear en estos casos hipótesis como la atención antes de la mayoría de edad suponen un ejercicio difícil y, en muchos casos, generador de claro disenso: *“Yo intentaría reconducirle a su sexo biológico para que no sufra”, frente a: “Si quieres a tu hija y ves que lo mejor es esa hormonación para que no le crezca el pecho, pues yo creo que lo haría...”*.
- Cuando la relación afectiva es de pareja, el rechazo es unánime porque la cuestión aborda ya el aspecto íntimo de las relaciones sexuales, ámbito en el que la opinión mayoritaria coincide con una concepción genital tradicional, principal motivo aducido por quienes verbalizan este rechazo: *“Si estoy con mi novia y de repente me dice que va a implantarse un pene... yo... ¿qué hago con eso? A mí no me gusta”*. Se habla incluso de engaño: *“Yo no le reconocería ya como la persona de la que me enamoré, le diría: ‘¿por qué me has hecho esto?’”*. Aunque no hay diferencias destacadas por sexo, en estas opiniones, los hombres han mostrado de manera más vehemente y explícita su rechazo a esta posibilidad de tener una pareja transexual. No disponemos de datos específicos para evidenciar la influencia del género en esta opinión pero sí podemos constatar que entre las personas transexuales y profesionales consultadas se reconoce una mayor disposición de las mujeres a tener una pareja transexual, tanto si es su pareja antes de iniciar el proceso de cambio como después del mismo, idea que ya se recoge en el cuarto capítulo.

### 5.4.3. Factores explicativos del rechazo social

Podríamos concluir que la transexualidad y el cambio se aceptan más que el transgénero. El rechazo social no responde estrictamente al cambio de sexo sino, más bien, a la ambigüedad. La raíz del rechazo está en:

- La ambigüedad sexual, incluso en los casos de transexualidad cuando afecta a la pareja.
- La ambigüedad física, la exageración de dicho cambio o de dicha ambigüedad en la medida en que esa imagen supone un problema para la ciudadanía (imagen y problemas de empresa, imagen de la familia, etc.).

Si bien es cierto que estas cuestiones que influyen en el rechazo social son compartidas por la mayoría de la ciudadanía, hay una serie de variables que explicarían los diferentes

grados de aceptación y rechazo del fenómeno del transgénero y la transexualidad. En concreto:

- La zona de residencia: el entorno urbano parece mostrarse más abierto a la aceptación.
- Lo que podría denominarse como la “apertura mental” de la persona. Quienes no tienen tantos prejuicios sobre otros temas, quienes aceptan mejor los cambios sociales o la diversidad en otros ámbitos coinciden con aquellas personas más abiertas ante los cambios de sexo o, incluso, ante la posibilidad de superar la dualidad tradicional hombre-mujer. De hecho, son también estas personas las que reconocen con mayor facilidad los estereotipos sociales o los suyos propios: *“No todo es tan sencillo como que somos hombres o mujeres; hay otras opciones pero reconocer eso significa modificar mis esquemas mentales y eso es lo que nos lleva al rechazo”*; *“Yo creo que no se les rechaza por ser transexuales y ya está, sino porque eso significa un problema para nosotros de aceptar que hay realidades diferentes a las que conocemos hasta ahora, y nos resistimos a ese cambio”*. En el lado opuesto se encuentran quienes ven la vida desde un estatus asociado a posiciones ideológicas de seguridad y permanencia de las estructuras sociales, de las normas y los valores vigentes. Para estas personas la transexualidad y el transgénero son un cambio tal, un peligro tal para su entorno y para su pensamiento que no dan cabida a planteamientos novedosos. Estas personas no lo verbalizan tan explícitamente –posiblemente por influencia del discurso políticamente correcto– pero sí lo transmiten mediante el lenguaje no verbal o con comentarios tales como: *“No creo que sea necesario que expliquen a mi hijo lo que es la transexualidad en el colegio”*.

Otro modo de conocer la respuesta social es analizar los derechos que la sociedad reconoce a estas personas. Desde el punto de vista de la ciudadanía hay un consenso mayoritario en aceptar la financiación pública de la atención sanitaria integral: hormonación, cirugía, atención psicológica y todo aquello que resulte necesario para evitar el sufrimiento: *“...que estas personas no sufran más de lo necesario y puedan vivir como realmente se sienten”*. Este derecho de atención pública se hace extensible a cualquier ámbito en el que estas personas se encuentren en situación de desventaja social (educación, empleo, vivienda...). El consenso generalizado en la necesidad de esta atención se convierte en desacuerdo al abordar sus límites temporales. Una parte de la ciudadanía considera que todas estas medidas son necesarias sólo mientras la persona se encuentra en proceso de cambio porque es la falta de adecuación a lo que quiere ser lo que le hace estar en desventaja; sin embargo, una vez realizado dicho cambio, sobre todo referido al aspecto físico externo pero también a la cuestión de los genitales, consideran que ya no es necesario seguir impulsando medidas de actuación específicas: *“Si ya han conseguido lo que quieren que es cambiar de sexo y, algunos, operarse del todo, pues ya está, para el resto de cosas tendrán que buscarse la vida como los demás...”*; *“...por su propio bien, porque si no estamos perpetuando su condición de persona transexual, cuando esa persona lo que es en realidad es un hombre o una mujer, ¿no?”*.

Para finalizar, la conclusión más destacada sobre esta cuestión de la opinión y aceptación de la ciudadanía podría ser la siguiente: si, por una parte, se han aceptado paulatinamente cambios sociales como la visibilización de la homosexualidad y, por otra, se observa que, una vez informada la ciudadanía, hay cambios hacia actitudes de mayor integración, cabe pensar que la aceptación de la transexualidad –más fácilmente– y del transgénero –con mayores reticencias– es cuestión de combinar un proceso pedagógico de aprendizaje social y un tiempo necesario para interiorizar dicho aprendizaje. Todo ello facilitaría, asimismo, la aceptación y la puesta en marcha de medidas favorables a la no discriminación de este colectivo.

En relación con estos cambios, también hay voces que reconocen las reticencias de ciertos sectores sociales y grupos de poder ante lo que supone abordar abiertamente estas cuestiones en el ámbito de la sensibilización social y en la escuela o con relación a las ayudas públicas destinadas a las citadas medidas de actuación en materia sanitaria.

## 5.5. EN RESUMEN

La respuesta legislativa:

- La respuesta legislativa estatal en la primera mitad del siglo XX era de marcado carácter represor hacia colectivos catalogados como peligrosos. En esta época estaba vigente la Ley de vagos y maleantes que incluyó entre estos colectivos a las personas homosexuales, en la década de los cincuenta. En los setenta esta ley se sustituye por otra de enfoque más rehabilitador, denominada Ley de peligrosidad y rehabilitación social.
- A partir de la década de los ochenta comienzan los avances hacia legislaciones más tolerantes con la diferencia; se despenalizan las operaciones de cambio de sexo y finalmente, en 2007, se promulga la Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, conocida popularmente como Ley de Identidad de Género, que permite el cambio de sexo y nombre en el Registro Civil y en la documentación correspondiente.
- A pesar de que esta Ley ha supuesto un importante avance, presenta algunas carencias derivadas de los requisitos exigidos para llevar a cabo el cambio. Estas carencias provocan, entre otras cosas, dejar fuera a quienes no se identifican con uno u otro sexo, a quienes no desean someterse a hormonación, a las personas menores de edad y a las de nacionalidad extranjera. Así mismo, circunscribe el cambio a aspectos excesivamente patológicos o médicos, dejando desprotegidas a las personas que no quieren tomar parte en ellos.

Las administraciones públicas:

- La garantía de la atención a las personas transgénero y transexuales queda asumida, en el Gobierno Vasco, por el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales y por el de Sanidad<sup>49</sup>. En las diputaciones y ayuntamientos son diferentes los departamentos o áreas que asumen esta función. En cuanto a las diputaciones, en Álava le corresponde al Departamento de Juventud y Promoción Social, en Bizkaia al Gabinete del Diputado General y en Gipuzkoa al Departamento de Deportes y Acción Exterior. En cuanto a los ayuntamientos, en Bilbao le corresponde al Área de Igualdad, Cooperación y Ciudadanía, en Donostia-San Sebastián a la Dirección de Derechos Humanos y en Vitoria-Gasteiz a los departamentos de Intervención Social y Servicio de Juventud. Las actividades realizadas en este ámbito podrían resumirse en campañas y manifiestos, financiación de programas mediante convenios y de actividades puntuales y, en algunos casos, promoción o prestación de servicios específicos.

Los recursos de atención directa:

- Los recursos de atención directa dentro del ámbito social se han clasificado en:
  - Asociaciones de personas transexuales: Transexualidad Euskadi, Errespetuz e Ilota Ledo.
  - Asociaciones LGTBI: EHGAM, Aldarte, Lesbitoria-Gaysteiz y Gehitu.
  - Servicios públicos de atención directa: Berdindu, Asexoría, Énfasis, InfAsis y Aldarte.
  - Servicios privados de atención directa: Emaize, Biko Arloak y Koire.
  - Recursos de protección social: Comisiones Ciudadanas Antisida de Álava y Gipuzkoa, Askabide y Asociación Zimentarri.
- Los recursos de ámbito sanitario público se prestan a través de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que centraliza su atención en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de la Identidad de Género del Hospital de Cruces. Esta atención se presta de acuerdo a un protocolo que entró en vigor en octubre de 2008. Hasta la fecha de emisión de este informe las prestaciones que venían ofreciendo los servicios de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud correspondían al diagnóstico y diagnóstico diferencial, tratamiento hormonal y cirugía mamaria y de gónadas internas. La cirugía de genitales externos requería de derivación a otros centros cuya solicitud se tramitaría según procedimiento establecido por el Consejo Interterritorial. Cabe pensar que a partir de ahora, de acuerdo con los términos planteados por el Consejero de Sanidad y Consumo en su respuesta de septiembre de 2009 a la pregunta parlamentaria (09/10/05/03/0067-1247), la cirugía de genitales externos se incluirá como parte de la prestación.

---

<sup>49</sup> En la actualidad Departamento de Empleo y Asuntos Sociales y Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, en virtud del nuevo Decreto 4/2009, de 8 de mayo, de creación, supresión y modificación de los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de determinación de funciones y áreas de actuación de los mismos.

Los datos disponibles señalan que en 2007 había 36 personas en tratamiento hormonal en diferentes hospitales de la red pública vasca.

- Los recursos están poco visibilizados en la sociedad y son desconocidos para las personas transgénero y transexuales durante la fase inicial de búsqueda de información. También son desconocidos para las y los profesionales de diferentes disciplinas: salud, educación, servicios sociales, derecho, etc. Se observa también una ausencia generalizada de relaciones, de coordinación entre los recursos y de protocolos de atención.
- El perfil de las personas usuarias de los recursos está cambiando, cada vez acuden más jóvenes acompañados por familiares y/o amistades. La proporción de hombres o de mujeres varía en cada recurso. La edad media se encuentra en el intervalo entre 25 y 35 años aunque hay casos de consultas realizadas por personas desde 14 hasta 50 años.
- La valoración de los recursos por parte de las personas transgénero y transexuales se podría resumir en dos ideas: la negativa experiencia de acudir a la atención sanitaria y la positiva experiencia de acudir a los recursos de ámbito social. Dentro del conjunto de personas transgénero y transexuales hay personas en situación de mayor exclusión o desventaja social que se han dirigido a los recursos de protección social, tanto específicos como generalistas (servicios sociales de base) pero su experiencia con estos últimos no ha sido satisfactoria. Por parte de las y los profesionales consultados también se reconoce que no hay un acercamiento o interés en el sector generalista hacia el colectivo de personas transgénero y transexuales.

La opinión de la ciudadanía:

- La idea más representativa sobre esta opinión podría ser el desconocimiento generalizado sobre lo que significa la transexualidad y, sobre todo, el transgénero. Este desconocimiento unido a la imagen sesgada ofrecida por algunos medios de comunicación crea una percepción distorsionada de estas personas según estereotipos relacionados con diferentes aspectos como, por ejemplo:
  - Sólo existen mujeres transexuales.
  - Se dedican al mundo del espectáculo o a actividades como la prostitución.
  - Ser transexual significa ser homosexual.
- Las reacciones sociales ante las personas transgénero y transexuales en el ámbito cercano muestran algunas diferencias de interés:
  - Cuando no existe un vínculo afectivo con la persona (casos de que sea alguien del vecindario o del trabajo) la respuesta social mayoritaria es la aceptación, salvo que en esta relación aparezcan aspectos que puedan generar algún problema en el ámbito laboral, como posibles conflictos laborales entre la plantilla o cuestiones relativas a la imagen de la empresa.

- Si existe un componente afectivo (la persona es una amiga o un familiar) se acepta de manera más evidente cuando la persona es un familiar directo como una hija o un hijo, incluso surge cierta actitud resignada. Sin embargo, si la persona transexual es la pareja, el rechazo es más evidente y mayoritario, interpretándose este hecho como un engaño.
- En general, se observa que el rechazo social no está motivado tanto por el cambio de sexo como por otros dos factores: la ambigüedad sexual, sobre todo cuando afecta a la pareja, y la ambigüedad física, en lo referente a la imagen que muestran estas personas. Se rechaza la ambigüedad de la imagen y la exageración de ciertos indicadores de feminidad o masculinidad. A partir de aquí, otros factores se añadirían para diferenciar el grado de aceptación o rechazo: por una parte, el ámbito rural o urbano (en principio más abierto este último) y, sobre todo, lo que podría denominarse el "grado de apertura mental" de la persona y su mayor o menor capacidad para asumir con normalidad la diferencia social en comportamientos, identidades sexuales, imagen, etc.



## **6. BREVES REFERENCIAS SOBRE LA CUESTIÓN EN LOS ÁMBITOS ESTATAL E INTERNACIONAL**



Este capítulo tiene como objetivo presentar de manera sucinta algunas experiencias de atención llevadas a cabo fuera de Euskadi. No es, por tanto, una relación exhaustiva de todas las experiencias existentes fuera de esta comunidad autónoma dado que no es tal el objetivo de nuestra investigación.

En cuanto a las **Unidades de Identidad de Género** en el ámbito estatal, además de la puesta en marcha de la ubicada en el Hospital de Cruces, las referencias destacadas corresponden a las siguientes:

- Comunidad Autónoma de Andalucía: fue la primera que, en 1999, aprobó la financiación del tratamiento integral de la transexualidad, incluida la cirugía. La Unidad multidisciplinar de Trastornos de la Identidad de Género se ubica en el Hospital Carlos Haya de Málaga en el que se atiende a las personas que lo solicitan desde cualquier ámbito del territorio estatal.
- Principado de Asturias: aprobó en 2006 incluir dentro del Servicio de Salud público, el tratamiento integral multidisciplinar a pacientes con trastorno de identidad de género, incluyendo la atención psicológica y endocrinológica y concertando la cirugía según las necesidades que se fueran presentando. La Unidad de Trastornos de Identidad de Género se encuentra en el Hospital San Agustín de Avilés.
- Comunidad Autónoma de Cataluña: creó en 2006 la Unidad Clínica de Identidad de Género ubicada en el Hospital Clínic de Barcelona que ofrece atención psicológica y endocrinológica pero no quirúrgica.

En cuanto a la **financiación del proceso completo de reasignación de sexo**, incluida la cirugía genital, los países que lo llevan a cabo son Países Bajos, Finlandia, Suecia y Reino Unido.

### **La cuestión relativa a la cirugía de reasignación de sexo en el ámbito estatal.**

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, regulaba anteriormente el alcance de las prestaciones sanitarias. En el Anexo III de dicho real decreto se mencionaban las prestaciones que no estaban financiadas con cargo a la seguridad social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria,

recogiendo expresamente en el punto 5 la exclusión de la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos. Por tanto, la cirugía de reasignación de sexo para personas transexuales quedaba fuera del catálogo de prestaciones.

En la actualidad, la norma que regula el contenido de las prestaciones es el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que derogó parcialmente el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero. En el anexo III de dicho Real Decreto 1030/2006, que recoge la cartera de servicios de atención especializada, no aparece la anterior exclusión de la cirugía de cambio de sexo.

El Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 2.2, señala las características de las patologías o grupos de patologías cuya prevención, diagnóstico o tratamiento *"se realizará mediante técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en centros, servicios o unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud"*.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su acuerdo de 12 de diciembre de 2007, ha incluido el área de trastornos de identidad de género (atención de la transexualidad) dentro de las propuestas de patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos para los que se deben designar servicios o unidades de referencia en el Sistema Nacional de Salud, estableciendo los criterios específicos que deberán cumplir para ser designadas como de referencia del Sistema Nacional de Salud.

Hasta el momento no ha sido designado ningún CSUR para la atención de la transexualidad, pero el plazo de presentación de nuevas solicitudes se considera abierto. De modo que, según las informaciones recibidas, en la actualidad se está tratando de definir el mapa de centros de referencia.

En estos momentos la Orden SCO/3773/2008, de 15 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I y II y se incorpora el anexo III al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, no incluye aún en el anexo III la atención a la transexualidad, pero está previsto, según información facilitada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, que se incluya en una nueva orden cuya tramitación comenzará en breve. Una vez haya centros designados, se les aplicará, para la financiación de los pacientes desplazados a otras comunidades, mediante el Fondo de cohesión, la correspondiente tarifa. En tanto esto se produce, podrían financiarse los pacientes desplazados, siempre y cuando la atención diera lugar a uno de los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR) incluidos en el anexo I.

Según los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) disponibles, pacientes con diagnóstico principal de Trastorno de identidad sexual en adolescentes o adultos han sido atendidos en hospitales del Sistema Nacional de Salud de otra comunidad autónoma distinta a la de origen del paciente, y se han financiado a través de uno de los GRD incluidos

en el anexo I del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula el Fondo de Cohesión.

En cuanto a la **atención específica a menores de edad** destacan las experiencias de Holanda y Estados Unidos, así como la del Hospital Carlos Haya de Málaga, que disponen de Unidades de Identidad de Género específicas para atender a niños, niñas y adolescentes transexuales. Mediante el tratamiento hormonal se suprime el desarrollo sexual. En cualquier momento podría detenerse el tratamiento hormonal sin consecuencias irreversibles para su salud o para su imagen física.

En cuanto a la **atención sanitaria en general** destacan varias iniciativas:

- El sistema de salud inglés en colaboración con GIRES (Gender Identity Research and Education Society) ha publicado unas guías para mejorar la atención sanitaria a personas transgénero y transexuales.
- El proyecto por la descatalogación de la transexualidad como enfermedad mental: movimiento europeo que pretende que se deje de tutelar psiquiátricamente a las personas transgénero y transexuales y de controlarlas para decidir si se ajustan a los perfiles de mujer/hombre.

En **materia de empleo** se destaca:

- La iniciativa de COGAM-FELGTB de desarrollar un proyecto de integración laboral que incluye, entre otras medidas, una bolsa de trabajo y cursos de formación.
- La prohibición de la discriminación en el empleo basada en la identidad de género de países como Finlandia, Alemania, Reino Unido y algunos estados de Australia, Canadá y Estados Unidos.

En el **ámbito de la protección social y de la garantía de los derechos** destacan varias iniciativas:

- En 2006 se proclamaron los Principios de Yogyakarta referidos a la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Se recogen un total de 29 principios relativos a la vida, la no discriminación, el empleo, la salud o la educación, entre otras cuestiones. Estos principios ratifican estándares legales internacionales vinculantes que los diferentes Estados deben cumplir. En ellos se emiten recomendaciones detalladas, relativas a cada principio. Se incluyen también recomendaciones dirigidas, entre otras, a instituciones nacionales e internacionales de derechos humanos y a la organización Mundial de la Salud-OMS. Deben su nombre a la ciudad indonesia en la que se reunió, en 2006, una comisión de personas expertas en derechos humanos de 25 países, a instancia de la Comisión Internacional de Juristas y el Servicio Internacional para los Derechos Humanos. Como se afirma en la Declaración de estos Principios: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dig-*

*nidad y derechos. Todos los derechos humanos son universales, complementarios, indivisibles e interdependientes. La orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben ser motivo de discriminación o abuso".* (Introducción a los Principios de Yogyakarta)

- En el Reino Unido existe una Ley llamada "Gender Recognition Act" que protege a las personas transgénero y transexuales en casos de transfobia, discriminación laboral, etc.
- En Reino Unido y Holanda se puede escoger la identidad legal que se quiera sin que haya listas en el Registro Civil de nombres masculinos y femeninos.
- La consideración de los crímenes de odio basados en la identidad de género como una circunstancia agravante es una realidad en algunos estados de Estados Unidos como California, Nuevo México o Connecticut.
- Existe legislación específica en materia de reconocimiento del género tras un tratamiento de reasignación de sexo, además del caso del Estado Español, en países como Bélgica, Finlandia, Alemania, Japón, Rumanía, Turquía, Países Bajos o Reino Unido, entre otros.
- En el ámbito estatal, Navarra es la comunidad autónoma pionera en debatir una proposición de ley sobre transexualidad. El Pleno de la Cámara del Parlamento navarro, en sesión celebrada el día 11 de junio de 2009, acordó tomar en consideración la Proposición de Ley Foral de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales, presentada por el grupo parlamentario Nafarroa Bai y publicada en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra número 34, de 24 de abril de 2009. Esta iniciativa incluye propuestas como ofrecer asistencia sanitaria mediante el sistema público; crear una Unidad de Referencia para esta atención; reconocer el derecho de las personas transexuales menores de edad a recibir diagnóstico y tratamiento médico, especialmente, terapia hormonal; tratar la transexualidad en el sistema educativo y desarrollar medidas específicas de discriminación positiva en el trabajo o contra la transfobia. La Mesa del Parlamento ha dispuesto que se tramite por el procedimiento ordinario y se atribuya la competencia para dictaminar sobre ella a la Comisión de Presidencia, Justicia e Interior. A la fecha de cierre de este informe las enmiendas presentadas se han admitido a trámite para su posterior análisis y discusión (BOPN nº 99 de 8 de octubre de 2009).



## 7. CONCLUSIONES

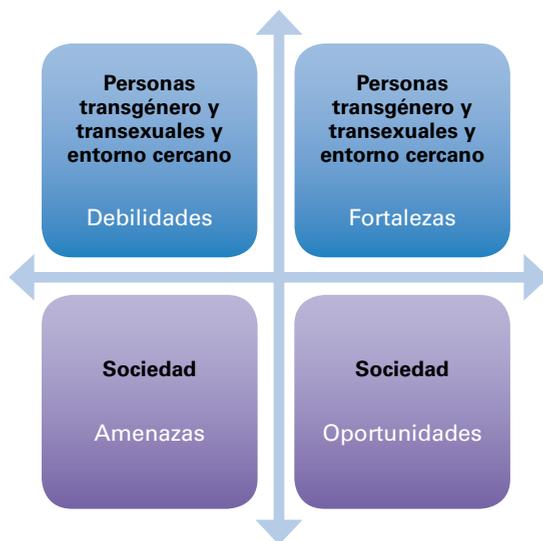


El objetivo de este capítulo es profundizar en el diagnóstico social de situación de los capítulos anteriores a través de un análisis final estructurado en dos apartados: el primero, correspondiente al análisis DAFO, y el segundo, correspondiente a las reflexiones finales sobre las cuestiones centrales del diagnóstico.

## 7.1. ANÁLISIS DAFO

Este método de análisis supone realizar una fotografía de una situación concreta presentando la información obtenida sobre ella mediante cuatro elementos: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, organizados en dos niveles: nivel interno (al que corresponden los elementos de Debilidades y Fortalezas) y nivel externo (en el que se incluyen los otros dos: Amenazas y Oportunidades). Las Debilidades y Amenazas serían los elementos con “carga negativa”, aquellos que suponen un freno o un obstáculo; por el contrario, las Fortalezas y Oportunidades suponen la otra cara de la moneda, el “polo positivo” que favorece a la situación observada.

En el caso concreto de las personas transgénero y transexuales, se ha determinado como nivel interno al propio colectivo y a su entorno familiar y cercano y, como nivel externo, a la sociedad (legislación, Administración pública, entidades, recursos y ciudadanía); división que corresponde, también, con la realizada en los capítulos cuarto y quinto de este informe y que queda reflejada en el siguiente gráfico.



En los siguientes subapartados se señalan, de manera sucinta, los aspectos correspondientes a cada elemento y nivel. Finalmente se realizan unas reflexiones sobre tales aspectos.

### 7.1.1. Nivel interno: debilidades

- El desgaste psicológico y personal resultante del sufrimiento, el dolor y la soledad de vivir la experiencia de nacer biológicamente con el sexo opuesto al que se siente como propio, de ser una persona transgénero o transexual. En ocasiones, esta vivencia puede derivar en autoagresiones e intentos o logros de suicidio.
- La falta, en ocasiones, de determinadas habilidades sociales para gestionar este desgaste y para tomar la decisión de visibilizar la verdadera identidad y de llevar a cabo tal decisión.
- El deseo de superar la “condición trans” y desarrollar una vida como hombre o como mujer. Ello puede interpretarse como un desligamiento con la parte asociativa y reivindicativa del colectivo.
- En el caso de las mujeres transexuales que ejercen la prostitución, el escaso interés por su salud y por acercarse a recursos sociosanitarios.
- La autohormonación.
- Su número reducido, en comparación con otros grupos sociales, les hace más invisibles ante la sociedad.

- Las dificultades de la familia para asumir la realidad y, cuando ésta se expresa, el rechazo hacia la persona.

### **7.1.2. Nivel interno: fortalezas**

- La imagen cada vez más normalizada de estas personas por medio de ciertos testimonios visibles.
- La capacidad organizativa y reivindicativa que es cada vez mayor.
- El mayor nivel educativo alcanzado.
- La mayor visibilidad social de estas personas.
- Cuando se produce, el apoyo de la familia.
- La mayor concienciación de que son personas con derechos.
- La mayor concienciación de que la identidad se decide por la persona y no por un informe clínico.
- El conocimiento que tienen sobre recursos, experiencias de buenas prácticas, etc., en ocasiones superior al que tienen algunas y algunos profesionales que les atienden.
- Las habilidades desarrolladas para la búsqueda de información y recursos para afrontar la situación.
- Su acercamiento cada vez mayor a los recursos de atención social y sanitaria.
- Precisamente su escaso número, en comparación con otros grupos, puede ser un elemento a favor a la hora de justificar, por ejemplo, que el gasto sanitario en su atención no supone un desembolso tan elevado como en otros grupos de pacientes.

### **7.1.3. Nivel externo: amenazas**

- La idea socialmente asumida de que existen dos sexos y, por tanto, dos géneros.
- El control y rechazo social efectivos sobre los comportamientos que transgreden esta dualidad mujer-hombre en diferentes ámbitos de la vida: empleo, educación, gestiones diversas, etc.
- La incomprensión e indiferencia social ante el sufrimiento de estas personas.

- La excesiva patologización o medicalización del transgénero y la transexualidad, partiendo de los criterios asumidos por los manuales DSM-IV y CIE-10 y de las recomendaciones establecidas por la Asociación Internacional Harry Benjamin, que afectan a otros ámbitos como la atención sanitaria, social o, incluso, a los requisitos solicitados para los trámites legales (por ejemplo, requerir un tiempo determinado de hormonación).
- Las limitaciones y carencias de la legislación vigente para garantizar los derechos de las personas transgénero y transexuales independientemente de los cambios que hayan realizado en su cuerpo o en su identidad legal.
- Los trámites y condiciones de las diferentes etapas del proceso de cambio que ralentizan y dificultan el ajuste definitivo entre el sexo biológico y el sentido: la necesidad de someterse al test de vida real antes de la hormonación, la espera de dos años antes de poder cambiar la mención de sexo y nombre en el Registro Civil y la necesidad de ser mayor de edad para iniciar el tratamiento.
- La derivación de las cirugías de genitales a otros hospitales fuera de Euskadi, con el coste emocional y económico que este desplazamiento supone para la persona<sup>50</sup>.
- La falta de subvenciones para hacer frente a los gastos de desplazamiento y estancia cuando las operaciones se asumen por la sanidad pública fuera de Euskadi<sup>51</sup>.
- Las largas listas de espera para someterse a intervenciones quirúrgicas en la red sanitaria pública.
- El desconocimiento y la escasa investigación sobre el transgénero y la transexualidad (causas, realidad...) en todos los ámbitos de atención.
- El escaso interés, y en ocasiones indiferencia, de una parte importante de profesionales de diferentes ámbitos (educación, sanidad, servicios sociales, etc.) para ofrecer una atención adecuada a las personas transgénero y transexuales. Este desinterés y desconocimiento se extiende también a algunas administraciones públicas.
- Las limitaciones para estimar cuantitativamente al colectivo sin dejar fuera ninguna de las múltiples variantes de personas transgénero y transexuales.
- El ser un grupo numéricamente pequeño en comparación con otros colectivos unido a la idea de que las prioridades o los derechos se basan en las mayorías

---

<sup>50</sup> Amenazas que se mantendrían vigentes en tanto no se materializaran las previsiones recogidas en la respuesta escrita del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, de septiembre de 2009, a la pregunta parlamentaria 09/10/05/03/0067-1247.

<sup>51</sup> Ídem nota anterior.

numéricas, lo que supone negar u obstaculizar a estas personas el acceso a ciertas atenciones sociales, legales y sanitarias.

- La ausencia de diagnósticos, de diagnósticos correctos y de protocolos de atención en la infancia y adolescencia.
- Las aportaciones sesgadas de las disciplinas que asimilan el transgénero y la transexualidad a la enfermedad, el trastorno, el pecado o la desviación.
- La invisibilidad y descoordinación de los recursos de atención.
- La ausencia de protocolos de atención estandarizados y compartidos.
- La lejanía de los recursos sociales generalistas respecto de todas las personas transgénero y transexuales y la lejanía de los recursos orientados a personas transgénero y transexuales respecto de las personas más desfavorecidas de este colectivo (entre ellas, las mujeres que ejercen la prostitución).
- La exclusión de las personas con enfermedad mental en los criterios de identificación de las personas transgénero y transexuales.
- El desconocimiento y la imagen social estereotipada que la sociedad tiene de estas personas.
- La ausencia de referentes sociales normalizados de personas transgénero y transexuales en la vida pública.
- La imagen sesgada de estas personas, orientada al sensacionalismo, que ofrece buena parte de los medios de comunicación.
- Las posturas ideológicas más conservadoras y reacias a la aceptación de las personas transgénero y transexuales, o a realizar ciertos cambios actuales en la atención, como la flexibilización de ciertos protocolos.

#### **7.1.4. Nivel externo: oportunidades**

- Las aportaciones de las disciplinas más sociales que interpretan la transexualidad y el transgénero desde la óptica de la voluntad, la diversidad y la capacidad de decidir.
- La nueva Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de la Identidad de Género del Hospital de Cruces y el protocolo de atención sanitaria correspondiente.
- La existencia de otras Unidades de Identidad de Género que, a pesar de sus limitaciones, pueden cubrir parte de la demanda actual de cirugía en el ámbito de la sanidad pública.

- Las subvenciones del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales<sup>52</sup> para cubrir parte de los gastos de las intervenciones quirúrgicas no asumidas por la atención sanitaria pública vasca<sup>53</sup>.
- Las experiencias de atención y los avances realizados fuera de Euskadi que pueden servir como experiencias de buenas prácticas y modelos a seguir.
- El interés de una parte de la ciudadanía por conocer la realidad de estas personas y superar los estereotipos establecidos sobre ellas.
- El interés cada vez mayor de algunas administraciones públicas por conocer y atender las necesidades de estas personas.

## 7.2. REFLEXIONES

A simple vista, el análisis anterior resulta muy gráfico en la medida en que aglutina la mayoría de las cuestiones en el elemento de las amenazas, sobredimensionándolo respecto del resto de elementos. Ciertamente así podría definirse la percepción de las personas transgénero y transexuales sobre su situación en la sociedad actual, una sociedad que amenaza y añade dificultades a una vivencia tan íntima y personal como es la identificación de cada persona con lo que realmente considera que es: *“¿Quiénes son los demás para decirme lo que yo soy, para cuestionar algo tan íntimo como lo que yo siento que soy?”*

### 1. La sociedad determina y controla

Esta autoridad social para emitir juicios y entrar en el ámbito de lo privado enlaza con la primera de las reflexiones, el hecho de que la sociedad también determina lo que significa ser hombre o mujer, además de lo que cada persona pueda considerar a título personal. Con la particularidad de que lo social tiene más fuerza que lo individual porque lo que la sociedad determina como normal es lo que se acepta como tal y, en consecuencia, se establecen los mecanismos de control para evitar cualquier transgresión de la norma.

Y, en este contexto, la transgresión que supone la transexualidad resulta menor que la del transgénero porque si bien es cierto que no es normal –en el sentido estadístico del término, de mayoría numérica– el desajuste entre el sexo biológico y el sentido, es decir, lo que supondría identificarse como persona transexual, todavía lo es menos el identificarse con los dos sexos, con uno más que con otro o con ninguno de los dos, lo que supondría

<sup>52</sup> Actualmente, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, en virtud del nuevo Decreto 4/2009, de 8 de mayo, de creación, supresión y modificación de los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de determinación de funciones y áreas de actuación de los mismos.

<sup>53</sup> En tanto no se materializaran las previsiones recogidas en la respuesta escrita del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, de septiembre de 2009, a la pregunta parlamentaria 09/10/05/03/0067-1247.

identificarse con persona transgénero. La razón estriba en que, a pesar de los avances como la creación de nuevos conceptos que superan lo biológico (sexo) e incorporan lo cultural (género), se crean nuevamente dos categorías: mujer y hombre. Algunas personas señalan que un posible nuevo avance sería asumir socialmente la posibilidad de que la identidad sexual no se estancara en dos compartimentos excluyentes entre sí: mujer y hombre, sino que se estableciera un *continuum* entre ellos, a modo de un abanico en el que se despliegan múltiples identidades sexuales. Posteriormente, sería conveniente aprender a convivir con esa diversidad desde el reconocimiento y el respeto a la diferencia.

## **2. Las personas transgénero y transexuales existen, son heterogéneas y son sujetos activos**

Personas transgénero y transexuales han existido siempre, lo que sucede es que ahora resultan más visibles y además, tienen nombre; lo que, a pesar de todo, supone un reconocimiento social ya que la sociedad da nombre a aquello que existe para ella. La invisibilidad nominal, la ausencia de nombre es la mayor de las exclusiones sociales. He aquí un avance: la cuestión de los términos, incluso de términos diferenciados –transgénero y transexualidad– que ya suponen un reconocimiento de las diferencias en los posicionamientos ante la identidad sexual.

Estas personas no sólo existen y han existido sino que son heterogéneas en sus características, en sus pensamientos, en sus ideas e, incluso, en sus reivindicaciones, a pesar de ciertos estereotipos que tratan de reducirlas a un determinado perfil (mujer que ejerce la prostitución y/o se dedica al espectáculo). De hecho, de acuerdo con los testimonios de vida que hemos podido conocer, una persona transexual es una persona:

- Que acude diariamente a trabajar desde la casa que acaba de comprarse hasta la oficina en la que desempeña tareas propias de la carrera universitaria que ha cursado, y que perdió a su pareja por hacer visible su verdadera identidad.
- Que lleva toda la vida ocultándolo y viviendo de acuerdo a lo que la sociedad espera de su sexo de nacimiento y de su género; que tiene su propio negocio y cuando llega a casa encuentra a su pareja y a sus hijos e hijas con quienes ha hecho un pacto de convivencia para respetarse; que utiliza los momentos en que la familia no está para vestirse como realmente se siente y salir por la ciudad.
- Que lo dijo un día en el trabajo, en casa y en la cuadrilla, y siguió con su vida y su trabajo, y encontró una pareja con quien comparte su vida y con quien planea formar una familia y tener hijos o hijas.
- Que se tuvo que marchar de casa y perdió su trabajo y tuvo que dormir en la calle, pasar días sin comer o coger lo que encontraba en la basura; que intentó muchas veces quitarse la vida; que conoció a su pareja y finalmente, tras mucho pelear, consiguió una prestación social mientras sigue buscando un trabajo.

- Que tiene una pareja con quien comparte una vivienda adaptada porque tiene una discapacidad que, en ocasiones, supone una dificultad para recibir el tratamiento hormonal pero no para realizar el resto de actividades cotidianas.
- Que se fue de casa a otra provincia para evitar que su familia sufriera la presión social de su cambio de identidad y que todavía no ha vuelto a su casa de visita.
- Que se cambió el cuerpo para adecuarlo con su sentimiento, creó su propio negocio, se casó y tuvo hijos e hijas.
- Que se fue de casa en la adolescencia y desde entonces no ha dejado de autohormonarse y de ejercer la prostitución, ha estado en la cárcel, ha sido violada y apaleada y, a pesar de la edad, sigue ejerciendo esta actividad porque no encuentra otro modo de conseguir comer todos los días.
- Que llegó de otro país con el cuerpo que corresponde a su verdadera identidad pero sin haber realizado los cambios legales oportunos ni haber obtenido la nueva nacionalidad; que queda al margen de ciertas coberturas sanitarias y sigue autohormonándose.
- Que, a pesar del apoyo de su familia y de un futuro por delante, tomó la decisión de quitarse la vida.

Una persona transgénero es una persona que:

- Va vestida de un género y del otro, con barba y maquillaje, y se siente culpable por sus padres, por lo que tienen que oír de las y los vecinos, pero necesita hacerlo para sentirse bien como persona.
- Se siente ante todo persona y no entiende por qué tiene que encasillarse en hombre o en mujer, ni por qué no se le permite vestir y sentirse como quiera.
- Se hormona pero no renuncia a sus genitales de nacimiento y convive con características sexuales de los dos sexos establecidos.
- A veces le hablan en masculino y otras en femenino por la ambigüedad física de su cuerpo y no le importa porque no se identifica con un género más que con el otro y, mientras esto sucede, comparte su vida con su pareja.

Además de esta normalidad y heterogeneidad, estas personas son sujetos activos, no son meros pacientes a la espera de un tratamiento; son personas que tienen capacidad de decisión y opinión, en muchas ocasiones, con más información que algunas y algunos de los profesionales que les atienden.

### **3. Ser un grupo pequeño no significa tener menos derechos**

En términos numéricos, el grupo de personas transgénero y transexuales es reducido. Ello no puede justificar la falta de ciertas atenciones o la ausencia de cobertura legal. Los

derechos son subjetivos, corresponden a la persona por el hecho de serlo y no dependen de que esa persona se adscriba o pertenezca a grupos numéricamente destacados, a mayorías. Es fundamental que los poderes públicos no pierdan esta perspectiva a la hora de trazar sus políticas y regir su actuación. Más que tolerancia o respeto social lo que estas personas necesitan es que los poderes públicos garanticen sus derechos y la libertad para el desarrollo de su verdadera identidad.

#### **4. El transgénero y la transexualidad no son un capricho**

Mientras la sociedad determina y controla las identidades sexuales, mientras las teorías tratan de explicar la etiología del fenómeno, mientras los poderes públicos determinan a quiénes corresponden los derechos y en qué condiciones, la realidad muestra que el transgénero y la transexualidad son fenómenos reales; las personas transgénero y transexuales son personas reales que sufren inmensamente por esta situación que les ha tocado vivir y por la incomprensión de la sociedad. Y precisamente porque esta vivencia es un sufrimiento intenso no se justifica la asimilación del transgénero y la transexualidad a un capricho. Lo más fácil para estas personas habría sido asumir como sexo sentido aquel que la naturaleza les ha asignado, evitando conflictos internos, rechazo externo, y sufrimiento, pero no es así. Cualquiera de los testimonios que impregnan este informe es un ejemplo de ello.

El transgénero y la transexualidad implican la necesidad de vivir reconociendo lo que la persona es: un acto de auto-reconocimiento, un ajuste entre lo que la naturaleza ha decidido (sexo biológico), lo que la sociedad espera (género socialmente establecido), lo que la persona siente (sexo sentido) y lo que la persona decide ser (voluntad de manifestarlo).

#### **5. Las cuestiones físicas y la identidad sexual**

Hay personas para quienes sentirse hombre o mujer es una cuestión del ámbito del sentimiento que no necesita de una visibilización externa (estética, gestos) ni de cambios físicos del cuerpo. Sin embargo, para otras personas es imprescindible que su imagen estética y su cuerpo físico confirmen y reflejen lo que sienten que son. No obstante, esta cuestión que resulta tan particular vuelve a estar regulada por elementos externos (requisitos legislativos, criterios médicos, terminología) que niegan la diversidad de posibilidades y pretenden homogeneizar una realidad que es, en sí misma, diversa. Sería interesante y necesario tener en cuenta estas cuestiones, la diversidad de posicionamientos en el transgénero y en la transexualidad ante este hecho del cambio físico, de su significado y de su necesidad para ajustar, adecuar y flexibilizar los protocolos a la realidad de las personas.

#### **6. La familia también sufre**

El sufrimiento de las personas transgénero y transexuales se hace extensible también a sus familias; independientemente de que acepten o no la situación, las familias son también vulnerables, necesitan asumir la realidad y adaptarse a ella pero no siempre disponen de las suficientes habilidades sociales o recursos personales para hacerlo. Algunas,

incluso, ceden a la presión social y renuncian a la persona mediante el rechazo, la expulsión del hogar, la humillación u otro tipo de respuesta. La familia, aunque no demande de manera tan explícita recursos y ayuda, es uno de los ámbitos que se debería tener muy en cuenta en la prestación de servicios.

## 7. Las personas transgénero y transexuales se encuentran en desventaja social

Se trata de un colectivo especialmente vulnerable. Estas personas se encuentran en una posición de desventaja social en comparación con el resto de la sociedad, de manera más intensa en ciertas etapas de la vida que resultan fundamentales para la persona: la adolescencia (por todas las cuestiones ya comentadas) y la juventud-madurez que suele ser la etapa de visibilización e inicio de cambios. En esta etapa, mientras el resto de las personas sientan las bases de su proyecto de vida (estudios, empleo, familia) las personas transgénero y transexuales deben añadir a las dificultades propias de buscar un empleo o terminar una carrera, el desgaste y las dificultades del proceso de ajuste identitario: *“Estas personas están en ese frente de crear o conseguir cosas como todas pero, sobre todo, están literalmente partiéndose la cara para conseguir el tratamiento, la hormonación, el cambio de nombre, la operación... que se dilatan en el tiempo y eso es mucho desgaste”*.

## 8. Los factores que influyen en la situación de inclusión o exclusión social

En cierto modo, una vez descrita la realidad de estas personas podría decirse que para todas ellas, en mayor o menor medida y durante más o menos tiempo, el transgénero o la transexualidad representan un factor de exclusión en su vida. Además de las situaciones cotidianas de exclusión o rechazo social que se han señalado en el informe, es necesario profundizar en aquellas cuestiones que suponen un grado añadido de vulnerabilidad o, según el caso, de exclusión. Tomando como punto de partida que todas estas personas se encuentran en desventaja social en algún momento, dentro de ellas hay algunas que, por una serie de razones diferentes y añadidas al hecho de ser una persona transgénero o transexual, se encuentran en una posición de mayor desventaja hasta el punto de derivar en casos de exclusión social. Estas razones se detallan a continuación:

- La edad: porque hay etapas vitales como la infancia, la adolescencia y la vejez en las que una persona se encuentra más indefensa o vulnerable por diferentes circunstancias personales y sociales.
- Identidad sexual: porque socialmente no es lo mismo ser una persona transgénero que una persona transexual y, dentro de éstas, la respuesta social es diferente en función de que la persona sea hombre o mujer.
- Las personas transexuales de origen extranjero sufren una serie de dificultades añadidas: cuando tienen problemas con el empadronamiento y no pueden obtener la Tarjeta Individual Sanitaria, el acceso a los servicios sanitarios se hace imposible; a menudo, el desconocimiento del idioma o los mayores obstáculos que encuentran para abrirse camino en la sociedad dificultan su acceso a determinadas

prestaciones; no pueden solicitar la rectificación de la mención registral del sexo, en tanto no sean nacionales españoles, lo que les obliga a arrastrar la rémora de su anterior identidad aunque el cambio se haya producido, con todos los problemas que ello implica.

- Familia: más allá de las reticencias y conflictos iniciales que se producen en la familia al conocerse esta situación, lo que resulta fundamental para que su actuación sea un factor de inclusión o de exclusión es si la reacción final implica la permanencia o abandono del hogar. Aquellas personas que siguen residiendo en sus casas, independientemente de que sean más o menos aceptadas por su familia, viven en una situación de mayor ventaja social que quienes deben abandonar el domicilio familiar. En todos los casos de este tipo consultados, el abandono ha significado irse a vivir a la calle.
- Empleo: tener un empleo garantiza una situación más ventajosa que el hecho de tener que buscarlo, sobre todo si la persona no ha realizado todavía el cambio legal de nombre, aunque también con el nombre cambiado se conocen casos de rechazo por ser una persona transgénero o transexual.
- Identidad legal: es una de las variables clave en el binomio inclusión-exclusión. Una vez realizado el cambio, aunque se siguen dando algunas situaciones de rechazo, éste se reduce considerablemente. Ésta es una de las razones por las cuales las personas transgénero y transexuales y una parte importante de profesionales consideran imprescindible reducir el tiempo de espera obligatorio para su tramitación, actualmente fijado en dos años de hormonación con algunas excepciones, a lo que hay que añadir el tiempo previo hasta que se consigue el necesario informe clínico para poder iniciar dicha hormonación.
- Imagen física y social de la persona: la imagen es una de las variables fundamentales que las personas tienen en cuenta en su interacción con las demás, en este y en cualquier grupo de personas. Pero, en el caso del transgénero y la transexualidad, esta variable cobra una mayor importancia porque todas las personas pasan por un momento en sus vidas, más o menos largo, en el que su imagen no se corresponde con lo que la sociedad espera de un hombre o una mujer; en el caso de las personas transexuales, hasta que la hormonación y la cirugía ofrecen sus resultados y, en el caso de las personas transgénero de manera permanente. El hecho de que algunas de estas personas evidencien ambigüedad sexual no sólo en su físico –se duda de si se trata de un chico o una chica– sino también en sus comportamientos y roles –se les pregunta si hacen cosas de chicos o de chicas– supone para la sociedad, como ya se ha mencionado en este informe, un cambio en el sistema dual hombre-mujer y en lo que socialmente significa cada opción; cambio que, a fecha de hoy, resulta difícil de asumir.

El posicionamiento ante estas variables es lo que explica su mayor o menor exclusión social a lo largo de la vida.

## 9. Los perfiles de personas transgénero y transexuales socialmente más vulnerables

A partir de estas variables o, de la combinación de varias, se han establecido unos perfiles de personas transgénero y transexuales que se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad:

### a) Las niñas y niños y adolescentes:

La falta de indicadores y de diagnósticos correctos durante estas etapas y la exclusión de estos menores de edad de tratamientos hormonales y quirúrgicos les hace vulnerables porque les priva, en la mayoría de los casos, de la posibilidad de recibir un seguimiento o una atención que disminuya su sufrimiento. El debate sobre una posible intervención a estas edades está más impregnado de cuestiones éticas o de desconocimiento por falta de estudios concluyentes que de evidencias científicas que avalen continuar como hasta ahora. Se hace necesario, además de investigar al respecto para obtener datos científicos, tener en cuenta en este debate el principio inspirador básico de la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia, cual es el interés superior del menor: *“El interés superior de los niños, niñas y adolescentes y la protección de sus derechos en orden a garantizar su desarrollo deben ser el principio inspirador de las decisiones y actuaciones que a su respecto adopten y apliquen los padres y madres, tutores o guardadores. También lo serán de todas las actuaciones públicas que guarden relación directa con ellos...”*.

A la vista de este principio inspirador, del derecho a la identidad del menor, reconocido también en esta normativa, y del principio rector relativo a la necesidad de adoptar cuantas medidas sean necesarias para favorecer su desarrollo integral, también recogido en aquella, cabe plantearse si realmente resulta adecuado excluir a los y las menores de la posibilidad de recibir atención psicológica y tratamiento hormonal y/o tratamiento quirúrgico.

### b) Las personas mayores:

Las personas transgénero y transexuales que son ahora mayores han tenido en su juventud y madurez más dificultades que las nuevas generaciones. De ahí que su desgaste físico y psicológico las haga más vulnerables. En muchas ocasiones han tenido empleos menos normalizados, lo que supone una menor o nula cotización. Es el caso de las mujeres que ejercen la prostitución: *“No tener jubilación muchas veces no ha sido por voluntad de la persona y tampoco tiene por qué recibir más castigo social”*. La salud física y psicológica también ha sufrido un mayor desgaste, por ejemplo, por la mayor tendencia de estas generaciones a la autohormonación.

### c) Las personas transgénero:

Su ambigüedad en el aspecto físico –que suele resultar lo más visible y por tanto lo más rechazable socialmente– y en su identificación no acorde al sistema establecido hombre-mujer, hace que sean objeto de mayor rechazo e incomprensión social que las personas transexuales. A la ciudadanía, como se señala en el quinto capítulo, le resulta

difícil, por no decir imposible, entender que haya personas que no se sientan ni hombres ni mujeres.

d) Las mujeres transexuales:

Entre las propias personas transexuales, las mujeres generan un mayor grado de rechazo que los hombres por varias razones. El propio proceso de cambio es más sencillo entre los hombres que entre las mujeres por una cuestión física: los cuerpos de hombre suelen ser más altos, con espaldas más anchas y con una serie de rasgos que resultan más difíciles de adecuar a los cuerpos de las mujeres, por naturaleza de menor estatura y complexión menos fuerte. A pesar de los avances médicos, hoy en día, la hormonación ofrece resultados más satisfactorios a los hombres que a las mujeres. Precisamente, esto está relacionado con una de las cuestiones que se señalaban al abordar la posibilidad de iniciar la hormonación antes de la mayoría de edad: el facilitar al organismo el cambio, y, en consecuencia, facilitar a la persona su socialización. Otra de las razones, relacionada con la anterior, es que precisamente por esta mayor notoriedad física del cambio, las mujeres se sitúan en el imaginario colectivo como el ejemplo por excelencia, y casi único, para una gran parte de la ciudadanía, de lo que es una persona transexual. Los hombres, por el contrario, desaparecen, están invisibles simbólicamente porque socialmente también lo están al pasar más desapercibidos en lo que a la transformación física se refiere. En este caso, esa invisibilidad puede ser un factor de inclusión para ellos pues se rechaza lo que se ve y, en este caso, a los hombres transexuales no se les ve socialmente.

e) Las personas inmigrantes que no han realizado el cambio legal de nombre en su país de origen:

Estas personas no pueden regularizar su situación con el nombre correspondiente a su verdadera identidad, con todas las dificultades que esto supone. Aunque se sometieran al tratamiento hormonal, los cambios registrales debería hacerlos en su país y, posteriormente aquí cuando se le concediera la nacionalidad tras solicitarla. La situación resulta dramática por la espera que todos estos trámites supone: *“Si los españoles tenemos que esperar dos años para conseguir la documentación, éstos se pueden morir esperando”*. Dentro de este grupo de personas quienes carecen de permiso de residencia y trabajo son aún más vulnerables.

f) Las personas que viven en situación económica y social precaria:

Este perfil puede ser el resultado de la combinación de varias variables pero en los casos consultados está asociado a la superposición de situaciones que forman una cadena: abandono del hogar, falta de recursos económicos e imposibilidad de acceso a vivienda o trabajo.

g) Las mujeres transexuales que no han realizado la rectificación registral de sexo y nombre y sufren violencia de género:

Ante una agresión contemplada dentro de la tipología de violencia de género, la Ley no las reconocería como mujeres y no podrían beneficiarse de las medidas de atención y protección específicas destinadas a las mujeres víctimas de estas situaciones.

## h) Las personas con trastornos mentales:

Aunque no se relaciona exactamente con ninguna de las variables anteriormente analizadas, es necesario señalar que el hecho de establecer como condición necesaria para el inicio del tratamiento la realización de un informe que descarte cualquier trastorno mental supone un elemento excluyente para aquellas personas transgénero y transexuales que lo sufran.

## i) Las mujeres que ejercen la prostitución:

Este perfil es el resultado de la incidencia de varias de las variables señaladas anteriormente y, actualmente, podría dividirse en dos grupos en función de la edad y el origen. Por un lado, las mujeres de cierta edad, que tuvieron que llegar a esta práctica por el rechazo social y familiar al manifestar su transexualidad: *“Cuando aún siendo casi una niña se enteraron en casa, me echaron y, ¡a ver con quince años a dónde vas!, pues a hacer la calle”*. Por otro lado, las que ahora son más jóvenes, en su mayoría inmigrantes en situación irregular que han sido rechazadas por sus familias: *“Casi todas las jóvenes son inmigrantes, muchas brasileñas que no pueden cambiar su nombre y se tienen que autohormonar”*. Algunas de estas mujeres ya ejercían la prostitución en su país: *“Yo trabajaba de administrativo pero cuando lo empecé a mostrar, que era mujer, y lo dije en casa, mi padre me echó de casa, me quedé sin trabajo y empecé a trabajar de esto y cuando vine aquí lo hice para ganar más dinero y vivir mejor, no es que viniera y por eso tuviera que trabajar de esto”*.

Además de la autohormonación como práctica habitual en casi todas ellas, resulta también una práctica común la implantación de prótesis de silicona. Estas cuestiones afectan a su salud, produciendo importantes deterioros físicos, a los que también contribuye el estilo de vida y la marginación social propias de cada una de sus historias personales. Es precisamente la salud una de las cuestiones que más preocupa a los equipos profesionales que las atienden porque son mujeres que no suelen ocuparse de ella por propia iniciativa, del mismo modo que no suelen acudir a los recursos para la población general, ni sociales, ni sanitarios. Suelen ser las y los profesionales de atención directa que trabajan en el ámbito de la prostitución quienes se acercan a ellas y les ofrecen los servicios de control y seguimiento de su salud, como ya se ha indicado en el apartado referido a la atención social. Esta despreocupación de su autocuidado es un factor de riesgo que se produce en ellas no tanto por ejercer la prostitución –ya que la mayoría de mujeres que la ejercen sí tienen una actitud activa en este tema: se hacen pruebas de VIH, revisiones, analíticas, etcétera– sino por su condición de transexuales. En definitiva, la falta de autocuidado, la autohormonación y los implantes que se realizan en condiciones precarias hace de ellas un grupo de elevado riesgo de desprotección social.

Para muchas de ellas ofrecer un cuerpo ambiguo en cuanto a genitales masculinos (pene) y femeninos (pecho) es su máximo atractivo para garantizarse los ingresos: *“Es la seña de identidad, la diferencia que ofrecemos al cliente en comparación con las mujeres que no son trans, es nuestro atractivo”*. Y en esos casos, una cirugía o una excesiva hormonación que les dificulte las erecciones suponen una traba en su vida laboral. A diferencia de otras mujeres que ejercen la prostitución, a las mujeres transexuales les

resulta más difícil salir de esta actividad: *“La mayoría no sale nunca de esto”*. En ocasiones la sociedad les empuja a seguir en estos circuitos de exclusión: *“En algunos sitios (se refiere a recursos sociales) ser prostituta es una cosa pero ya si además eres trans, ni te atienden o te dicen que vayas a recursos de trans cuando igual lo que estás pidiendo son cosas que valdrían para cualquier persona: una ayuda, un alquiler. Yo he intentado dejarlo, lo he dejado un tiempo, pero estoy sin trabajo, sin poder acceder a ayudas sociales, ni casa, ni nada, y con más de cincuenta años que tengo pues, entonces, estoy buscando para volver a esto y poder comer”*.

- j) Finalmente, los colectivos difícilmente perceptibles incluso por los recursos como es el caso de las personas en prisión o de las refugiadas por estar perseguidas por su identidad sexual.

Con relación al caso de las personas en prisión hemos de señalar que en virtud de la Instrucción 7/2006 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias se estableció un procedimiento para hacer efectivos criterios de acción positiva para estas personas, como instrumento para avanzar en su integración social normalizada. Así, con los preceptivos informes de valoración médica y psicológica y el reconocimiento de la identidad psico-social de género, a efectos penitenciarios, las personas transexuales sin identidad oficial de sexo acorde con ésta, podrán acceder a módulos y condiciones de internamiento adecuadas a su condición.



## 8. RECOMENDACIONES DEL ARARTEKO



Tras realizar el diagnóstico de situación y extraer las conclusiones correspondientes, se presentan en este capítulo las recomendaciones propuestas con el fin de aportar soluciones a los problemas detectados y dar respuesta a las necesidades no satisfechas.

## I. INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

### **1.- Poner en marcha iniciativas que contribuyan a informar sobre el transgénero y la transexualidad, ampliar el conocimiento que tiene la sociedad sobre la problemática de las personas transgénero y transexuales, y superar los estereotipos y prejuicios existentes.**

Se hace preciso que las administraciones vascas impulsen campañas y acciones de lucha contra la transfobia, y programas de sensibilización social que favorezcan el respeto a la diversidad de vivencias respecto a la identidad de género.

Se trata de transmitir una imagen de estas personas acorde con la realidad: son personas normales, cada una de ellas con sus peculiaridades como cualquier otra; su opción por desarrollarse socialmente en el sexo sentido no es frívola o caprichosa sino motivada por la identidad de género y la dignidad humana; son hombres y mujeres que nacieron biológicamente mujeres y hombres; tienen, al igual que el resto de la ciudadanía, el derecho a una adecuada atención social y sanitaria. Es importante también superar la confusión entre identidad de género (percepción propia, única y persistente de la individualidad masculina o femenina) y orientación sexual.

Resulta indispensable informar a la sociedad sobre la transexualidad y el transgénero, y difundir los principios de Yogyakarta referidos a la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, así como el contenido de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, entre otros instrumentos jurídicos.

### **2.- Contribuir a que la transexualidad se considere, en los distintos ámbitos en los que se aborda, una circunstancia personal consistente en una disociación entre**

### **el sexo biológico y la identidad del género exenta de otras connotaciones peyorativas o estigmatizantes.**

Se trata de superar la visión que considera la transexualidad como un trastorno mental o enfermedad. Esta consideración está siendo cuestionada por expertos y expertas en la materia que afirman el carácter obsoleto de tal diagnóstico. Parece más adecuado abordar la cuestión desde una perspectiva menos estigmatizante, sin por ello eludir la necesaria atención social y sanitaria que estas personas requieren como consecuencia de esa circunstancia personal.

- 3.- Impulsar la creación de manuales de buenas prácticas, y su cumplimiento, dirigidos a los medios de comunicación para que éstos den un tratamiento informativo correcto al transgénero y la transexualidad, evitando redundar en casos o noticias que refuercen los estereotipos negativos. Promover el carácter pluralista y no discriminatorio de la información vertida en los medios de comunicación sobre el transgénero y la transexualidad.**
- 4.- Impulsar acciones de divulgación de los recursos existentes de atención a personas transgénero y transexuales, especialmente de los servicios públicos de atención directa financiados por diferentes instituciones públicas y del conjunto de asociaciones de personas transexuales, de apoyo a estas personas y del colectivo LGTBI.**

La creación, publicación y distribución de folletos informativos o guías de recursos debe ser impulsada coordinadamente por las administraciones públicas para poner fin a la falta de conocimiento de los recursos por parte de las personas afectadas.

Tal y como se indica en este informe, Internet es la principal vía de conocimiento e información para estas personas pues se trata de un medio que garantiza su anonimato. De ahí la importancia de que los recursos existentes, las guías, etc., estén presentes en la red y se favorezca la creación de páginas con estos contenidos.

## **II. PREVENCIÓN DE LA EXCLUSIÓN DE LAS PERSONAS TRANSEXUALES Y TRANSGÉNERO EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**

- 5.- Desarrollar medidas específicas de prevención frente a cualquier forma de violencia o exclusión social dirigida a personas transgénero o transexuales en el ámbito escolar.**

En 2008 la institución del Ararteko publicó el informe extraordinario sobre *Convivencia y conflictos en los centros educativos*. En su capítulo sexto se plantean un total de 28 recomendaciones. Las primeras 16 nos aportan luz sobre cuáles podrían ser esas medidas específicas de prevención, perfectamente aplicables a este contexto. Se trata de medidas relacionadas con los planes de mejora de la convivencia; el apoyo a los

centros mediante recursos, asesoramiento, formación del profesorado y materiales; la revisión del marco normativo sobre derechos y deberes del alumnado; la revisión de los protocolos de actuación; la incorporación de la mejora de la convivencia y el rechazo a cualquier forma de maltrato como objetivo prioritario de todo centro educativo; la adaptación del currículo y la metodología para el aprendizaje de la convivencia y la promoción de actividades de formación de las familias y de la colaboración familia-escuela, entre otras.

La inclusión de las cuestiones relativas a la identidad de género, el respeto a la diversidad, los recursos existentes para las personas transgénero y transexuales en los programas educativos y en los de capacitación de docentes resulta una herramienta imprescindible para la prevención de actitudes discriminatorias, excluyentes o de hostilidad.

**6.- Prestar medidas de apoyo y protección adecuada al alumnado transgénero y transexual que sufre exclusión, discriminación o cualquier forma de violencia (agresión, acoso, hostigamiento, etc.).**

Las recomendaciones 17 a 22 del informe anteriormente aludido dan idea del tipo de medidas que se pretende impulsar: las relativas a la seguridad de la víctima, la intervención inmediata con quien acosa, la tolerancia cero a cualquier agresión, la información a responsables del centro y de las tutorías, los seguimientos continuos y la no dilación de los procedimientos, entre otras.

La actuación coordinada, enérgica y adecuada, en estos casos, debe ir orientada a garantizar el fin de la violencia y la seguridad de la víctima, de un lado, y a evitar su exclusión, su sufrimiento, la disminución de su rendimiento académico o su abandono del centro, práctica que, desgraciadamente, constatamos viene dándose en determinados casos.

**7.- Arbitrar los mecanismos oportunos para que, con la debida confidencialidad y previa la acreditación correspondiente, los alumnos y alumnas transexuales o transgénero sean llamados por el nombre correspondiente a su sexo psico-social por docentes, alumnado y personal del Centro, y aparezcan de tal manera en tabloneros públicos y documentación administrativa del Centro.**

**III. ADECUACIÓN DE LAS INFRAESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS Y DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN**

**8.- Articular las medidas oportunas para que las administraciones públicas vascas obren teniendo en cuenta el derecho de las personas a ser tratadas de acuerdo con su identidad de género, previa la debida acreditación de su condición transexual. En este sentido, todas las personas residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco, independientemente de su origen o situación legal o administrativa, habrán de disfrutar de tal derecho.**

La identidad de género es parte integrante de los derechos de la personalidad y entronca de manera directa con el derecho a la dignidad de la persona.

Como ya se ha indicado en el informe, son innumerables las situaciones en las que la Administración, con un trato aparentemente neutro, puede suscitar el rechazo social hacia estas personas, aumentar su sufrimiento o, incluso, infligirles un trato humillante: llamarles por su nombre registral en pasillos de Juzgados, consultas médicas en centros de salud y centros hospitalarios, o dependencias administrativas, policiales, etc., a pesar de su clara apariencia correspondiente al otro sexo; en servicios de atención directa, tratarles utilizando el género masculino o femenino cuando se trata respectivamente de mujeres u hombres transexuales que todavía no han realizado la rectificación registral; hacer mención al sexo biológico de la persona transexual en los procedimientos que requieran de la mención del sexo de la persona, obviando su sexo psico-social, etc.

El requisito de la nacionalidad española para realizar la rectificación registral impide que las personas inmigrantes puedan efectuar este cambio. Sin embargo, sea cual fuere su situación administrativa o legal, en tanto que ciudadanos y ciudadanas vascas, les corresponden los mismos derechos en cuanto al trato dado por las administraciones públicas vascas.

**9.- Tomar las medidas oportunas para que el personal de las administraciones vascas y, especialmente, el personal que se encuentre en contacto con la ciudadanía (en sedes judiciales, policiales, sanitarias, servicios de atención directa, etc.) tenga una formación adecuada sobre la transexualidad y el transgénero, orientada a ofrecer un trato respetuoso a estas personas.**

De acuerdo con el artículo 35 i) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común: *“Las y los ciudadanos, en sus relaciones con las administraciones públicas tienen derecho a ser tratados con respeto y deferencia por las autoridades y funcionarios, que habrán de facilitarles el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.”*

Las personas transexuales y transgénero presentan unas características especiales que hacen necesaria la formación y el conocimiento previo para que el trato dispensado sea verdaderamente respetuoso.

**10.- Propiciar la formación en materia de transgénero y transexualidad de las y los profesionales de la medicina, educación social, psicología, derecho, sexología, trabajo social y de otras disciplinas que puedan tener relación con la atención a las personas transgénero y transexuales. Incluir en esa formación el conocimiento de los recursos existentes para la atención de estas personas.**

**11.- Adaptar los equipamientos existentes en instalaciones deportivas de carácter público, escuelas, residencias de personas mayores, residencias de personas**

**con discapacidad, piscinas, urinarios y duchas públicas para que, en un lapso de tiempo razonable, dispongan, en sus vestuarios, de duchas y cambiadores individuales que preserven la intimidad de las personas y su dignidad.**

La institución del Ararteko ha recibido una queja formal y varias comunicaciones informales sobre esta cuestión. Se nos planteaba la conveniencia de que las instalaciones deportivas municipales contaran con cabinas y duchas individuales en sus vestuarios.

La demanda ciudadana nos parece del todo razonable y entendemos que puede hacerse extensiva a una serie de espacios públicos como los mencionados, en los que las personas transexuales, en particular, y toda la ciudadanía, en general, en ocasiones, contra su voluntad, se ve obligada a mostrarse desnuda. En nuestra opinión, con la adopción de esta medida se preservaría de una manera más eficaz el derecho a la intimidad, se pondrían los medios oportunos para paliar el sufrimiento que padecen muchas personas transexuales y transgénero ante casos de rechazo ocurridos en este contexto, y se evitarían otras situaciones conflictivas que han devenido en agresiones o tratos humillantes y vejatorios a estas personas.

Sobre esta cuestión, la institución del Ararteko se ha pronunciado en el sentido indicado, con motivo de la resolución emitida el 19 de agosto de 2009 en el expediente de queja 433/2008. [http://192.168.100.2:8080/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1\\_1697\\_3.pdf](http://192.168.100.2:8080/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_1697_3.pdf).

#### **IV. ATENCIÓN SOCIAL E INSERCIÓN LABORAL**

##### **12.- Mejorar la coordinación entre los diferentes servicios y recursos de atención a estas personas y entre éstos y los servicios sociales de base.**

Tal y como se desprende del estudio realizado, se detecta una gran descoordinación entre todos los servicios implicados en la atención a las personas transgénero y transexuales. Se trata de superar esta situación y contribuir a que los recursos sean más visibles y cercanos para estas personas.

Es necesario impulsar el conocimiento mutuo y la relación entre los diversos recursos (sociales, sanitarios, educativos, etc.), así como la elaboración de directorios y protocolos de actuación compartidos que clarifiquen los itinerarios de atención. La coordinación permite evitar solapamientos de acciones y lagunas en la atención.

Los servicios sociales ofrecen una cercanía que no puede desaprovecharse; por ello, es conveniente que el personal adscrito a estos servicios conozca los recursos especializados para la atención de estas personas y les remita a ellos adecuadamente.

De igual modo, las y los profesionales de la salud deberán estar informados sobre el abanico de recursos sociales existente y remitir adecuadamente a estas personas a tales recursos.

- 13.- **Ofrecer un asesoramiento jurídico adecuado en los servicios públicos de atención directa a personas transgénero y transexuales, financiados por diferentes instituciones públicas.**
- 14.- **Favorecer la integración laboral de estas personas garantizando su acceso al empleo en igualdad de oportunidades. Profundizar en la creación y uso de herramientas activas de control frente a la discriminación laboral. Sensibilizar e informar a sindicatos y organizaciones empresariales para evitar la discriminación laboral de estas personas.**

Dado que se trata de personas que, en ocasiones, han sufrido discriminación por razón de su condición transexual o transgénero, garantizar la igualdad supondrá, en algunos casos, impulsar medidas específicas de apoyo.

- 15.- **Suprimir las barreras que existen actualmente para que los colectivos especialmente vulnerables (mujeres transexuales que ejercen la prostitución, personas transexuales que están en prisión, personas transexuales inmigrantes en situación irregular, etc.) tengan garantizadas las coberturas actuales de protección social a las que tiene derecho toda la ciudadanía.**

Se ha detectado que estos grupos de personas, dentro del conjunto de las personas transgénero y transexuales, tienen especiales dificultades para acceder a ayudas y medidas de inserción social. Se hace preciso, pues, superar los obstáculos y favorecer el acercamiento de los y las profesionales de los servicios sociales a estos grupos.

- 16.- **Velar para que el adecuado funcionamiento de los recursos sociales y sanitarios existentes asegure que estos recursos de atención ofrezcan medidas de apoyo al entorno familiar de las personas transgénero y transexuales.**

## V. ATENCIÓN SANITARIA

- 17.- **Adoptar las medidas que permitan que la prestación sanitaria relativa al tratamiento integral de reasignación sexual se realice en igualdad de condiciones respecto a las demás prestaciones financiadas por el Sistema Sanitario Público de la CAPV, en tanto no se hayan materializado las actuaciones previstas por el Departamento de Sanidad y Consumo para dar una respuesta integral a las necesidades terapéuticas de estas personas.**
- 18.- **Promover las medidas oportunas para que la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de la Identidad de Género del Hospital de Cruces y aquella otra a la que, en su caso, se derivara para la realización de la cirugía correspondiente estén adecuadamente coordinadas.**

Se hace preciso posibilitar la compatibilidad y aceptación de informes médicos, psicológicos y pruebas diagnósticas ya emitidos que eviten “tener que empezar de nuevo” en el centro al que la persona ha sido derivada.

- 19.- **Dar a conocer de una manera más eficaz, al menos en los ámbitos de atención más cercanos a las personas transgénero y transexuales, la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de identidad de Género del Hospital de Cruces.**
- 20.- **Promover la actualización de la práctica clínica de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos que se registren en los tratamientos asociados a la transexualidad y el transgénero.**
- 21.- **Informar cumplidamente sobre los riesgos que comporta la autohormonación o la implantación de prótesis sin las debidas garantías sanitarias.**

## **VI. ADECUACIÓN DEL MARCO JURÍDICO PARA AMPLIAR LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS TRANSEXUALES Y TRANSGÉNERO**

- 22.- **Profundizar en la reflexión sobre la pertinencia o no del requisito de tratamiento médico mínimo de dos años para acordar la rectificación registral de la mención relativa al sexo y plantear la revisión, en su caso, del actual marco legal.**
- 23.- **Adoptar las medidas oportunas para impulsar que la consideración penal de la discriminación, el acoso o las agresiones que pueda sufrir una persona por el hecho de ser transexual o transgénero, sea la misma que reciben tales conductas cuando se cometen por motivo del sexo o la orientación sexual de la víctima.**

Somos conscientes de que la vía penal no es la única, ni seguramente la más eficaz, para fomentar la convivencia frente a los prejuicios y la intolerancia contra quien la mayoría etiqueta como “diferente”. Lo prioritario es la implicación activa y coordinada de todos los poderes públicos y, en especial, de aquellos con competencia en materia de educación, salud, bienestar social, laboral y de seguridad ciudadana.

Sin embargo, en la medida en que los obstáculos que en este ámbito impiden dicha convivencia afecten al libre ejercicio de derechos tales como la vida, la libertad, la igualdad, el honor o la integridad física y moral, entendemos que el Estado de Derecho no puede descartar el recurso al instrumento que, como *última ratio* para la defensa de los valores más esenciales en que se fundamenta, representa la intervención penal.

- 24.- **Iniciar una reflexión sobre la conveniencia de que las mujeres transexuales que aún no hubieran concluido la rectificación registral de la mención de su sexo**

**puedan, previa acreditación debida de su condición transexual, ser consideradas como mujeres a los efectos de su protección frente a la violencia de género y de acceso a los recursos sociales que a éstas corresponden.**

La violencia contra las mujeres constituye uno de los fenómenos que genera mayor preocupación social y es, sin duda, la máxima expresión de la discriminación por razón de género. Desgraciadamente las mujeres transexuales no son ajenas a esta realidad y, en ocasiones, sufren esta violencia. Sin embargo, tal y como indicamos en el informe, en tanto no aparecen en el Registro como mujeres, no están pudiendo beneficiarse de los distintos mecanismos de atención y protección a las víctimas de este tipo de violencia que han sido impulsados por las administraciones públicas. Nos estamos refiriendo a medidas como las de protección policial (vigilancia permanente, actividades preventivas sobre rutinas, seguimientos a la persona agresora, formación en autoprotección...) asistencia jurídica gratuita, Turno de Oficio especial, y a otras prestaciones como las establecidas en materia de vivienda, las de carácter económico y las de acceso a recursos de acogida, de asistencia psicológica y de inserción laboral, etc.

## **VII. CONOCIMIENTO, VISIBILIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS TRANSEXUALES Y TRANSGÉNERO**

- 25.- Promover la investigación científica y los estudios relativos a la transexualidad y el transgénero en sus distintos aspectos, impulsando la financiación de proyectos de investigación sobre esta materia en el ámbito universitario y en el de investigación superior.**
- 26.- Impulsar la oferta de formación específica en materia de transgénero y transexualidad en el ámbito universitario y en el de la educación superior.**
- 27.- Impulsar la participación de las personas transexuales y transgénero y sus colectivos o asociaciones de representación en el debate, la reflexión y la toma de decisiones que las administraciones públicas vascas puedan hacer en materias que les afecten directa e indirectamente.**



## 9. BIBLIOGRAFÍA



- BECERRA, ANTONIO (coordinador) "Trastornos de Identidad de Género". Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Madrid, 2002.
- FERNÁNDEZ, JON y MUJICA, INMACULADA. "Manual de buenas prácticas para la atención de hombres y mujeres transexuales en la CAPV". Aldarte. Bilbao, 2007.
- GARCÍA RUIZ, MERCEDES (coordinadora). "Transexualidad, situación actual y retos de futuro" Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Oviedo, 2007.
- GOBIERNO VASCO-DEPARTAMENTO DE SANIDAD-DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA. "Círculo de Atención a las personas con trastornos de identidad de género en la CAV" Vitoria-Gasteiz, 2008.
- GOBIERNO VASCO-DEPARTAMENTO DE SANIDAD. "Alternativas terapéuticas de las personas transexuales". Vitoria-Gasteiz, 2007.
- GÓMEZ GIL, ESTHER y ESTEVA DE ANTONIO, ISABEL (coordinadoras). "Ser transexual" Editorial Glosa. Barcelona, 2006.
- GUTIERREZ-IBARLUZEA, I. RICO-ITURRIOZ, R. y ASUA-BATARRITA, J. "Cirugía de cambio de sexo". Actualización del IR 99-03. Informe de Revisión. Gobierno Vasco-Departamento de Sanidad. Vitoria-Gasteiz, 2007.
- LESBITORIA-GAYSTEIZ-DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA. "Guía didáctica sobre transexualidad para jóvenes y adolescentes". Edición bilingüe. Edición original editada por COGAM-FELGTB-Comunidad de Madrid.
- MANIFIESTO: "Ni hombres, ni mujeres, el binarismo nos enferma" Leído en la manifestación celebrada el 11 de octubre de 2008 en Bilbao.
- MARTÍN ROMERO, DOLORES. "La transexualidad, diversidad de una realidad". Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2006.
- MORRIS, JAN. "El enigma". Ediciones Grijalbo, S.A. Barcelona, 1976.

- NIETO PIÑEROBA, JOSÉ ANTONIO. "Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género." Ediciones Bellaterra. Barcelona, 2008.
- OLARTUA, ELENA. "Gays, Lesbianas, y transexuales inmigrantes: reflexiones para una buena acogida." Aldarte, 2007.
- PARLAMENTO VASCO. "Informe de la ponencia para analizar las necesidades terapéuticas de las personas transexuales." Boletín Oficial del Parlamento Vasco. VIII legislatura. N° de publicación: 132. Fecha: 11.12.2007.
- PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA. Marzo de 2007. Documento ubicado en el sitio web: [www.yogyakartaprinciples.org](http://www.yogyakartaprinciples.org).
- VARIOS AUTORES. "Transexualidad, situación actual y retos de futuro." Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Oviedo, 2007.
- VARIOS AUTORES. Jornadas "Jóvenes y sexualidad. Algunas situaciones de exclusión social. Conclusiones." Consejo de la Juventud de España. Santander, 2000.
- WHITTLE, STEPHEN; TURNER, LEWIS y *col.* "Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of health care". ILGA-Europe, 2008.

ISBN: 978-84-89776-37-1



9 788489 776371