

**TESIS DOCTORAL**

**ATENCIÓN AL PACIENTE TRANS\* EN  
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO  
CUALITATIVO DESCRIPTIVO**

TRANS\* PATIENT CARE IN NURSING STUDENTS: A  
DESCRIPTIVE QUALITATIVE STUDY



Universidad de Almería

Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina  
Programa de Doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría

**Doctorando:** Francisco Luis Montes Galdeano.

**Directores:** Prof. Doctor. Gabriel Aguilera Manrique.

Prof. Doctor. Pablo Román López.

*Almería, Mayo de 2023*



**TESIS DOCTORAL**

**ATENCIÓN AL PACIENTE TRANS\* EN  
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO  
CUALITATIVO DESCRIPTIVO**

TRANS\* PATIENT CARE IN NURSING STUDENTS: A  
DESCRIPTIVE QUALITATIVE STUDY



Universidad de Almería

Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina  
Programa de Doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría

**Doctorando:** Francisco Luis Montes Galdeano.

**Directores:** Prof. Doctor. Gabriel Aguilera Manrique.

Prof. Doctor. Pablo Román López.

*Almería, Mayo de 2023*



A todas las personas que han hecho posible esta tesis,  
A ti especialmente, Agus, sin ti no habría sido posible,  
A mi familia, en especial a mis padres y mi hermana,  
A mi familia elegida, amigos y compañeros por su apoyo.



*“Necesitamos cuidados para curarnos de experiencias físicas y emocionales transformadoras. Los necesitamos cuando el medio en el que vivimos se reorganiza radicalmente. Los necesitamos especialmente cuando nuestras vidas quedan atrapadas en los huecos que existen entre las instituciones y las estructuras familiares convencionales. Esos huecos son mundos, y esos mundos no funcionan sin el trabajo de los cuidados.”*

*Hil Malatino.*



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría expresar mi agradecimiento a mis directores de tesis, el Dr. Gabriel Aguilera Manrique y el Dr. Pablo Román López por su apoyo y acompañamiento en este camino. Gracias por animarme a no rendirme y a llegar hasta este momento.

A los compañeros de Bragança, Leonel, Maria Helena y André por acogerme como uno más del equipo durante mi estancia con ellos y hacerlo todo tan fácil.

A mi familia, en especial mis padres y mi hermana, por apoyarme siempre en todos los proyectos y dejarme recorrer el camino de la vida tomando mis propias decisiones.

A los que ya no están con nosotros pero siguen siendo un apoyo constante en los peores momentos. Gracias siempre abuela.

A mi familia elegida, la que está algo más lejos, Lucía, Andrés, Natacha, Fer, Esther, Jonathan y a la que está más cerca, Irene, Edén, Carmen, Sonia, Inma, Isaac, Almudena, gracias por estar siempre de manera incondicional y gracias por entender las veces que me he bajado de los planes.

A los peques, Aiko, Río, Fede, Sara, me hacéis sonreír solo con veros la cara. La vida es maravillosa y estoy deseando ver hasta donde os lleva, disfrutad siempre del camino.

A los compañeros que vienen para quedarse y te demuestran que son más que compañeros, Bea, Cristina, Nayra, Alba, Alicia, gracias por aguantarme y darme apoyo, gracias por hacerme reír aunque el día esté oscuro.

A todos los que han sido apoyo durante este tiempo y puedo haber dejado en el olvido, gracias igualmente por acompañarme en esta maravilla que es la vida.

Y el mayor de los agradecimientos es para ti, Agus, mi compañero durante años en esta locura que ha sido la vida, gracias por abrirme los ojos al mundo, por descubrirme cosas que no hubiera sido capaz de ver yo solo y por crecer a mi lado. Espero que el universo nos traiga lo que merecemos y podamos seguir celebrando los logros del otro como nuestros. Gracias de corazón.



# INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>15</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>17</b>
<b>1.INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>18</b>
<b>1.1. El Sistema Normativo de Sexualidad</b> .....	<b>18</b>
1.1.1. Sexo .....	20
1.1.2. Género .....	24
1.1.3. Roles de género .....	29
1.1.4. Identidad afectivo-sexual .....	32
<b>1.2. Movimiento y estudios Queer</b> .....	<b>35</b>
<b>1.3. Rediseñando el Sistema Normativo de Sexualidad</b> .....	<b>37</b>
<b>1.4. Acercamiento a las identidades trans</b> .....	<b>39</b>
1.4.1. Una mirada al término identidades trans .....	39
1.4.2. Prevalencia .....	42
1.4.3. Historia del término trans* .....	44
1.4.4. Historia de las identidades trans* en España .....	52
1.4.5. Legislación de las identidades trans* .....	57
1.4.6. Normativa sanitaria en Andalucía .....	72
<b>1.5. Atención sanitaria a las identidades trans*</b> .....	<b>83</b>
1.5.1. Acceso a los servicios sanitarios .....	83
1.5.2. Percepción de la atención sanitaria de las identidades trans* por parte de los implicados.....	86
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>91</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>95</b>
<b>4.METODOLOGÍA</b> .....	<b>96</b>
4.1. Diseño del estudio .....	96
4.2. Participantes .....	97
4.3. Intervención educativa y simulación clínica .....	98
4.4. Recogida de datos. ....	100
4.5. Análisis de los datos .....	103
4.1. Rigor .....	104
4.2. Aspectos éticos .....	104

<b>5.RESULTADOS .....</b>	<b>105</b>
<b>5.1. Variables sociodemográficas.....</b>	<b>105</b>
<b>5.2. Tema 1. Exponiendo una realidad invisible .....</b>	<b>112</b>
5.2.1. Subtema 1.1. La comunicación como piedra angular del cuidado de enfermería.....	113
5.2.2. Subtema 1.2. Integrando contenido LGBTI+ en los planes de estudio de enfermería ...	121
<b>5.3. Tema 2. La comunicación interprofesional: un punto de partida para generar conciencia.....</b>	<b>126</b>
5.3.1. Subtema 2.1. Cuando la preparación se vuelve esencial .....	127
5.3.2. Subtema 2.2. Deficiencias durante el relevo .....	129
<b>5.4. Tema 3. Cuidar con orgullo como vínculo entre la individualidad y la profesionalidad .....</b>	<b>133</b>
5.4.1. Subtema 3.1. Aprender en terminología LGBTI+ y sus implicaciones .....	134
5.4.2. Subtema 3.2. Enfrentando la normalización de la diversidad .....	139
5.4.3. Subtema 3.3. La necesidad de un cambio en la gestión y manejo de pacientes trans* 141	
<b>6.DISCUSIÓN .....</b>	<b>144</b>
<b>7.CONCLUSIONES .....</b>	<b>152</b>
<b>8.CONCLUSIONS .....</b>	<b>154</b>
<b>9.BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>156</b>
<b>10.ANEXOS.....</b>	<b>199</b>
<b>10.1. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA .....</b>	<b>199</b>
<b>10.2. INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>200</b>
<b>10.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>203</b>
<b>10.4. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DERIVADA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>205</b>
<b>10.5. ESTANCIAS INTERNACIONALES .....</b>	<b>217</b>

## INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. El Sistema Normativo de Sexualidad. Adaptación de Granero-Andújar (2019)..</i>	19
<i>Figura 2. Redefiniendo el Sistema Normativo de Sexualidad (Adaptación de Romero-López y Granero-Andújar, 2019)</i>	38
<i>Figura 3. Primer tema principal y subtemas. Elaboración propia.</i>	112
<i>Figura 4. Segundo tema principal y subtemas. Elaboración propia.</i>	126
<i>Figura 5. Tercer tema principal y subtemas. Elaboración propia.</i>	134

## INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Escala de Tanner (desarrollo puberal en niñas y niños)</i>	76
<i>Tabla 2. Cartera de servicios de cirugía plástica y reparadora. Atención a las personas trans* (Fuente: Servicio Andaluz de Salud)</i>	78
<i>Tabla 3. Cartera de servicios de cirugía plástica y reparadora. Relacionados con atención a personas trans* (Fuente: Servicio Andaluz de Salud)</i>	79
<i>Tabla 4. Guía para la realización de grupos focales (Elaboración propia)</i>	101
<i>Tabla 5. Variables sociodemográficas (Elaboración propia)</i>	105
<i>Tabla 6. Temas principales y subtemas del estudio (Elaboración propia)</i>	111



## RESUMEN

**Introducción:** La atención sanitaria a personas trans muestra múltiples barreras, entre las que se encuentran la falta de conocimientos y sensibilidad de los profesionales sanitarios. En este sentido, se hace necesaria la sensibilización y formación de futuros profesionales, pudiendo repercutir en la atención y calidad prestada a esta población..

**Objetivos:** Este estudio tiene como objetivo general: Explorar las actitudes del alumnado de enfermería respecto a la atención al paciente trans\*. Los objetivos específicos incluyen: (1) identificar los prejuicios y estereotipos hacia la atención del colectivo LGTBI+ en el alumnado de enfermería; (2) determinar las barreras relacionadas con la atención sanitaria al paciente trans\* detectadas por el alumnado de enfermería durante la atención simulada a un paciente trans\*; (3) investigar el impacto del uso de la simulación de atención al paciente trans\* en el alumnado de enfermería; (4) conocer las actitudes del alumnado de enfermería durante la atención simulada a un paciente trans\*; (5) describir las vivencias del alumnado de enfermería durante la atención simulada al paciente trans\*.

**Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo mediante 12 grupos focales que involucraron a 124 estudiantes de primer curso del Grado Universitario de Enfermería de la Universidad de Almería durante el curso académico 2019/2020. Después de una intervención educativa y una simulación de atención al paciente trans\*, se realizó un análisis de contenido de los discursos surgidos en los grupos focales.

**Resultados:** Del análisis cualitativo surgieron siete subtemas que se agruparon en tres temas principales: (a) Exponiendo una realidad invisible, (b) La comunicación interprofesional: un punto de partida para generar conciencia y (c) Cuidar con orgullo como vínculo entre la individualidad y la profesionalidad.

**Conclusiones:** Incluir formación específica sobre la atención al paciente trans\* en la formación de estudiantes de enfermería puede fomentar una atención sanitaria culturalmente sensible y respetuosa que promueva la igualdad y la justicia. Al abordar las barreras y desafíos que enfrentan los pacientes trans\* en el acceso a la atención sanitaria, se puede reducir la discriminación y el prejuicio hacia ellos. En última instancia, al aumentar la sensibilidad y comprensión de los estudiantes de enfermería, se puede mejorar la calidad de la atención sanitaria al paciente trans\*.

**Palabras clave:** Actitudes; Estudiantes de enfermería; Personas LGBTI+; Personas trans\*.

## ABSTRACT

**Introduction:** Healthcare for trans people faces multiple barriers, including a lack of knowledge and sensitivity among healthcare professionals. Therefore, it is necessary to sensitize and train future professionals to improve the care and quality provided to this population.

**Objectives:** The general objective of this study is to explore nursing students' attitudes towards trans\* patient care. Specific objectives include: (1) identifying prejudices and stereotypes towards LGTBI+ care in nursing students; (2) determining barriers related to trans\* patient healthcare detected by nursing students during simulated care for a trans\* patient; (3) investigating the impact of using simulation for trans\* patient care on nursing students; (4) understanding nursing students' attitudes during simulated care for a trans\* patient; (5) describing nursing students' experiences during simulated care for a trans\* patient.

**Methodology:** A descriptive qualitative study was conducted through 12 focus groups involving 124 first-year nursing students at the University of Almeria during the academic year 2019/2020. After an educational intervention and a simulation of care for a trans\* patient, a content analysis of the discourses arising in the focus groups was performed.

**Results:** From the qualitative analysis, seven subthemes emerged and were grouped into three main themes: (a) Exposing an invisible reality, (b) Interprofessional communication: a starting point to arise awareness and (c) Care with pride as a link between individuality and professionalism.

**Conclusions:** Including specific training on trans\* patient care in nursing students' education can promote culturally sensitive and respectful healthcare that promotes equality and justice. By addressing the barriers and challenges that trans\* patients face in accessing healthcare, discrimination and prejudice towards them can be reduced. Ultimately, by increasing the sensitivity and understanding of nursing students, the quality of trans\* patient healthcare can be improved.

**Keywords:** Attitudes; LGBT\* people; Nursing students; Trans\* people.

## **1. INTRODUCCIÓN**

En este apartado, en primer lugar, se van a describir los conceptos generales que componen el Sistema Normativo de Sexualidad, así como un abordaje de las teorías y movimientos queer con el fin de profundizar en un acercamiento a las identidades trans, que abarque desde su definición y prevalencia, marco histórico global y en nuestro país, legislación de aplicación actual en el mundo, en nuestro país y en nuestra comunidad autónoma, para finalizar con una explicación de la normativa y tratamientos que se ofertan actualmente en Andalucía.

Y en segundo lugar, encontraremos una exposición sobre la atención sanitaria a las identidades trans en la que analizaremos las diferentes barreras a las que estos pacientes se encuentran a la hora de acceder a los servicios sanitarios así como la percepción sobre la atención sanitaria de estas identidades desde el punto de vista de los propios pacientes, de los profesionales sanitarios, del alumnado de enfermería y las organizaciones sanitarias proveedoras de los diferentes servicios sanitarios.

### **1.1. El Sistema Normativo de Sexualidad**

Para aclarar algunos conceptos nos basaremos en el Sistema Normativo de Sexualidad (Figura 1) propuesto en su tesis por Granero-Andújar (2019), quién partiendo de diferentes referentes del campo filosófico y del sistema sexo/género aportado por Rubin (1986) expone en su modelo que: nuestro sexo viene determinado por nuestras características fisiológicas categorizándonos como macho o hembra; esto preestablece nuestro género, categorizándonos como hombre o mujer, y, a partir de esta, nos es asignada una manera de sentir, actuar y vivir (roles de género: masculinidad o feminidad), así como nuestras formas de placer y sentimentalidad (identidad afectiva-sexual: donde normativamente se aplica el concepto de heterosexualidad obligatoria).

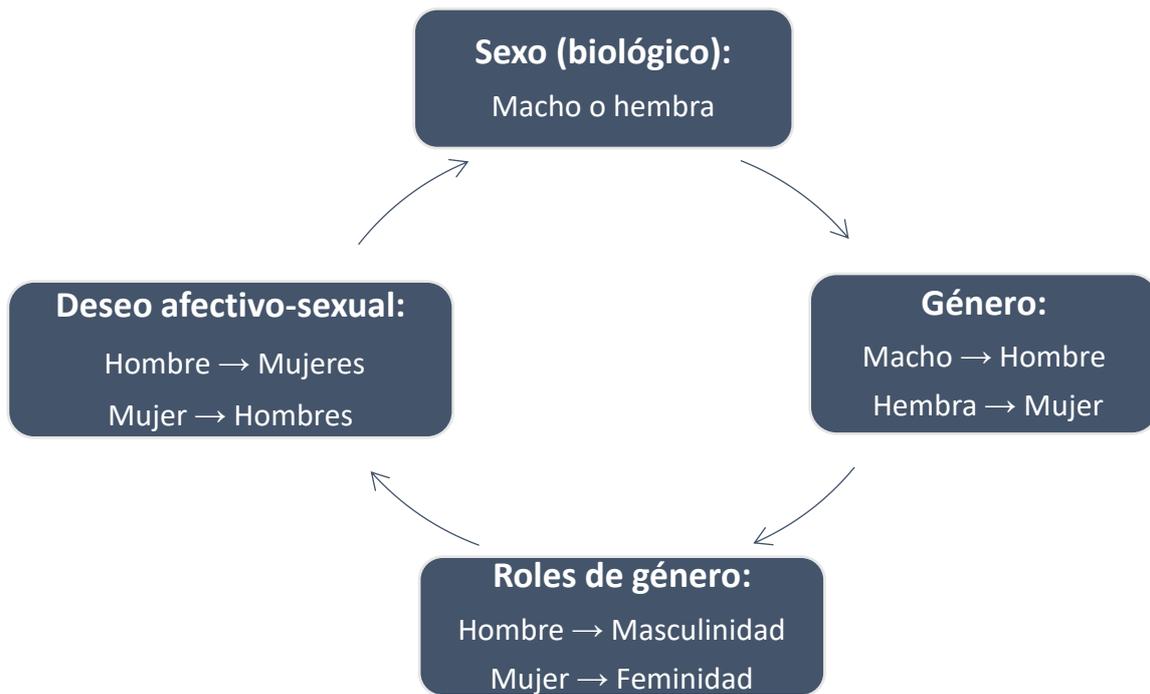


FIGURA 1. EL SISTEMA NORMATIVO DE SEXUALIDAD. ADAPTACIÓN DE GRANERO-ANDÚJAR (2019).

Dentro de este Sistema Normativo de Sexualidad, toda persona que no encaje en dichas categorizaciones va a formar parte de lo que Fonseca y Quintero (2009) han venido a denominar como sexualidades periféricas, definiéndolas como que van más allá de lo que se considera socialmente aceptado en términos de sexualidad, como por ejemplo la heterosexualidad, la monogamia, entre personas de la misma edad y clase social, y que involucran prácticas sexuales consideradas suaves y excluyen el sadomasoquismo, el intercambio de dinero y el cambio de sexo. Al desafiar los valores tradicionales, estas prácticas se basan en la resistencia, pero a menudo tienen un costo social, incluyendo el rechazo, la discriminación y el estigma.

En este caso son esclarecedoras las palabras de Butler (2004) al hablar de la normatividad como un proceso de normalización, a la forma en que ciertas normas, ideas e ideales dominan la vida incorporada (*embodied*) y proporciona los criterios coercitivos que definen a los “hombres” y a las “mujeres” normales. Se puede observar que las normas son lo que determina lo que es comprensible en la vida de los hombres y mujeres “reales”. Pero cuando se desafían estas normas, resulta incierto si seguimos viviendo nuestras vidas o deberíamos estarlo, si estas tienen valor o podrían tenerlo, si nuestras identidades de género son reales o si pueden verse como tales. Con estas palabras viene a hablarnos de qué vidas son importantes y cuáles no, cuales son perceptibles socialmente

y cuáles no. En su texto se deja la palabra *embodied* sin traducir, reflejando el término que utiliza la autora en inglés para hablar de la encarnación, de darle forma corpórea, así como la alusión a hacerlo parte del sistema o del todo, refiriéndose al enraizamiento de esta manera de ver las corporalidades que salen de la norma desde el punto de vista del imaginario colectivo.

Por lo que, a partir de este Sistema Normativo de Sexualidad será desde el que vamos a ir viendo las distintas categorizaciones que lo conforman, teniendo en cuenta las realidades que se quedan al margen, estas sexualidades periféricas, con el fin de realizar una aproximación a la realidad de las personas trans, entendida como aquella persona cuya identidad de género no coincide con el género que se le asignó al nacer.

### 1.1.1. Sexo

Se comprende el sexo como una diferenciación desde una perspectiva biologicista de las categorías binarias de macho/hembra, masculino/femenino, hombre/mujer, entre otros, atendiendo a aspectos centrados en la presencia de unos determinados cromosomas, órganos genitales, reproducción o características fisiológicas que configuran al sujeto dentro de un sexo determinado (Fausto-Sterling, 1993).

Basándonos en esto encontramos una primera diferenciación entre ambos sexos a nivel cromosómico, en los denominados cromosomas sexuales, mediante la combinación XY en los machos y la combinación XX en las hembras de la especie, determinando así lo que se ha venido denominando “sexo biológico” (Burgoyne, 2016).

Como segunda diferenciación encontramos la genitalidad, proceso común en las primeras etapas de gestación embrionaria, que va diferenciándose en el caso de la hembra hacia la creación de ovarios, útero, vagina y clítoris y en el caso del macho hacia la formación del pene y escroto (Jiang, Liu & Lim, 2021).

Como tercera diferenciación, podemos centrarnos en la producción hormonal de cada uno de los sexos, encontrando en el macho que las hormonas segregadas en mayor cantidad son la testosterona y los andrógenos y en las hembras los estrógenos y la progesterona. En este caso se habla de las que cada uno de los sexos segrega en mayor cantidad, ya que, en ambos casos, producen hormonas de ambos sexos, aunque en menor

cantidad. Aunque este hecho puede ser diferente en cada individuo por lo que esta categorización realmente no puede establecer una diferenciación biológica clara de ambos sexos (Gómez-Ortiz et al., 2019).

También se tiende a realizar esta diferenciación atendiendo a los caracteres sexuales secundarios, que aparecen durante la etapa de la pubertad, produciendo una serie de cambios en cada una de las categorías. Produciéndose en los machos un aumento de tamaño de los órganos sexuales (pene y testículos), crecimiento de vello en el pubis (en forma de rombo), axilas, facial (barba) y en el resto del cuerpo, aumento de la masa muscular, mayor anchura de hombros y timbre de voz más grave. Por otro lado, en cuanto a las hembras también se produce un aumento del tamaño de los órganos sexuales (ovarios, útero, vagina y labios), desarrollo del pecho, crecimiento de vello en el pubis (en forma de triángulo) y axilas, mayor acumulación grasa en cintura y caderas, ensanchamiento de caderas (Tortora, Derrickson & Tortora, 2017).

Tomando en consideración estas diferenciaciones binarias que se vienen realizando desde tiempos remotos por parte de la biología, vemos que dichas diferenciaciones son generalistas y no atienden a la realidad de todos los sujetos, ya que todas ellas pueden presentarse alteradas en distintos individuos, por lo que no podría categorizarse directamente en cada una de estas categorías, siendo preciso ir más allá (Fausto-Sterling, 2000).

Es por este motivo que esta diferenciación actualmente se encuentra envuelta en un profundo debate, ya que claramente hay personas a las que de esta manera se les atribuiría la pertenencia a una determinada categoría de manera errónea, como por ejemplo las personas trans, o personas que no encajarían en ninguna de las dos opciones precisando de un término propio, como por ejemplo las personas intersexuales (Butler, 1999).

El término intersexualidad aparece originariamente en un artículo de Goldschmidt (1917) y es desarrollado posteriormente por Marañón (1930) para hacer referencia a aquellas personas que por sus características fisiológicas quedan fuera de la categorización binarista de macho o hembra.

En su libro, Fausto-Sterling (2006) tras la revisión de múltiples estudios sobre los nacimientos con características sexuales no binarias concluyó que la conformación de la categorización de sexo va más allá de las opciones de macho y hembra, dándose un abanico de posibilidades en el que estas dos opciones se configuran como los dos

extremos de un continuo, comprendiendo todas las configuraciones posibles entre uno y otro extremo las posibilidades de configuración no binaria, lo que se viene a denominar intersexualidades, y que se denominaba tradicionalmente de manera errónea como hermafroditismo.

Sin embargo, esta misma actualmente determina que es un término obsoleto y en desuso, rechazado por las personas intersexuales. Esto se debe a que su origen se remonta a relatos mitológicos sobre el nacimiento del primer ser intersexual, el hijo de los dioses griegos Hermes y Afrodita. De acuerdo con los mitos, existen dos versiones sobre su origen: en el primero, los dioses engendran un hijo con los atributos sexuales de ambos, lo que genera indecisión sobre si la criatura es femenina o masculina, y por tanto, le dan el nombre de Hermafroditos. En el segundo mito, el hijo de los dioses pierde su categorización de género masculino al fusionarse en un solo cuerpo con una ninfa de la que se enamora (Fausto-Sterling, 2006).

Esta etiología mitológica es también uno de los motivos por el que autores como Cabral y Benzur (2005) y Chase (1998) también se desvinculan del uso de este término, además de añadir otras dos razones más terrenales. En primer lugar, por tratarse de terminología médica utilizada de manera patologizante y, en segundo lugar, por suponer la falta de categorización propia como intersexual sin entrar en la categorización binarista de macho/hembra preestablecida que los limitaba a ser una persona con ambos sexos, invisibilizando la diversidad intersexual existente en la realidad.

Estas intersexualidades van a hacer que la persona rompa ese concepto lineal establecido en lo biológico en el que el macho tendrá testículos y pene, cromosomas XY y un mayor número de andrógenos, y la hembra tendrá ovarios y útero, cromosomas XX y va a producir mayoritariamente estrógenos, ya que las circunstancias de las intersexualidades va a salirse de esos dos extremos y a producir una serie de posibilidades corporales no binarias que varían, en múltiples formas, dentro de esta linealidad (Granero-Andújar, 2019).

Los tipos de intersexualidades posibles que difieren de esta categorización binarista han sido expuestos por diferentes autores (Fausto-Sterling, 2006; Parra, 2018) siendo las que se dan principalmente:

El síndrome de insensibilidad a los andrógenos (SIA), en el que la persona presenta una genética asociada a la masculina (cromosomas XY) pero existe una resistencia a las

hormonas masculinas (andrógenos), lo que resulta en la presencia una apariencia física femenina. Este síndrome a su vez se divide en dos categorías, SIA completo y SIA parcial, ocasionando en el completo que no se desarrollen órganos genitales masculinos teniendo apariencia de los femeninos y, en el parcial, pueden incluirse otros aspectos, como el no descenso de los testículos al escroto, la presencia de hipospadias o el síndrome de Reifenstein (también conocido como síndrome de Lubs o síndrome de Gilbert-Dreyfus).

La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC), en el que la persona presenta una genética asociada a la femenina (cromosomas XX) pero sus características genitales no se corresponden debido a la afectación de la esteroidogénesis suprarrenal del cortisol, provocando un hiperandrogenismo en la hembra, hecho que va a ocasionar una modificación de los genitales femeninos que puede variar entre la hipertrofia de clítoris hasta un grado máximo que puede determinar que sea categorizada como varón. En algunos casos esta HSC va a precisar seguimiento y tratamiento médico por la afectación que puede provocar a nivel metabólico.

Las hipospadias, donde la persona presenta unos genitales que no se enmarcarían en la categorización binaria, caracterizados por no encontrarse el meato uretral en la punta del pene si no en cualquier lugar en el eje medio del mismo, desde la punta del pene hasta el escroto. Según el lugar de ubicación del meato se dividen en balánico (se sitúa en lugar cercano al glande), peneano (se sitúa en el cuerpo del pene) o penoescrotal (se sitúa en la zona de unión del pene al escroto).

El síndrome de Klinefelter: Personas con un cromosoma sexual extra, en este caso XXY, con apariencia de la categoría macho, aunque en la pubertad el cuerpo puede experimentar diferentes grados de masculinización o feminización. Puede ocasionar un menor tamaño testicular, menor masa muscular, reducción de vello corporal y aumento mamario.

El síndrome de Turner (o monosomía X), dándose en personas categorizadas como hembra con un solo cromosoma sexual (representado XO), lo que provoca una baja estatura, falta de desarrollo ovárico y del resto de caracteres sexuales secundarios.

O la disgenesia gonadal, donde genéticamente entra en la categoría macho (cromosomas XY), corporalidad de la categoría hembra y con desarrollo gonadal no clasificable en ninguna de las dos categorizaciones. Puede ser completa (46, XY, Síndrome de Swyer) no hay desarrollo gonadal y su apariencia es femenina, o parcial (45,

X o 46, XY) donde la detección testicular es incompleta y la apariencia corporal depende del grado de funcionamiento de estos.

La prevalencia de nacimientos de personas intersexuales se estima en 1 de cada 2000 nacimientos según diferentes estudios recogidos por García-López (2017) y de la *Intersex Society of North America*. Aunque como expone el mismo autor, estas cifras se apoyan en la mayoría de los casos en datos hospitalarios al nacimiento, por lo que muchos de los casos quedan sin registrar al ser diagnosticados en la edad adulta o no diagnosticarse durante la vida del individuo al no presentar ningún signo que requiera diagnóstico.

Tal como indica Platero (2014) el problema en la categorización del sexo, esta puede deberse a que, en Occidente, todas «las excepciones» son debidamente re-catalogadas dentro del binario hombre y mujer, dando la sensación de estabilidad y permanencia de tal división, si bien las personas siempre exceden estas categorías. Por eso, el sexo es un hecho complejo, que evidencia que se hacen juicios de valor sobre qué es una mujer o un hombre, quién y cómo cumple los requisitos para ser reconocido como tal.

Es por estos motivos que este sistema binarista en el que se categoriza el sexo en dos posibilidades deja fuera a una parte significativa de la población, por lo que debemos alejarnos de esta clasificación y añadir la categorización de intersexuales dentro de esta, presentando todas las posibilidades que conforman la realidad, y pasando a usar una triple categorización de macho, hembra e intersexual (Granero-Andújar, 2019).

Tras realizar este análisis sobre la categorización de las personas en función del sexo, pasaremos a hablar del concepto de género por su influencia en la forma en que se percibe a una persona y en cómo es tratada por el resto de la sociedad en función de esta categorización.

### **1.1.2. Género**

Tal como indica Susan Stryker (2008) debemos diferenciar sexo de género, aunque en el habla cotidiana sea utilizado indistintamente uno u otro. Se considera que el género hace referencia a lo cultural y el sexo a lo biológico. Aunque teorías actuales incluyen el sexo como una categorización cultural.

Si consultamos el término género en el diccionario de la Real Academia Española (RAE, n.d.) encontramos que es una palabra que deriva del latín *genus, -eris* (clase) y entre sus acepciones encontramos que hace referencia al grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico, si bien esta definición hace unas décadas no se encontraba incluida por reticencias de la propia RAE entre el uso de género en este contexto dentro de nuestro lenguaje teniendo lugar debates intensos sobre el uso o no de este término en contraposición al de sexo (Niklison, 2020).

Esto se debe a que cuando hablamos de género en este contexto, hablamos de un término procedente del vocablo inglés “*gender*” que deriva en inglés de “*genre*”, cuyo significado corresponde con los vocablos “*kind*” o “*type*”, ambos sustantivos que podemos traducir al castellano como el tipo o la clase, haciendo alusión sus definiciones a un grupo que comparte ciertas características y cualidades comunes (Butler, 1999).

Este concepto de género comenzó a ser relevante a nivel académico y social gracias a los movimientos feministas a partir de los años 60 así como diferentes estudios sobre el tema desde el punto de vista de la opresión de la mujer por parte del hombre (Codorow, 1978; Rubin, 1886) desvinculándose estos estudios de la perspectiva fisiológica para plasmar la diferencia comportamental entre hombres y mujeres (Granero-Andújar, 2019).

Esta definición, tal como indica Stryker (2008) se basa en la diferenciación de hombre y mujer. En su libro nos indica que nadie nace “mujer” u “hombre” – más bien, como dice el dicho, “uno se convierte en uno/a” a través de un complejo proceso de socialización. Esta exposición, nos recuerda a la célebre frase de Simón de Beauvoir en 1949 en su libro *El segundo sexo* (Beauvoir, 1949), rompiendo con esta concepción biológica del término, “*No se nace mujer: se llega a serlo*”. Igualmente, Stoller (1968) en su libro propuso la distinción entre sexo y género, haciendo referencia el sexo a las características fisiológicas, mientras el género hacía referencia a la asignación cultural de lo masculino y lo femenino.

Todos estos debates mantenidos sobre el término durante parte del siglo XX sobre si la conducta humana estaba definida de manera previa por la genética o no se abordaron desde diferentes áreas de estudio, desde la psicología, psiquiatría, medicina, antropología, sociología, etc., dando lugar a un enriquecimiento de los estudios de género, aunque algunos de ellos no estuvieron exentos de crueldad.

Por ejemplo, el estudio de John Money (1955), investigador y director del Área de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital John Hopkins de Nueva York (Estados Unidos), ha sido muy controvertido debido a su enfoque en la intersexualidad y el género. En sus investigaciones, Money buscaba demostrar que el sexo y el género eran dos dimensiones diferenciadas. Sin embargo, sus métodos y prácticas han sido criticados por muchos expertos.

Money basó gran parte de su investigación en el estudio de pacientes intersexuales. A menudo, realizaba prácticas cruentas con estas personas, incluyendo prácticas quirúrgicas y hormonales "normalizadoras". Uno de los casos más conocidos es el del "caso John/Joan" o "caso Reimer". En 1966, un niño de 8 meses sufrió la amputación accidental del pene durante la realización de una circuncisión. Money decidió entonces realizar una reasignación de sexo, convirtiendo a David Reimer en Brenda, e indicando a su familia que lo educaran como mujer sin informarle nunca de la reasignación realizada.

Money continuó realizando el seguimiento de este caso durante años, obligando a Reimer y a su hermano gemelo a someterse a inspecciones genitales periódicas, así como a actos más cercanos a la pedofilia o pederastia. Incluso llegó a obligar a ambos hermanos a realizar actos sexuales entre ellos, excusándose en que eran "juegos sexuales infantiles". Money consideró el caso exitoso y lo utilizó para dar apoyo a la reasignación sexual y reconstrucción quirúrgica de cualquier persona.

Sin embargo, el caso de David Reimer no fue tan exitoso como Money afirmaba. A los 14 años, Reimer decidió no volver a ver a Money después de varios intentos de suicidio. A los 15 años, comenzó a tomar hormonas masculinas y se sometió a varias cirugías de modificación genital, incluyendo una doble mastectomía y varias faloplastias. Finalmente, se casó con una mujer. Pero el caso tuvo consecuencias trágicas: en 2002, su hermano gemelo David murió tras una sobredosis con su medicación para la esquizofrenia, y en 2004 David Reimer acabó suicidándose tras ser abandonado por su esposa.

En definitiva, los estudios de Money asentaron las bases de la reasignación quirúrgica en bebés intersexuales, realizando una mutilación genital en aras de la "normalización" de los cuerpos. Esto obligaba a niños cis a ser trans para demostrar sus teorías de que el género se aprende y no está genéticamente determinado. A pesar de que Money ha sido criticado por su enfoque y prácticas, sus investigaciones siguen siendo relevantes para el estudio de la intersexualidad y el género.

Judith Butler (1999) en su libro *Género en disputa* define el género como una complejidad cuya totalidad se posterga de manera permanente, nunca aparece completa en una determinada coyuntura en el tiempo. Así, una coalición abierta creará identidades que alternadamente se instauren y se abandonen en función de los objetivos del momento; se tratará de un conjunto abierto que permita múltiples coincidencias y discrepancias sin obediencia a un telos normativo de definición cerrada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) el género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. Esta nueva definición incluye a las personas con identidades no binarias y menores haciendo así una incorporación de las perspectivas de género más actuales (Magar et al., 2019), pero no había sido así anteriormente, siendo en el año 2000 la definición del término como la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer, definición que cambió para adecuarse a la realidad tras el auge durante la década de los 80 y 90 de dicho término a nivel internacional tal como recoge Boccardi (2020).

Como se puede apreciar, actualmente las personas que cuestionan la realidad social son cada vez más visibles, es por esto que la categorización de masculino y femenino se centra igualmente en esa categorización binaria que se hacía en cuanto al sexo y, como pasaba en esa ocasión, realizar esta categorización hace que muchas personas queden fuera de la misma.

Como vemos en la anterior definición de la OMS (2019), ya se recogen dentro de la misma otras realidades diferentes de la masculina y la femenina, introduciendo a las personas no binarias dentro de la categorización de identidad de género. Con este término de persona de género no binario se va a describir a aquellas personas cuya identidad de género no entra dentro de lo establecido como femenino o masculino.

Al hablar de identidades de género nos referimos a si una persona se siente identificada con el sexo asignado en el momento de su nacimiento, por lo que dentro de las identidades de género encontramos a las personas cis, que podríamos definir como aquellas que se

identifican con el sexo asignado, y a las personas trans, que serían aquellas que no lo hacen (Platero, 2014).

Vemos que limitar el género a lo masculino y lo femenino en cuanto a los roles asignados a cada uno de ellos no se ajusta a la realidad social en la que vivimos, ya que esto va a excluir a los hombres más femeninos o a las mujeres más masculinas, a las personas denominadas *gender non conforming* (personas que muestran interés recurrente por actividades asociadas como «propias del género opuesto») o de *gender variant* (término propuesto por Kim Pérez (2013) que alude a niños y niñas cuyos comportamientos incumplen las normas tradicionales de género) denominados como géneros independientes por Platero (2014).

Esta categoría de géneros independientes, estudiada por Pyne (2014) en niños, indica que dentro de esta categoría pueden incluirse tres tipos de personas. Primero, aquellas personas que están cómodos con su sexo de nacimiento, pero desafían la limitación de lo establecido como de su género y lo expanden. En segundo lugar, aquellos que rechazan categorizarse dentro de una de las características binarias establecidas en el género. Y, en tercer lugar, aquellos que se identifican claramente con un género diferente al asignado al nacer y pueden transitar a una nueva categoría de género.

De la misma manera, tal como vemos en la definición anterior dada por Platero (2014) o la última definición de la OMS (2019), entre otras, podemos observar que el género también va a depender de la cultura, existiendo múltiples poblaciones que no se rigen por el sistema de género que concebimos desde nuestra sociedad occidental heteropatriarcal, encontrando sociedades o poblaciones en las que no existe esa diferenciación de género, donde existe un cruce de género (mujeres *manly-heart*, *vehine mako*), que presenta un tercer género (*Inuit*, *mahú* en Tahití y Hawái, *fa'afafine* en Samoa, *fakaleite* de Tonga, *hijra* en India) o que tiene una denominación específica y autoproclamada, como por ejemplo en el caso de los *two-spirits*, término acuñado en 1990 en una reunión de aborígenes LGBT (Lesbianas, gays, bisexuales y trans) en Winnipeg para designar la presencia de ambos espíritus (femenino y masculino) en una persona, definiéndose así en términos más adecuados a su propia nación (Pyne, 2014; Valcuende et al., 2013).

Atendiendo a estas formas de género no binarias, siendo lo más inclusivo posible con todas las personas, encontramos la definición de género que aporta el Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid (COGAM, 2016) definiéndolo

como el constructo socio-cultural aprendido y dependiente del tiempo (momento histórico) que forma parte del ideario colectivo y puede incluir determinados comportamientos, anatomías, actitudes, estilos, formas de vida, intereses, emociones, sentimientos, etc. por lo que se identifican las personas de una sociedad. Sus formas de expresión son variadas y variables.

Por tanto, como nos indica Malatino (2020) existe un surgimiento del espectro de género, orientado por dos polos muy familiares, con una proliferación de identidades de género y espectros intercalados entre ellas. Comienza con una proliferación de infografías cada vez más complejas y, a veces, toma la forma de un gráfico con dos ejes, masculino y femenino, y una cantidad de cuadrantes dispuestos en medio. Cualquiera que sea la representación visual que prefiramos, nos hemos familiarizado culturalmente con la lógica proliferante del espectro y debemos de datarla como algo que ha surgido en los últimos veinte años.

Es por todo esto que, viendo la diversidad que nos rodea, debemos alejarnos del binarismo de género, lo que Mateos (2017) definió como un modelo de pensamiento rígido y androcéntrico que se configura exclusivamente por la relación entre dos géneros de carácter opuesto y jerárquico, en el que no han sido contempladas todas las identidades sexuales y expresiones de género. El resultado es una forma de relación esencialista, jerárquica y discriminatoria en la que solo hay dos géneros (culturales) porque exclusivamente hay dos sexos (naturales) de tal manera que visibilicemos aquellas categorías no binarias (Clark et al., 2018; Darwin, 2017; Vijlbrief et al., 2020), existiendo un sinfín de posibilidades actualmente dentro del espectro de género (intergénero, genderqueer, bigénero, agénero, pangénero, género fluido, andrógino, entre otros).

### **1.1.3. Roles de género**

Visto todo esto, podemos decir que el sexo no va a determinar el género, sino que este va a estar definido por muchos aspectos diferentes que confluyen en cada persona. Y lo que se ha determinado como roles de género, es lo que ha definido cada una de las categorizaciones reconocidas para realizar la inclusión de cada persona dentro de una categorización de género.

De esta manera, podemos decir que los roles de género son en palabras de Stryker (2008) las expectativas sociales de comportamiento y actividades adecuadas para un miembro de un género en particular. Aunque la misma autora nos habla de que es un término desactualizado actualmente en la sociedad contemporánea ya que es la causa de muchos de los estereotipos asociados al género.

Desde diferentes modelos se asignan una serie de características estereotípicas basadas en el Sistema Normativo de Sexualidad con el fin de continuar con esta dualidad asignando características diferenciadas a los hombres y las mujeres (Ahmed et al., 2016; Annadale & Hunt, 1990; Barragán, 2006; Hunt et al., 2015; Kling et al, 2017). De este modo se tiende a representar a los hombres como mayor agresividad, competitividad, mayor fuerza física, independencia o liderazgo, etc., siendo estos una serie de atributos que refuerzan la masculinidad de estos (masculinidad hegemónica), mientras que a la mujer se le asocian características como una mayor debilidad, pasividad, dependencia, dulzura o cuidadora de los demás, etc., siendo estos una serie de atributos que refuerzan la feminidad de estas (feminidad hegemónica).

Sin embargo, estos atributos de cada uno de los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad, lo que van a ocasionar es también una imposición en el comportamiento de cada una de las personas según su categorización, haciendo que exista una inequidad entre hombres y mujeres. Del mismo modo, va a provocar que las personas que no siguen estos parámetros asociados tradicionalmente a su género, como por ejemplo una mujer “masculinizada”, un hombre “feminizado” o las personas *gender non conforming*, definidas anteriormente, sufran violencias, estigma o rechazo social por salirse de esta normatividad preestablecida (Chan et al., 2022; Granero-Andújar, 2019).

Butler (1999) expone el concepto de performatividad para hablarnos de las reglas establecidas como normativas respecto a la masculinidad y la feminidad en esos modelos hegemónicos, que son repetidos e imitados de manera obligatoria por cada persona. Como ella misma explica en su obra el acto que uno hace, el acto que uno realiza es, en cierto sentido, un acto que ha estado sucediendo antes de que uno llegue a la escena. Por lo tanto, el género es un acto que ha sido ensayado, al igual que un guion sobrevive a los actores particulares que hacen uso de él, pero que requiere actores individuales para ser actualizado y reproducido como realidad una vez más. Estas normas son las maneras en que la persona va a comportarse para encajar socialmente en su rol asignado perpetuando de esta manera la hegemonía de los modelos heteronormativos.

La misma autora estructura así el concepto de la matriz heterosexual como la inteligibilidad de género que asume que para que los cuerpos se cohesionen y tengan sentido debe haber un sexo estable expresado a través de un género estable (masculino expresa masculino, femenino expresa femenino) que se define de manera opuesta y jerárquica a través de la práctica obligatoria de la heterosexualidad. Explicando de esta manera que esta matriz heterosexual va a incidir y a tener un papel predeterminado en la crianza desde el nacimiento al estar ritualizadas esas performatividades en el imaginario colectivo. Por ejemplo, en nuestra sociedad occidental, desde que nace un niño varón se optará por el azul para su ropa, jugará juegos de fuerza, competitividad, usará ropa que no limite su movilidad, el resto de los hombres lo tratarán con respeto y se le prohibirá cualquier cosa que lo haga ver “débil” como llorar, o “afeminado” como maquillarse o jugar con muñecas y deberá sentir atracción por el sexo contrario.

Stryker (2008) hace referencia al término comportamiento de género mediante el que hacemos esa performatividad de nuestro género socialmente, refiriéndose a nuestras acciones corporales como cómo usamos nuestras voces, cruzamos nuestras piernas, sostenemos la cabeza, vestimos nuestra ropa, bailamos por la habitación, lanzamos una pelota, caminamos con tacones altos. Haciendo referencia a las cosas que aprendemos a hacer durante el transcurso de nuestras vidas mediante la observación y la imitación de otros con quien nos identificamos, así como tras ser disciplinados por la sociedad, especialmente por nuestras familias, de manera sutil o no tan sutil, cuando se hace algo considerado incorrecto o erróneo.

La OMS (2019) define esta expresión de género como *la* forma en que un individuo presenta externamente su género, típicamente a través de la forma en que uno elige vestirse, hablar o, en general, comportarse socialmente. Estas percepciones de género habitualmente se tipifican de manera binaria, en masculinas y femeninas. La forma en que un individuo expresa su género no siempre es indicativa de su identidad de género.

Debemos tener en cuenta también que, aunque cada persona decide como expresar su propio género, esto no va a influir en como los demás lo van a percibir, lo que va a decidir que nos cataloguen como femenino o masculino. Rands (2009) recoge en su estudio el término “atribución de género” planteado por Bornstein (1994) en su libro *Gender Outlaw: On Men, Women, And the rest of* el cual enumeró una serie de señales o pistas: físicas (cuerpo, cabello, voz, piel movimiento), de comportamiento (modales, decoro, protocolo, comportamiento), textuales (historias, documentos, nombres, asociados,

relaciones), míticas (mitos culturales y subculturales que apoyan la pertenencia a un género determinado), de dinámica de poder (modos de comunicación, técnicas de comunicación, grados de agresividad, asertividad, persistencia, ambición) y de orientación sexual (con quién sale, con quién se relaciona sexualmente, con quién se relaciona románticamente). Mediante la combinación de todas estas señales la persona que nos observa, generalmente de manera inconsciente, va a decidir a qué género pertenecemos.

Esto va a ser importante de cara a las personas trans, así como a otras pertenecientes al colectivo LGBTI+ (Lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales y más), por lo que se ha venido a denominar *passing* (pasar) ya que pasará por alguien del género al que pertenece realmente a los ojos de alguien con quien tiene un primer contacto. Según Cárdenas (2015) el *passing* implica tanto la modulación de la visibilidad por parte de la persona que “pasa” como la recepción de esa imagen por parte del espectador que toma una decisión sobre si una persona encaja o no en una categoría particular.

#### **1.1.4. Identidad afectivo-sexual**

Al hacer referencia a la identidad afectivo-sexual, hablamos de lo que se conoce comúnmente como orientación sexual.

La OMS (2019) lo define como la atracción física, romántica y/o emocional de una persona hacia otras personas y se compone de tres elementos: atracción sexual, comportamiento sexual e identidad sexual.

El COGAM (2016) la define como “una “etiqueta”, un “nombre” que trata de describir de manera simplista y a través de la generalización la orientación afectivo-sexual de una persona. Puede implicar, o no, un sentimiento de autoidentificación y pertenencia a un grupo de personas con el que se comparte total o parcialmente dicha “orientación”. Especificando además que suele usarse a veces con el término orientación afectivo-sexual que desine posteriormente como “el desarrollo de emociones, sentimientos, pasiones y/o atracción erótica y sexual hacia determinadas características de otra(s) persona(s), o la persona entendida como un todo. No depende del sexo/género de la propia persona.

Dentro de este Sistema Normativo de Sexualidad, se contempla como única opción válida la heterosexualidad, definida como la atracción afectiva-sexual entre personas de distinto sexo-género, es decir, los hombres deben sentir atracción hacia las mujeres (cis) y las mujeres hacia los hombres (cis). Quedando todo lo que está fuera de esta norma señalado socialmente, estigmatizado, patologizado y rechazado (Granero-Andújar, 2019).

Monique Wittig leyó un texto en una conferencia anual organizada por la *Modern Languages Association* en 1798, que fue publicado posteriormente unos años después (Wittig, 1980) donde ya hablaba de la heterosexualidad obligatoria como un sistema de opresión, un régimen político y económico donde lo demás no tiene cabida.

De la misma manera Leena-Maija Rossi (2011) indica sobre la concepción generalizada de la heterosexualidad que es un estado natural del ser al que se supone que todos se ajustan a menos que se indique lo contrario. En la cultura mediática occidental, así como en otros discursos cotidianos sobre la sexualidad, la heterosexualidad se representa constantemente como normal, como algo que no necesita ser mencionado por separado o especificado como una forma de sexualidad. Esto sigue las mismas ideas de Stokes (2005) y Shlossberg (2001) quienes postulan igualmente que la heterosexualidad sigue gozando de un estatus naturalizado y hegemónico sin discusión.

Esta creencia ha hecho que la heterosexualidad y la homosexualidad hayan sido construidas como una dicotomía, opuestas entre sí, y con una marcada superioridad de una sobre la otra, siendo de esta manera definida la heterosexualidad como lo “normal” y la homosexualidad como lo “anormal” o la “desviación” (Sedgwick, 1993).

Esta consideración de la heterosexualidad como algo obligatorio y “normal” nos lleva al concepto de heteronormatividad, termino surgido de las teorías de Rubin (1986) sobre el sistema sexo/género mediante el que se afirma la necesidad mutua de establecer una relación afectiva entre los dos sexos binarios contrarios entre sí por ser complementarios uno al otro, dependientes económicamente y necesarios por la división del trabajo asignado a cada sexo. Esto ocasiona que se vean las relaciones heterosexuales, expresadas en su máximo exponente mediante el matrimonio como una institución social en la que se canaliza esa dependencia recíproca entre ambos, encaminando la sexualidad de los mismos a la fertilidad y la monogamia continuada (Moreno & Pichardo, 2006). Haciendo toda práctica que se aleje de esta heteronormatividad se considere como “anormal”.

Esto nos va a llevar a utilizar lo que se ha denominado en contraposición como no-heterosexualidades para referirnos a las identidades afectivo-sexuales entre personas del mismo género, atendiendo en este caso no a la distinción de género biológicos, sino incluyendo a las identidades trans al referirnos al género asumido por cada persona. Utilizando este término de esta manera se incluyen diferentes categorizaciones en la misma, encontrando:

- Homosexualidad: Expresión del deseo afectivo y/o sexual entre personas del mismo género.
- Bisexualidad: Generalmente se ha venido a definir como la expresión del deseo afectivo y/o sexual hacia personas de ambos géneros binarios, aunque ya en el año 1990 en el Manifiesto Bisexual, publicado en la revista *Anything that moves* (Bay Area Bisexual Network, 1990) se reivindicaba desde el activismo que la bisexualidad es una identidad completa y fluida. No asuman que la bisexualidad es binaria o dual en su naturaleza: que tenemos dos lados o que debemos actuar simultáneamente con dos géneros para ser seres humanos completos. De hecho, no asuman que sólo hay dos géneros. No interpreten nuestra fluidez con confusión, irresponsabilidad o como una falta de compromiso. No equiparen la bisexualidad con promiscuidad, infidelidad o comportamientos sexuales poco seguros, por lo que debe ser definida como la expresión del deseo afectivo y/o sexual hacia personas del mismo o de otro género, saliendo del sistema binarista, lo que hace que en muchas ocasiones se equipare o entre en conflicto con la pansexualidad.
- Pansexualidad: Expresión del deseo afectivo y/o sexual hacia personas independientemente del género al que pertenezcan, más allá del binarismo establecido.
- Demisexualidad: Expresión del deseo afectivo y/o sexual hacia personas con las que se ha establecido un vínculo emocional y estable durante cierto tiempo.
- Asexualidad: Personas que carecen de deseo sexual o que, teniendo algún nivel de deseo sexual, no conectan sexualmente con otras personas y, por tanto, no consiguen generar dicho tipo de deseo hacia el resto (Bogaert, 2012).

## 1.2. Movimiento y estudios Queer

El movimiento y los estudios queer son de gran importancia para el colectivo LGBTI+ pero antes de reflexionar sobre ellos es importante conocer el significado de la palabra Queer. Este término fue definido por Hennessy (1992) como un término paraguas que abarca la matriz de preferencias sexuales, orientaciones y hábitos de la mayoría no-exclusivamente-heterosexual-y-monógama. Queer incluye a lesbianas, hombres gays, bisexuales, travestis/transgénero, las comunidades sexuales radicales y muchos otros exploradores sexualmente transgresores (inframundo).

Aunque inicialmente la palabra queer se entendía como un insulto homófobo, siendo su significado el de “maricón”, “bollera” o “rarito”, haciendo referencia a todo lo “anormal”, fue reclamada por las personas que por las mismas personas a las que se les pretendía insultar, por aquellos a los que su sexualidad los había convertido en sujetos marginales y perseguidos, para hacerlo inclusivo a todos ellos, adueñándose del insulto en una suerte de autodeterminación reivindicativa, donde repensar los paradigmas del feminismo y los movimientos LGBTI+ (Granero-Andújar, 2019; Solá & Urko, 2013).

El término teoría queer fue utilizado por primera vez en la década de los 90 en el mundo académico por Teresa de Lauretis, esta teoría parte de textos de Eve Kosofsky Sedgwick en su libro *Between Men: English literatura and male homosocial desire* (Sedgwick, 1985) durante la década de los 80, retomados posteriormente por Judith Butler (1999) en su libro *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, al crear una relación entre sexualidad y género desde los discursos feministas y los estudios gays previos.

Sedgwick (1985) en su libro nos habla del “deseo homosocial”, explicando que, aunque el establecimiento de relaciones sociales entre hombres siempre se ha visto potenciado socialmente, mientras que el deseo sexual entre ellos ha sido tabú, algo prohibido, silenciado y castigado históricamente. Esta heteronormatividad impuesta, su crítica y cuestionamiento, son fundamentales para comprender los inicios de la teoría queer.

Hablamos aquí de estudios gays para dar la importancia que tienen en la formación de esta teorización los estudios derivados del activismo gay y lésbico, tal como recoge

Fantina (2006) algunas personas que han teorizado sobre lo queer han ignorado los aportes desde el colectivo LGBTI+ a esta teoría y debe dejarse claro la relevancia que estos han tenido en su creación junto a los estudios de género y el movimiento feminista, ya que desde todos estos campos, lo que se busca es dar voz a los históricamente oprimidos aunque el sujeto de estudio o el abordaje sea diferente.

Esta teoría de corriente post-estructulista, parte del cuestionamiento de los planteamientos biologicistas y las identidades normativas, tal como describe Jagose (1996) al definir esta teoría diciendo que lo queer describe esos gestos y modelos analíticos que dramatizan las incoherencias en las relaciones presuntamente estables entre sexo cromosómico, género y deseo sexual. Resistir a ese modelo de estabilidad – que reivindica la heterosexualidad como su origen, cuando es más propiamente su efecto – lo queer se centra en los desajustes entre sexo, género y deseo.

Es por tanto que esta teoría parte de la necesidad de visibilizar la diferencia sexual, cuestionando el binarismo de género, tal como recogen Solá y Urko (2013) que indican que la influencia del pensamiento y el activismo queer ha contribuido al cuestionamiento del binarismo de género y de la dicotomía homo/hetero, a evidenciar la violencia de toda formación identitaria, tanto en el feminismo como en los movimientos de liberación sexual y de género siendo un punto de encuentro entre diferentes corrientes de pensamiento. La crítica queer se ha asentado en nuestro contexto, y en su integración con el feminismo, el lesbianismo, el movimiento marica y las luchas trans, ha favorecido la conexión de toda esta serie de formas organizativas.

Consideramos importante el abordaje de los estudios trans desde la teoría queer por lo que Fonseca y Quintero (2009) concluyen en su artículo sobre la misma y las sexualidades periféricas sobre la misma al decir que la Teoría Queer no intenta juzgar a los que discriminan, sino simplemente observarlos, reconociendo que todo lo que vemos en nuestro entorno es fruto de una percepción equivocada, donde todo es imitado, representado, actuado. Lo ideal es un mundo sin distinciones, sin miedo, sin necesidad de defenderse, donde los seres no están separados y se dedican a darle sentido a sus vidas. Dejar ser a las personas tal y como son es la propuesta de la Teoría Queer. Incluso a los que tienen un concepto de igualdad equivocado: dejarlos ser y que a su debido tiempo puedan rectificar como quienes lo han tenido que hacer por pertenecer a un colectivo con una preferencia sexual distinta o con una condición especial. La diferencia los ha impulsado a poner el énfasis en sí mismos como estrategia de supervivencia.

### **1.3. Rediseñando el Sistema Normativo de Sexualidad**

Tras todo lo expuesto, vemos que el Sistema Normativo de Sexualidad deja fuera del mismo a muchos de los sujetos que no quedan dentro del sistema binario establecido por el mismo, y por tanto, siguiendo a Romero-López y Granero-Andújar (2019) en el siguiente gráfico vamos a intentar representar la redefinición del Sistema Normativo de Sexualidad tras lo expuesto en los epígrafes anteriores.

Como podemos ver todos los componentes de este, es decir, sexo, género, roles de género e identidad afectivo-sexual están interrelacionados entre sí y, a su vez, suponen aspectos dinámicos en sí mismos (Butler, 1990).

Como hemos expuesto anteriormente, vemos que dentro de la categorización del sexo incluye la categorización binaria de macho y hembra, pero no podemos olvidar la existencia de las intersexualidades dentro de este apartado (García-López, 2015).

Así mismo, en la categoría sexo, se incluyen la categorización como hombre y mujer, pero no pueden dejarse fuera a los sujetos trans y no binarios (Nieto, 2008).

Dentro de los roles y expresión de género encontramos las categorías de masculinidad y feminidad hegemónica. Pero debemos tener en cuenta otro tipo de expresión para no reproducir conceptos arcaicos (Butler, 2004).

Y al hablar de identidades afectivo-sexuales debemos alejarnos de la heteronormatividad y tener en cuenta a las no-heterosexualidades dentro de esta categorización (Fonseca & Quintero, 2009).

En definitiva, este nuevo Sistema Normativo de Sexualidad, será el que sigamos dentro de este trabajo con el fin de tener en cuenta la diversidad de los sujetos que componen nuestra realidad social (Figura 2).

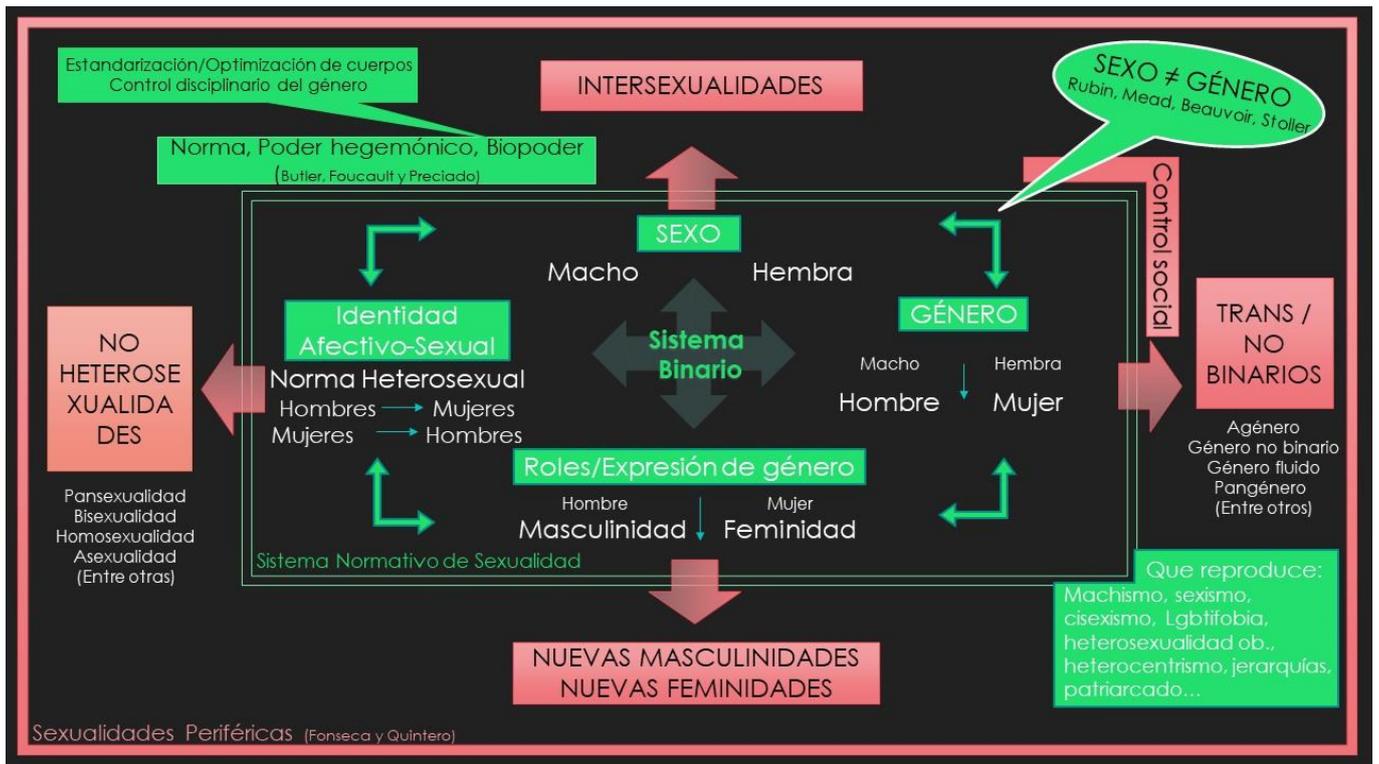


FIGURA 2. REDEFINIENDO EL SISTEMA NORMATIVO DE SEXUALIDAD (ADAPTACIÓN DE ROMERO-LÓPEZ Y GRANERO-ANDÚJAR, 2019)

## **1.4. Acercamiento a las identidades trans**

Susan Stryker (2008) define a las personas trans como aquellas personas que se alejan del género que se les asignó al nacer, personas que traspasan (trans-) los límites construidos por su cultura para definir y contener ese género.

Hablamos de identidades trans al aludir a personas cuya manera de expresarse, ser y presentarse hacen que no se autoperciban, ni sean percibidos por otras personas, de acuerdo al sexo que se le asignó en el nacimiento. Estas personas pueden identificarse, o no, con los estándares socioculturales de género de “hombre” o “mujer” o salirse de esta concepción binaria (*gender non conforming o gender variant*). Por lo tanto, una persona trans es aquella persona cuya expresión o identidad de género difiere de las etiquetas sociales tal y como las hemos construido en nuestra sociedad actual, bajo los significantes de “mujer” y “hombre” (Platero, 2014).

No existe una forma única de identificarse como persona trans, no es una fórmula dentro del Sistema Normativo de Sexualidad (Granero-Andújar, 2019) sino que depende exclusivamente de cómo cada persona se autoperciba. Este camino hacia la formación de su propia identidad de género se denomina “transición”. Este concepto alude al proceso por el cual una persona abandona el sexo asignado en el nacimiento y decide cómo presentarse en términos de identidad de género. Es un proceso individual, único, con tiempos y necesidades dependientes de cada persona. Puede ser un tiempo de duración definida con unos procesos definidos, ser un viaje de un sexo a otro o puede significar no llegar a ningún destino dentro de los dos géneros establecidos. Aunque también, para algunas personas, puede llegar a ser un proceso con diferentes etapas no siempre inteligibles para el resto (Platero, 2014).

### **1.4.1. Una mirada al término identidades trans**

En este estudio haremos mención a las identidades trans o personas trans como término paraguas que engloba a todas las identidades y corporalidades de las personas transgénero, transexuales o no binarias, entre otras, con el fin de eliminar la patologización resultante de la literatura científica con esta división al crear categorizaciones estancas y cerradas

que hacen mención a solo una característica física o anatómica. Por este motivo, cabe realizar una explicación de los términos que se integran bajo este paraguas.

Por un lado, al hablar de transexualidad se hace referencia a las personas cuyo género autodeterminado es diferente al asignado y que, realiza o tiene intención de realizar una serie de procedimientos quirúrgicos y/o hormonales, cuya finalidad es lograr que sus características fisiológicas queden integradas en una de las dos categorizaciones binarias de género (Coll-Planas, 2009; Lamas, 2009).

Por otro lado, al hablar de transgenerismo se hace referencia a las personas cuyo género es diferente al asignado al nacer, pero no recurren a procedimientos quirúrgicos ni hormonales como proceso de transición (Lamas, 2009).

En este mismo término paraguas se incluye el travestismo, que hace referencia a las personas que puntualmente se visten con ropa y complementos característicos culturalmente con los del género opuesto al suyo. En este caso, en nuestro contexto, se considera que la persona travestida es de un género asignado al nacer con el que está de acuerdo (Coll-Planas, 2009; Lamas, 2009). Si bien, en otros contextos como el de América Latina se utiliza el término travesti como sinónimo de lo que en nuestro contexto se conoce como transexual (Coll-Planas, 2009). Incluso históricamente se ha utilizado previamente este término para referirse a personas trans, tanto en Norteamérica en la época de los disturbios del 28 de junio de 1969 en Stonewall donde las célebres Marsha P. Johnson y Sylvia Rivera crearon el S.T.A.R. (*Street Transvestite Action Revolutionaries*, en castellano Acción Travesti Callejera Revolucionaria), organización activista transgénero en que se daba acogida a personas autodenominadas travestis, *cross-dresser*, o *drag queens* que en sus propios relatos y al ir modificando el lenguaje a lo largo de los años acaban autodeterminándose como lo que actualmente conocemos como personas trans tal como se recoge en su libro (Johnson & Rivera, 2015).

Actualmente el *drag queen* o *drag king* se incluye bajo este término paraguas, tal como lo utiliza Butler (1999) es el ejemplo perfecto de lo que denominó performatividad al ser el mayor ejemplo de crítica al binarismo heterosexista. El término *drag queen* deriva de los actores de la época de Shakespeare que debían vestirse como mujeres para representar los papeles femeninos al no permitir que las mujeres participaran en las obras de teatro (*DReses As a Girl*, en castellano vestido como una chica), utilizándose posteriormente el acrónimo “DRAG”. Estos términos se utilizan para hacer alusión a aquellas personas que,

siendo cis o trans, independientemente de su identidad afectivo-sexual, interpretan un rol femenino (en el caso del *drag queen*) o masculino (en el caso del *drag king*) con fines artísticos o de autoexpresión (Taylor & Rupp, 2004). Cabe destacar, que en algunos estudios de corte cualitativo sobre el discurso de las personas que desarrollan este arte como el de Rogers (2018) exponen que suele ser utilizado por personas trans y no binarias al inicio de su transición siendo de ayuda en este proceso al ayudarles a entender y aceptar su identidad sentida y transicionar hacia la persona que quieren ser, o el de Sausa (2005) donde se utilizan estos términos por jóvenes trans al definir su identidad afectivo-sexual dentro del espectro de género apareciendo estos entre otros términos como “*femme queen, butch, butch queen, trans, freak, girl, boy, gender bender, androgino, trannyboy, MTF (Male To Female), genderqueer, FTM (Female To Male), y hombre con cualidades femeninas*”.

Igualmente, en nuestro propio país, no podemos olvidar que ha sido un término utilizado durante la época franquista y los primeros años de la transición tal como recogen Guasch y Mas (2014) con el que se hacía referencia indistintamente a personas homosexuales y personas trans, salvo cuando era denominado como travesti operado para hacer alusión a mujeres trans que habían realizado cirugía de modificación genital (Profundizaremos en la evolución histórica del término en el epígrafe 1.4.2.).

Tal como explicábamos en epígrafes anteriores, con este término se hace también alusión a personas de género no binario, haciendo a alusión aquellas cuyo género se encuentra dentro del espectro de género al que hacía referencia Malatino (2020). Dentro de esta categoría podemos encontrar:

**Intergénero/Genderqueer:** Personas cuya identidad de género no es de hombre ni mujer, sino que pueden verse como masculino y femenino, como ni masculino ni femenino o completamente aparte de estos dos géneros binarios.

**Bigénero:** Personas cuya identidad de género se encuentra dentro de las dos categorías binarias de hombre y mujer.

**Trigénero:** Persona cuya identidad de género se encuentra dentro de las dos categorías binarias de hombre y mujer, más un tercer género (ya sea agénero o una combinación de los tres) en función de las circunstancias del contexto en el que se encuentre.

Agénero: Personas que no se sienten identificadas con ninguno de los géneros existentes.

Pangénero: Persona con varias identidades de género, es decir, puede sentirse de cualquier género o de todos ellos simultáneamente.

Género fluido: Persona que transiciona entre dos o más géneros de forma permanente o esporádica.

Andrógino: Personas que combinan rasgos femeninos y masculinos.

Otras designaciones, ya que los términos van surgiendo según la propia autodeterminación de cada persona y evolucionando con el propio lenguaje utilizado dentro del colectivo LGBTI+, así como en función del contexto cultural en el que se encuentra cada uno, como por ejemplo el caso de los *two-spirits* definidos anteriormente.

Tal como recogen diferentes autores (Halberstam, 2018; Martínez, 2018; Platero, 2014; Suess, 2015) se ha optado por añadir un asterisco al término trans (trans\*) extendiéndose actualmente gracias a las redes sociales con la finalidad de unificar la diversidad en cuanto a identidades afectivo-sexuales existentes. Tal como indica Platero (2014) el uso del asterisco viene a significar que no somos todos iguales; pero a veces nuestras necesidades pueden coincidir o podemos ser aliados para conseguir algunos objetivos de consenso. Supone alejarse de la normalización que asimila a todas las personas con las mismas necesidades y narrativas, dejando claro que el uso de este término resulta más contemporáneo y acorde a la realidad actual de las identidades trans. Es por este motivo que a partir de ahora utilizaremos este término por encontrarlo más adecuado al discurso de este trabajo.

#### **1.4.2. Prevalencia**

Los estudios internacionales coinciden en la dificultad de conocer los datos de prevalencia sobre la composición de la población trans\* y en la necesidad de realizar estudios más precisos en cada uno de los países donde se llevan a cabo ya que, al no existir un acuerdo sobre la cantidad de población no se pueden conocer correctamente sus demandas, necesidades y carencias en cuanto a salud (Feldman et al., 2016; Paradiso y Lally, 2018; Reisner et al., 2016; Vanderleest & Galper, 2009).

Al igual que a nivel internacional, en nuestro país actualmente no hay ninguna estadística fiable que haga referencia a la prevalencia de las personas trans\*. Esto es debido a que es difícil cuantificar o identificar algo que difiere de la norma establecida. Estos datos no se recogen en las estadísticas oficiales por ser en muchas ocasiones un dato protegido y nos encontramos en una sociedad binaria donde todo lo que no sea catalogado como “hombre” o “mujer” no existe. Además, se suma la dificultad para identificar a este tipo de personas bajo una definición común, estadísticamente hablando, ya que los datos que arrojan los estudios difieren al considerar aspectos diferentes como pueden ser la realización de cirugía de modificación genital, diagnóstico médico de disforia de género, identidades no binarias, que no necesitan intervención médica, etc. pero siguen entrando en la categorización de identidades trans\*.

Podemos encontrar algunas predicciones basadas en los cálculos extrapolados teniendo en cuenta las personas que realizan una búsqueda de atención médica, como por ejemplo, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETS) estimaba que en España podría haber entre 387 y 2187 mujeres trans\* y entre 167 y 571 hombres trans, basándose en datos de solicitudes de atención en las Unidades de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) andaluzas por 437 pacientes (270 mujeres trans\* y 151 hombres trans\*) entre octubre de 1999 y octubre de 2004 (Esteva et al., 2006). Otro estudio realizado en la Comunidad de Madrid habla de 1171 pacientes atendidos entre 2007 y 2015, 803 mujeres trans\* y 368 hombres trans\* estimando una prevalencia de 2.5 por cada 100,000 habitantes (Becerra-Fernández et al., 2017). Los mismos autores de la AETS realizaron una recopilación de datos de usuarios de las UTIG a nivel nacional donde confirmaban la utilización de las mismas por 9000 personas trans\* desde su creación hasta junio de 2019 (Gómez-Gil et al., 2019).

Aun así, consideraremos los datos arrojados por diferentes estudios que marcan una prevalencia aproximada de una persona trans\* por cada mil habitantes, aunque es un dato que no puede ser corroborado, como mencionamos anteriormente, y se suele utilizar como un dato estimado aunque las cifras varían según el país de realización del estudio o el aspecto estudiado (Bingham, T., & Carlos-Henderson, 2012; Coleman et al., 2012; Dowshen et al., 2016; Gates, 2011; Horton, 2008; Olyslager & Conway, 2007; Reed et al., 2009; Veale, 2008).

### 1.4.3. Historia del término trans\*

Tal como nos indican Platero (2014) o Stryker (2008), entre otros autores, al hablar de identidades trans\* a lo largo de la historia, lo hacemos desde los acontecimientos ocurridos en occidente, teniendo en cuenta que la terminología que ha ido surgiendo a lo largo del tiempo ha estado influenciada por el contexto social e histórico y que existen diferentes construcciones coexistentes.

En este apartado intentaremos hacer un recorrido histórico sobre la evolución del término identidades trans\*, haciendo hincapié en los acontecimientos, definiciones, teorías e hitos históricos relacionados con el tema de estudio a lo largo de los últimos dos siglos. El hecho de comenzar este recorrido histórico desde los inicios del siglo XIX y no antes, se debe a que a partir de esos años las cuestiones relacionadas con la sexualidad y la identidad de género se van a convertir en objeto de estudio y debate por parte de la medicina, especialmente desde la psiquiatría, y otras ciencias (Vázquez & Cleminson, 2012) así como de las propias personas que, sintiendo angustia con el sistema de género establecido o en su propia lucha de autodefinición personal, han ido buscando palabras, etiquetas y categorías identitarias durante este periodo (Stryker, 2008).

Durante muchos de estos años, los términos utilizados para investigar sobre lo que hoy en día conocemos como homosexualidad han sido utilizados para estudiar realmente la transexualidad, tomándose como extremos de una misma realidad (Platero, 2014).

Comenzaremos remontándonos a 1864-1865 cuando el austriaco Karl Heinrich Ulrichs publicó anónimamente una serie de folletos recopilados bajo el título de *“Forschungen über das Räthsel der mann männlichen Liebe”* (en inglés, *Researches on the Riddle of “Man-Manly” Love*; en castellano, *Investigaciones sobre el misterio del amor entre varones*) en la que acuñó el término *“uranio”* o *“uranista”* para hacer alusión a lo que describió en latín como *“anima muliebris virili corpore inclusa”* (que significa “un alma femenina encerrada dentro de un cuerpo masculino”), haciendo alusión a lo que consideraba “tercer sexo” o “estadio sexual intermedio” y ya explicaba que si esta condición era heredada, no aprendida y minoritaria, no debía ser castigada (Sáez, 2004; Stryker, 2008).

En 1869, Karl Maria Kertbeny, médico húngaro nacido en Alemania, acuñó por primera vez el término “homosexual” en una carta a Ulrichs, haciendo referencia a la relación amorosa entre personas del mismo sexo. Consideraba que, al ser condiciones físicas e innatas en estas personas, eran dignas de estudio por parte de la investigación médica, pero que al encontrarnos con una base biológica que las leyes represivas hacia estas personas debían ser reformadas de acuerdo a la realidad que reflejaba la ciencia. Esto puede representarse como ejemplos de activismo social al poder utilizar sus teorías como argumentario para garantizar la participación social de estos sujetos y luchar contra leyes discriminatorias, sin embargo, estas mismas teorías se utilizaban como argumento para indicar que ser homosexual o trans\* es una condición degenerada que debe corregirse o eliminarse (Stryker, 2008).

En 1886 el médico vienés Richard Von Krafft-Ebing escribió el texto *Psychopathia Sexualis* en que realizaba una clasificación de los trastornos sexuales, clasificando la homosexualidad como un trastorno de género (la forma de ser hombre o mujer) y no como una orientación del deseo (con quién nos emparejamos o a quién deseamos). Afirmaba que un hombre que amaba a otro era “más como una mujer” y una mujer que amaba a otra era “más como un hombre”, lo que actualmente denominamos como trans\* él lo calificó como “metamorfosis sexual paranoica” (la creencia psicótica de que el cuerpo de uno se estaba transformando en el del otro sexo). Además, clasificaba la homosexualidad en dos tipos, congénita o adquirida, utilizando términos como “eviración” (un cambio profundo de carácter en el que los sentimientos e inclinaciones de un hombre se convierten en los de una mujer), “desfeminización” (un cambio profundo de carácter en el que los sentimientos e inclinaciones de una mujer se convierten en los de un hombre) o “viraginidad” para hablar de la masculinización de una mujer o el término “ginandria” para definir la transexualidad masculina (Platero, 2014; Sáez, 2004; Stryker, 2008; Stryker & Whittle, 2006).

En el año 1892, el psiquiatra Albert Moll, psiquiatra alemán, hizo referencia al concepto de “*conträre Geschlechtsempfindung*” (sentimiento sexual contrario), y en 1913, Max Marcuse, dermatólogo y sexólogo alemán, planteo el concepto de “*Geschlechtsumwandlungstreib*” (impulso por la transformación sexual), apareciendo también en ese mismo año el concepto “*Sexo-Aesthetic Inversion*” (querer verse como el sexo contrario) propuesto por el psicólogo británico Havelock Ellis, proponiendo posteriormente, en 1928, el término “*Eonismo*”, término acuñado así por Chevalier

d'Eonm (también conocido como Mademoiselle Beaumont), aristócrata y miembro de la corte de Luis XV y Luis XVI, que vivió alternativamente durante su vida como hombre y como mujer (Stryker, 2008; Stryker & Whittle, 2006).

Entre esta vorágine terminológica sobrevenida en el estudio de las identidades trans\*, surge el único término que ha sobrevivido en el tiempo y sigue siendo usado en la actualidad, se trata del término “travesti”, acuñado por el neurólogo alemán en el año 1910 en su obra *“Die Transvestiten”* (*Los travestidos*), que fue posteriormente ampliado en el año 1923 al publicar su libro *“Die intersexuelle Konstitution”* (La constitución intersexual). Hirschfeld fue el fundador del Comité Científico Humanitario en el año 1897 y fue un defensor de los derechos de los homosexuales en Alemania donde, basándose en las teorías previas de Ulrichs y Kertbeny, creó una campaña para la derogación del artículo 175 del Código Penal en Alemania. Explicó que existía lo que él denominó un “tercer sexo” o “estados sexuales intermedios”, como una mezcla innata de las características sexuales que podían explicarse como variaciones naturales de la sexualidad y no como una concepción patologizante (Sáez, 2004; Stryker, 2008; Stryker & Whittle, 2006; C. L. Taylor, 2003).

Hirschfeld fue un defensor pionero de las personas trans\*, en 1919, fundó el Instituto de Ciencias Sexuales en Berlín, donde trabajaban personas trans\* (aunque como parte del servicio), entre las que se encontraba Dora Richter, conocida como una de las primeras personas sobre las que hay documentada una cirugía de modificación genital en 1931. Aunque no fue la única que se realizó en esos años, encontrando también el caso de la conocida Lili Elbe, sometida a cinco operaciones en dos años, entre las que se encuentran los intentos por realizar la implantación de ovarios, siendo un fracaso y debiéndose extirpar posteriormente por las complicaciones, y la implantación de un útero, pensando en la posibilidad de una gestación posterior, siendo un fracaso igualmente que le provocó la muerte unos meses después tras una infección severa (Stryker, 2008; Stryker & Whittle, 2006).

En esta misma época encontramos el trabajo del endocrinólogo austriaco Eugene Steinach, que identificó por primera vez los efectos de las llamadas hormonas sexuales (testosterona y estrógenos) en la década de 1910. Fue director del Instituto Biológico de Viena de la Academia de las Ciencias y llevó a cabo experimentos relacionados con la castración y el trasplante de testículos (Sengoopta, 1998; Stryker, 2008).

Durante la década de los cuarenta encontramos a David Oliver Cauldwell, estudioso del campo de la sexología y defensor de la psicoterapia, concluyó que existía una predisposición genérica en la transexualidad, combinada además con una falta de madurez mental adquirida durante una infancia disfuncional, responsabilizando al entorno del sujeto. Cauldwell es conocido por introducir el término transexual, al explicar los grados de “*psychopathia transsexualis*” (transexualidad psicopática) que definía como el deseo patológico de pertenecer al sexo contrario (Ortega, 2014; Platero, 2014).

Pero fue Harry Benjamin, endocrinólogo alemán que vivió en Estados Unidos, quien se convirtió en la principal autoridad sobre identidades trans\* en la década de los cincuenta el que introdujo y difundió el término “transexualidad” o “transexualismo” en el ámbito de la medicina. Fue el autor de la obra publicada en 1966 titulada “*The Transsexual Phenomenon*” (El fenómeno transexual) (Benjamin, 1966), obra en la que se asientan las bases del tratamiento médico de estas personas. Este autor creó una escala de siete puntos denominada Escala de Orientación Sexual (*Sexual Orientation Scale - SOS*), similar a la escala Kinsey sobre orientación sexual (Kinsey et al., 1953; Kinsey et al., 1948) que tenía el mismo número de puntos para realizar una clasificación de las diversas formas de travestismo y transexualidad, pero esta escala se basaba en la idea del deseo de realizar cirugía de modificación genital, por lo que estaba más indicada en el caso de mujeres trans\* heterosexuales que en el resto de identidades trans\* (Hansbury, 2005; Stryker, 2008).

Al hablar de cirugía de modificación genital hablamos de lo que se ha conocido históricamente como “cirugía de reasignación de sexo”, pero utilizamos este término de manera consciente para referirnos a estos procedimientos ya que lo encontramos más acorde con todo lo expuesto en los epígrafes anteriores tras hablar sobre la nueva configuración del Sistema Normativo de Sexualidad y el cambio generacional en los términos relacionados con las identidades trans\*. Al hablar sobre estas cirugías cabe destacar los casos más mediáticos posteriores a las primeras cirugías realizadas en los años 20 en países como Alemania, Suiza, Austria, Suecia o Países Bajos (King, 1998), destacando dos de ellos principalmente.

En primer lugar, encontramos el caso de Christine Jorgensen, que se sometió a diferentes cirugías en Dinamarca y Estados Unidos entre 1951 y 1952, apareciendo en ese mismo año en primera plana de los periódicos estadounidenses y europeos siendo presentada como la primera persona sometida a una operación de modificación genital,

convirtiéndose posteriormente en una celebridad y contribuyendo a la visibilización de las identidades trans\*. En segundo lugar, encontramos el caso de Roberta Cowell, intervenida en Reino Unido por el cirujano Harold Gillies. En ambos casos habían recibido terapia hormonal además de las intervenciones quirúrgicas (Ortega, 2014; Platero, 2014; Stryker, 2008; Whitehead & Schechter, 2020). Aunque no fue tan mediático como estos casos, este mismo cirujano que realizó la intervención de Roberta Cowell, llevó a cabo la que se considera la primera cirugía de modificación genital en un hombre trans\* en el año 1946 tras la realización de una faloplastia a Michael Dillon, médico británico autor del libro *“Self: A study in Ethics and Endocrinology”* (Dillon, 1946), recogiendo en diferentes publicaciones hasta un total de 13 intervenciones diferentes durante el proceso, muchas de ellas relacionadas con complicaciones posteriores como estenosis uretral en la anastomosis del colgajo, isquemia e infección entre otras (Bamji & Taub, 2020; Whitehead & Schechter, 2020). Cabe destacar que estas cirugías se realizaban de manera puntual, bajo demanda de la persona intervenida y sin protocolos o criterios diagnósticos preestablecidos (Ortega et al., 2014).

En los años sesenta Robert Stoller, psiquiatra estadounidense, en su libro *“Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity”* (1968) desarrolló una teoría con gran influencia sobre el origen de lo que se denominaba transexualismo, que definía como *“la convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo”*, proponiendo que en el caso de hombre a mujer (HaM, FtM – Female to Male -, en inglés) se trataba de una patología del desarrollo psicosexual originada en la niñez y, en el caso de mujer a hombre (MaH, MtF - Male to female-, en inglés) se debía a que se venía de una familia donde los abuelos y abuelas no valoraban lo femenino y sus hijas deseaban ser hombre por una falta de atención o haberlos tratado previamente como varones para buscar la atención de su padre. Fue el creador de la institución llamada *Gender Identity Research Clinic* (Centro de la Identidad de Género) de la Universidad de California-Los Ángeles (UCLA) inaugurada en el 1962 y posteriormente trabajó con la Asociación Internacional para la Disforia de Género Harry Benjamin (HBIAGDA, del inglés *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*), denominada actualmente Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, del

inglés, *World Professional Association for Transgender Health*) (Ortega, 2014; Platero, 2014).

En los setenta, tras las teorías de Money (1955) acerca de los roles de género e intersexualidad y las teorías propuestas por Stoller (1968), van surgiendo las diferentes teorías sobre comportamiento, orientación y género desde diversos campos, apareciendo en 1973, de la mano de Norman Fisk (1973, 1974) la propuesta del “síndrome de disforia de género” como sustituto del término transexualismo. El uso de este término comenzó a utilizarse en esta época para diagnosticar al “transexual verdadero”, definido por Harry Benjamin, del resto de casos y dando un sentido más amplio del término y podían ser incluidos más pacientes en los tratamientos médicos, culminando con la realización de cirugía de modificación genital, otorgando el poder de la decisión al personal médico que ansiaba “la corrección del error de la naturaleza” (Ortega, 2014; Platero, 2014; Stryker, 2008).

De manera paralela a estos estudios y categorizaciones tuvieron lugares sucesos que marcaron la lucha por los derechos humanos del colectivo LGBTI+, como el fin de semana de revueltas entre la policía y clientes del bar “*Stonewall*” ocurrido la noche del 28 de junio de 1969, hecho que dio lugar a la construcción de la identidad LGBTI+ como fuerza política que continúa en funcionamiento actualmente. Con motivo de esta revuelta se celebra el Día del Orgullo LGBTI+ el 28 de junio de cada año (Johnson & Rivera, 2015; Sáez, 2004).

En 1975, la transexualidad se introdujo como clasificación diagnóstica en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) elaborado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1975). En su versión posterior (CIE-10), de 1990 (WHO, 1990), incluye el apartado “Trastornos de la personalidad y comportamiento adulto” donde se incluyen el “trastorno de identidad de género”, “trastorno de la preferencia sexual” o “trastornos psicológicos y del comportamiento asociados al desarrollo sexual y la orientación”, desapareciendo este mismo año la homosexualidad de esta lista. Apareciendo su última edición en el año 2018 (CIE-11) (WHO, 2018) donde la transexualidad sale del catálogo de patologías mentales para pasar a formar parte del listado de comportamientos sexuales (Ortega, 2014; Platero, 2014; Sues, 2015, 2020).

Este concepto acabó reflejándose también en 1980 en el Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (D.S.M., en inglés *Diagnostic and Statistical Manual*

*of Mental Disorders*) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (A.P.A., en inglés *American Psychiatric Association*) en el DSM-III (APA, 1980). revisándose posteriormente y en el DSM-IV, en 1994, se retira la transexualidad y aparece el “Trastorno de Identidad de Género” (TIG) (APA, 1994), pasando a reflejarse como “Disforia de Género” en el DSM-5 de 2013 (APA, 2013), que la sigue definiendo como “una marcada incongruencia entre la propia experiencia de género expresada y el género asignado” (Ortega, 2014; Platero, 2014; Stryker, 2008; Suess, 2015, 2020).

Tanto el CIE como el DSM han recibido críticas por parte de profesionales, personas trans\* y activistas durante las últimas décadas buscando la despatologización de las identidades trans\* eliminando la concepción de trastorno mental, buscando cambios en la atención sanitaria optando por un modelo de asesoramiento, en el que el paciente sea el que tome la decisión tras recibir toda la información necesaria (Platero, 2014; Suess, 2020). Reivindicando con esta despatologización el reconocimiento del género sin aprobación médica, el respeto al derecho de la infancia y la protección contra la violencia transfóbica (Stryker, 2008; Suess, 2015).

De forma paralela a estas publicaciones, desde la Asociación Internacional para la Disforia de Género Harry Benjamin (HBIQDA), actual WPATH se comenzaron a publicar desde 1979 una serie de recomendaciones clínicas para la atención en salud a personas trans\* denominados “*Standars of Care*” (SOC, en castellano Estándares de Cuidados), inicialmente para el ámbito norteamericano, pero que posteriormente se han utilizado a nivel internacional (Suess, 2020). Hasta la fecha se han publicado 7 ediciones del SOC, desde el SOC-1 hasta el SOC-4 se denominó “*Standars of Care, the hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoryc persons*” (HBIQDA, 1979, 1980, 1981, 1990), en la edición del SOC-5 y SOC-6 pasó a denominarse “*The Standards of Care for Gender Identity Disorders*” (HBIQDA, 1998, 2005) y en su última edición en 2012 apareció el SOC-7 “*Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender-Nonconforming People*” (WPATH, 2012) y recientemente se ha publicado la última versión del SOC-8 bajo el mismo nombre que la versión anterior (WPATH, 2022). En la misma web esta organización define su misión como la de promover la atención, la educación, la investigación, las políticas públicas y el respeto basados en la evidencia en la salud de las personas transgénero” y su visión como “visualizamos un mundo en el que personas de todas las identidades y expresiones de género tengan acceso a atención médica, servicios sociales, justicia e igualdad. Dentro de los miembros que

componen esta organización cada vez encontramos más personas trans\* por lo que el cambio en las recomendaciones es uno de los más afines a la realidad de las identidades trans\* actualmente en la lucha contra la despatologización, aunque también ha sido criticado en los últimos años desde el activismo por continuar recomendando la realización de un proceso de evaluación psiquiátrica (Suess, 2020).

Dentro de estos movimientos de crítica a estos catálogos encontramos la Campaña Internacional *Stop Trans Pathologization* 2012 (STP-2012), iniciada en 2009 (se incluye 2012 en su nombre por ser el año en que se preveía la publicación del DSM-5), que reúne a organizaciones por todo el mundo y realiza diferentes acciones y demandas que aparecen en su manifiesto inicial como 5 puntos clave: 1. La retirada del Trastorno de Identidad de Género de los manuales internacionales de diagnóstico (sus próximas versiones DSM-V y CIE-11); 2. La retirada de la mención de sexo de los documentos oficiales (por ser un mero control de género de un dato que no tiene ninguna validez identificatoria); 3. La abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersexo; 4. El libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías (sin la tutela psiquiátrica) y 5. La lucha contra la transfobia: el trabajo para la formación educativa y la inserción social y laboral de las personas trans\* (Araneta, 2012; Missé & Coll-Planas, 2010b; Stryker, 2008).

Aprovechamos para definir la transfobia, citada en el párrafo anterior, como *diferentes* formas de violencia, discriminación, odio, rechazo, agresividad y actitudes negativas sobre quienes transgreden o no encajan en las expectativas sociales de las normas de género (Platero, 2014). Esta discriminación y violencia tiene como finalidad la perpetuación de los valores de opresión social basados en el arraigamiento binario sexo/género, así como establecer lo que socialmente está o no permitido sin salir de la normalidad preestablecida socialmente (Moreno & Puche, 2013).

A nivel europeo encontramos la creación de la TGEU (*Transgender Europe*) en el año 2005 tras la celebración en Viena del Primer Consejo Europeo Transgénero. Actualmente cuenta con 170 organizaciones miembro de diferentes partes de Europa y Asia central, incluida desde 2018, cuya misión es fortalecer los derechos y el bienestar de las personas trans en Europa y Asia Central. Nos esforzamos por representar las diversas necesidades de nuestros miembros dentro de los mecanismos de derechos humanos, desarrollar la capacidad y las habilidades de nuestros miembros para satisfacer las necesidades de las comunidades locales y desarrollar programas interseccionales y descolonizados para

construir movimientos trans más resilientes y conectados, realizando diferentes acciones a nivel europeo a través de sus miembros en pro de la despatologización y la visibilización de las realidades trans\* (Dondoli, 2016; Husakouskaya, 2019). Entre los proyectos que llevan a cabo se encuentran los realizados durante el día 20 de noviembre en el Día de la Memoria Trans (*Trans Day of Remembrance*), celebrado desde el año 1999, en el que se recuerda a las personas trans\* que han sido asesinadas, realizan la publicación del “*Trans Murder Monitoring (TMM)*” del proyecto “*Transrespect versus Transphobia Worldwide (TvT)*” donde se pueden revisar los datos de los 3664 casos de asesinato ocurridos en 75 países entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de septiembre de 2020 (TGEU, 2021).

Tal como nos indica Suess (2020) durante la última década se puede observar la emergencia y difusión internacional en la perspectiva de despatologización trans que propone un cambio en las conceptualizaciones y las terminologías, modelos de atención en salud y procesos de reconocimiento legal de género, pero a la vez que se van dando avances hacia la despatologización, continúan existiendo situaciones de violación de derechos humanos, violencias y transfobia hacia las identidades trans\* a lo largo de todo el mundo.

Vemos como a lo largo de la historia, tal como nos dice Platero (2014) las personas trans\* han ido consiguiendo apropiarse estratégicamente de los nombres con las que antes se las señalaba, autonombrándose como persona transexual, transgénero, trans o trans\*, frente a los diagnósticos que las clasifican como personas con un trastorno, ya sea de la identidad de género o con disforia de género, y a cambio, implica un ejercicio de autonomía y agencia. De esta manera, al utilizar los términos lejos de la acción patologizante inicial, las identidades trans\* buscan un posicionamiento autorreclamado a todos los niveles.

#### **1.4.4. Historia de las identidades trans\* en España**

En nuestro país, si bien sí que existían algunos estudios relevantes en cuanto a sexualidad como la teoría de la intersexualidad de Marañón y sus estudios en el campo de la endocrinología tal como recogen Vázquez y Cleminson (2012), en estos estudios reforzaban la creencia del binarismo sexual, siendo incluso sus definiciones de la

intersexualidad o la homosexualidad, explicadas mediante la inclusión de características de uno de los dos sexos hegemónicos en el otro.

Y con la llegada del tiempo de posguerra y la represión, comenzaron a olvidarse ciertos temas tanto en el ámbito social como en el científico. De manera que el nuevo orden político afectó a los estudios sobre sexualidad, relegándolo a aspectos meramente reproductivos acorde a los mandatos eclesiásticos de la época, reafirmando la separación estricta de los sexos en los roles adecuados según estas directrices (Castejón, 2013; Vázquez & Cleminson, 2012).

Centrándonos en la época de la dictadura franquista (1939-1975) podemos ver que el programa político e ideológico se basaba en hacer elementos centrales de su discurso la dicotomía hombre/mujer y heterosexual/homosexual (Pérez, 2004), haciendo que durante ese periodo la medicina, psiquiatría y religión marcaran los parámetros por los que se definían los patrones de lo que se podía considerar “normal” persiguiendo a todo sujeto que saliera de esa norma (Platero, 2014). Tal como quedaba plasmado a nivel jurídico con la modificación de *la Ley de prevención y de medidas de seguridad contra vagos y maleantes* aprobada por Niceto Alcalá Zamora en 1933, modificada en varias ocasiones durante los años cuarenta para reprimir a los “desviados sexuales, homosexuales, rufianes y proxenetas” tratándolos como delincuentes. Llegando a incluir en la Ley en el año 1954 que serán “*Internado en un establecimiento de trabajo o Colonia Agrícola. Los homosexuales sometidos a esta medida de seguridad deberán ser internados en instituciones especiales y, en todo caso, con absoluta separación de los demás*” (BOE, 1954).

Esta “Ley de vagos y maleantes” sería sustituida en 1970 por la *Ley sobre peligrosidad y rehabilitación social* (BOE, 1970) donde se realizaba una modificación de la condena a “homosexuales” por “los que realicen actos de homosexualidad”, despojando a estos de la posibilidad de concebir la homosexualidad como una “identidad”. Y además se añade la categoría de los “peligrosos sociales” siendo utilizado para hacer referencia a los travestis, pero sin ser nombrados en el texto legal (Gabaldón, 2020; Platero, 2014).

Desde el año 1970 al 1982 comienza lo que Guasch y Mas (2014) han denominado el “periodo pregay”, que abarca los últimos años del franquismo y la transición democrática. Siendo este un periodo de represión legal, homofobia y transfobia, tras la promulgación de la *Ley de Peligrosidad Social* en 1970. No siendo hasta 1975 tras el fallecimiento del

caudillo, cuando nuestro país comience a vislumbrarse un cambio político, institucional, económico y cultural con la apertura a Europa.

En esta época, la realidad trans\* en nuestro país es “travesti”, utilizándose este término para designar al conjunto de mujeres trans\* y el de “travesti operado” para aquellas mujeres trans\* que habían realizado cirugía de modificación genital. Siendo definidos en esta época como una forma extrema de homosexualidad, al no tener concepción de la existencia de lo que hoy se conoce como trans\*. Será durante los años setenta cuando se produzca la entrada en el mundo del espectáculo y cabarets coincidiendo con la época del destape. Siendo especialmente visibles, las llamadas travestis en esta época, unidas en una asociación denominada La Pluma, durante la primera marcha del Día Mundial del Orgullo Gay celebrada en nuestro país, que recorrió las Ramblas de Barcelona en el año 1977 y donde se solicitaba la derogación de dicha ley, y que fue una manifestación marcada por varios sucesos, por un lado fue brutalmente reprimida por las autoridades ocasionando heridos y detenciones y, por otro lado, surgió un desprecio hacia este colectivo por parte de los grupos de gays y lesbianas convocantes (Galván, 2017).

En el año 1978 se suprimirían los artículos referidos a todos los que se consideraban un peligro social tras una reforma de la *Ley de peligrosidad y rehabilitación social* (BOE, 1979). Y no será hasta 1981 cuando se despenalice la cirugía de modificación genital, teniendo que viajar al extranjero, quién las deseaba, sobre todo a Casablanca (Marruecos) o teniendo que ser realizados estos procedimientos quirúrgicos en la más absoluta clandestinidad, con resultados indeseables en muchos casos. O bien optar por recurrir al uso de cirugías de feminización mediante inyecciones de silicona líquida. En esta época los tratamientos hormonales tenían escaso o nulo control sanitario y, quien seguía un tratamiento de este tipo, habitualmente se automedicaba (Gabaldón, 2020; Guasch & Mas, 2014; Platero, 2009).

Tras esta época comienza el denominado “periodo gay” (Guasch & Mas, 2014) abarcando desde el año 1983 con las reformas legislativas de esta época democrática hasta el año 2005, con la legalización del matrimonio igualitario. Tras la victoria en las elecciones del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) en el año 1982 y entrada en la Unión Europea en el año 1986 se introduce un modelo gay de organización social derivado del modelo anglosajón, haciendo repensar las identidades homosexuales fuera de los estereotipos homófobos de la época. Adquiriendo respetabilidad social, pero considerando la visibilidad de las identidades trans\* como negativo para la consecución

de la aprobación social, por lo que se fomentó la estigmatización de estas, considerándolas formas extremas de homosexualidad ya que desde el contexto de masculinización gay se buscaba el alejamiento de cualquier forma de afeminamiento, buscando alejarse del concepto social del homosexual afeminado y proyectando un modelo homosexual masculino mejor visto socialmente (Guasch, 1987). Durante este periodo se alcanzará una mayor visibilización del homosexual al aumentar el número de organizaciones políticas al dejar de estar ilegalizadas en nuestro país como en la etapa anterior (Calvo, 2002).

Tal como recoge López (2015) se cae en lo que se ha denominado homonormatividad, pretendiendo que el homosexual en las sociedades occidentales se integre mediante un proceso de “normalización”, asimilando roles “adecuados” dentro de la sociedad heteronormativa. Esta homonormatividad a la que se referían Moreno y Pichardo (2006) como el constructo cultural que convierte a la homosexualidad en un espacio normativizado de disidencia sexual; que asume al género como elemento generador de relaciones, prácticas e identidades sexuales y complementa la heteronormatividad a pesar de ponerla en cuestión. La homonormatividad facilita además la subordinación de la identidad homosexual a la heterosexual, a través de la recreación hiperbólica que desde la hegemonía heterosexual se realiza sobre la identidad homosexual.

Esta falta de visibilización de las identidades trans\* para dar visibilidad al colectivo gay cuadra con lo expuesto por Rubin (1989) al hablar de la jerarquía sexual y de género en su artículo donde explica que en sociedades occidentales existe un orden de aceptación en primer lugar hacia los gays, posteriormente a las lesbianas y, más adelante, de las personas trans\*, haciendo que sus necesidades y derechos sean reconocidos más tardíamente que los del resto. Es por eso que en este periodo se intenta dar una imagen de la homosexualidad masculina “respetable”, llegando a aparecer incluso revistas de tirada nacional como la revista gay *Zero*, mientras que en televisión transexuales y travestis, como Carmen de Mairena o Cristina la “Veneno”, eran utilizadas como personajes extravagantes y excéntricos para aumentar las audiencias pero sin ningún afán de normalización de las identidades trans\* por parte de estos medios, apareciendo incluso en ellos el término transfóbico “travelo” o “travolo” (mezcla de travesti y Manolo) en un intento de conversión en seres grotescos (Guasch & Mas, 2014).

Pese a que en Europa y Norteamérica, como hemos visto en el epígrafe anterior, ya se hacía referencia desde los años sesenta a la categoría de transexual y se iniciaban las primeras investigaciones y se realizaban las primeras intervenciones de modificación

genital, en nuestro país no se haría uso de dicha terminología hasta veinte años después, siendo un momento de inflexión la despenalización de la cirugía de modificación genital como hemos visto anteriormente, por tanto va a ser desde el ámbito de la medicina, en primer lugar, desde el que se irán iniciando las definiciones y teorías sobre las identidades trans\* (Guasch & Mas, 2014; Miseé, 2013). Este modelo de atención a las identidades trans\* será importado, al igual que en el resto de Europa, desde los Estados Unidos, tal como comenta Missé (2013) a lo largo de los años setenta y ochenta, muchos países europeos importan el modelo norteamericano, y se desarrollan y perfeccionan unidades en los departamentos de psiquiatría de los hospitales, especializados en el diagnóstico de la transexualidad, inaugurándose en el año 1999 en España la primera UTIG (Unidad de Trastornos de la Identidad de Género) en el Hospital Carlos Haya de Málaga.

Es en esta época de cambios desde la medicina en la que se redefine el travesti para pasar a ser transexual, permitiendo una representación normalizada en el sistema clasificatorio del género, aunque como hemos visto anteriormente tras los parámetros establecidos en las clasificaciones de los manuales médicos bajo los denominados “trastornos sexuales y de la identidad del género” (Guasch & Mas, 2014; Miseé, 2013). De esta manera pasa a utilizarse el término transexual para referirse a quién usaba hormonas y cirugía para realizar su transición y, además, podía hacer uso de la cirugía de modificación genital si lo deseaba, mientras se utilizaba el término travesti para referirse a quién se vestía de manera femenina sin realizar modificaciones en su cuerpo (Guasch & Mas, 2014).

Por último, encontramos el periodo posgay, en el que aparece el término transgénero para referirse a las identidades trans\* de una manera más amplia que los términos anteriores de travestismo y transexualidad. Con este término se hace alusión a aquellas personas que no se identifican con su género asignado según su corporalidad, pero no desean someterse a ningún proceso para buscar una apariencia concordante con los estereotipos binarios de género (Granero-Andújar, 2019; Guasch & Mas, 2014).

Este periodo está caracterizado por la aparición de políticas sociales relacionadas con la diversidad sexual en nuestro país pasando de un periodo de reconocimiento a un periodo regulador legislativo. Uno de los hitos de esta época se produjo con la entrada en vigor en 2007 de la *Ley reguladora de la rectificación de registral de la mención relativa al sexo de las personas* (BOE, 2007) en la que se permite la solicitud del cambio de nombre y sexo en los documentos oficiales sin necesidad de someterse a cirugía de

modificación genital, aunque la ley establece la necesidad del diagnóstico de “disforia de género” para la realización de estos trámites. Esta visión patologizante por parte de la medicina va a ser una de las mayores reivindicaciones por parte del activismo trans\* al considerar que desde el ámbito médico se les ve como pacientes antes que como ciudadanos (Guasch & Mas, 2014; Miseé, 2013; Platero, 2014).

Este último periodo, que continúa hasta la actualidad cada vez con más fuerza, está definido por los movimientos sociales a favor de la despatologización de las identidades trans\*, como hemos visto en el epígrafe anterior con campañas como STP-2012 o las llevadas a cabo por la TGEU (Platero, 2014; Stryker, 2008). Pero lejos de conseguir la despatologización se continúa con el modelo médico realizándose diagnósticos a edades cada vez más tempranas, hecho que según Guasch y Mas (2014) consideran ventajoso por tres motivos, el primero porque supone una tranquilidad para los progenitores al conseguir una respuesta sobre la identidad sexual y de género de su hijo o hija, el segundo porque la infancia y adolescencia puede ser vivida con normalidad a diferencia de otras personas trans\* adultas que la recuerdan como una época de sufrimiento y, el tercero porque si el tratamiento es precoz, desde el punto de vista médico y endocrino, los resultados corporales son más exitosos.

Queda claro que, en nuestro país, la realidad de las identidades trans\* ha sido cambiante, pero su lucha y reivindicaciones deben ser escuchadas desde todos los ámbitos para reconocer que debemos embarcarnos juntos en un proceso de cambio más que necesario hacia la visibilización real y la despatologización.

#### **1.4.5. Legislación de las identidades trans\***

En palabras de Platero (2014) podemos decir que teniendo en cuenta el trasfondo histórico del Estado español y la situación actual a la que se enfrentan las personas trans\* y sus familias, está claro que es un área que aún no ha recibido la suficiente atención, ni por los poderes públicos, los profesionales o los movimientos sociales. Es previsible que la labor incansable de las personas trans\* y sus familias genere una visibilidad pública y una mayor concienciación, que a su vez se produzcan cambios sociales relevantes y más desarrollos legislativos.

Uno de los aspectos en los que es más palpable el cambio hacia la integración de las identidades trans\* es en el desarrollo de legislación y normativas desde todos los ámbitos, es por esto que en este apartado vamos a intentar hacer una compilación de las más relevantes actualmente.

#### **1.4.5.1.Legislación Internacional**

- **Principios de Yogyakarta: Principios Sobre La Aplicación de La Legislación Internacional de Derechos Humanos En Relación Con La Orientación Sexual y La Identidad de Género (IJC, 2007):** Fue presentado el 26 de marzo de 2007 ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en Ginebra tras ser elaborados por los miembros de la Comisión Internacional de Juristas del Servicio Internacional para los Derechos Humanos tras una serie de reuniones durante el mes de noviembre del año anterior en Yogyakarta (Indonesia). Este documento consta de 29 principios, un preámbulo y unas recomendaciones adicionales donde se pretende establecer unos principios que pudieran ser de aplicación bajo la legislación internacional con el fin de dar protección a los derechos humanos de las personas LGBTI+. Tal como se indica en el propio texto los Principios de Yogyakarta afirman las normas legales internacionales vinculantes que todos los Estados deben cumplir. Prometen un futuro diferente en el que todas las personas, habiendo nacido libres e iguales en dignidad y derechos, puedan realizar esos valiosos derechos que les corresponden por su nacimiento.

- **Principios de Yogyakarta plus 10 (YP + 10): Principios adicionales y obligaciones estatales sobre la aplicación del derecho internacional de los derechos humanos en relación con la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género y las características sexuales para complementar los Principios de Yogyakarta (IJC, 2017):** Publicado en noviembre de 2017 se publica una complementación de 9 artículos nuevos a los ya existentes en la primera publicación además de una serie de obligaciones a los Estados referentes a varios de los principios publicados anteriormente.

- **Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948):** Documento histórico en cuanto a los derechos humanos que fue proclamado por la Asamblea de las

Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, estableciendo los derechos fundamentales que deben protegerse en todo el mundo en sus 30 artículos.

- **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** (2000): Documento proclamado por el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea y la Comisión Europea el 7 de diciembre de 2000 en Niza, realizándose posteriores modificaciones hasta integrarse con el Tratado de Lisboa en diciembre en 2009.

- **Directiva 2000/78/CE del Consejo, 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación** (2000): Directiva que establece un marco legal para luchar contra la discriminación por diferentes motivos en el ámbito del empleo y la ocupación.

- **Informe sobre la hoja de ruta de la UE contra la homofobia y la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género** (UE, 2014) y su posterior **Resolución del Parlamento Europeo de 4 febrero de 2014** (Parlamento Europeo, 2014) donde se marca una hoja de ruta común de protección a los derechos LGBTI+.

- **Resolución sobre la discriminación de los transexuales** (DOCE, 1989): Este texto, no vinculante, reconocía por primera vez la discriminación hacia las personas trans\* y recomendaba el establecimiento de medidas para garantizar el acceso a la asistencia sanitaria pública en el proceso de reasignación de sexo y para luchar contra la transfobia.

#### **1.4.5.2.Legislación Española**

- **Constitución Española** (1978): Ley fundamental del ordenamiento jurídico a la que están sujetos todos los poderes públicos y ciudadanos del país, de la que queremos destacar los artículos 10, 14, 15 y 18.

*Artículo 10.1: La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.*

*Artículo 10.2: Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración*

*Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.*

*Artículo 14: Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.*

*Artículo 15: Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.*

*Artículo 18.1: Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.*

- **Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas** (BOE, 2007):

Tal como indica su texto la presente Ley tiene por objeto regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género. Contempla también el cambio del nombre propio para que no resulte discordante con el sexo reclamado.

Por último, se reforma mediante esta Ley el artículo 54 de la Ley del Registro Civil de 8 de junio de 1957. Para garantizar el derecho de las personas a la libre elección del nombre propio, se deroga la prohibición de inscribir como nombre propio los diminutivos o variantes familiares y coloquiales que no hayan alcanzado sustantividad.

*Como podemos ver en su Artículo 4. Requisitos para acordar la rectificación.*

*1. La rectificación registral de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite:*

*a) Que le ha sido diagnosticada disforia de género.*

*La acreditación del cumplimiento de este requisito se realizará mediante informe de médico o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España, y que deberá hacer referencia:*

*1. A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia.*

*2. A la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.*

*b) Que ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado. La acreditación del cumplimiento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo cuya dirección se haya realizado el tratamiento o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado.*

*2. No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual. Los tratamientos médicos a los que se refiere la letra b) del apartado anterior 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.*

Más conocida como “Ley de Identidad de Género”. Esta Ley vino a dar respuesta a las demandas surgidas desde el activismo, pero continuaba teniendo una serie de requisitos para que las personas trans\* pudieran utilizar su nombre y sexo elegido en los documentos oficiales, por lo que posteriormente plantearían críticas hacía esta misma norma por su patologización de las personas trans\* (Miséé, 2013; Missé & Coll-Planas, 2010; Platero, 2009; 2014).

Esta Ley tiene limitaciones al obviar las diferencias interseccionales al no tener en cuenta cuestiones como la clase social, nacionalidad, edad o género. Además, se señala en la Ley el carácter de irreversibilidad del cambio en el registro al afirmar que los nombres han de ser inequívocos y claros con respecto al género, hecho que está regulado por la Ley 20/2011 de Registro Civil (BOE, 2011) modificada recientemente por la Ley 6/2021, de 28 de abril, por la que se modifica la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil (BOE, 2021) que continúa indicando la necesidad de cumplimiento del artículo 4 citado siendo preciso cumplir los preceptos del artículo 4 de la Ley de Género citados anteriormente, que aunque no obliga al proceso quirúrgico sí que continúa obligando al

tratamiento durante dos años antes de poder realizar el procedimiento de cambio registral (Platero, 2007a, 2007b, 2009, 2011, 2014, 2020).

Ante las demandas del activismo, desde el ámbito político se han producido movimientos desde el ámbito político a favor de las demandas de las personas trans\* mediante varias proposiciones para reformar estos preceptos de la Ley 3/2007. Si bien estas no han prosperado posteriormente suponen un acercamiento político y una declaración de intenciones en la lucha para la consecución de derechos y despatologización de las identidades trans\*. Podemos encontrar tres proposiciones de Ley presentadas ante el Congreso de los Diputados:

- Proposición de Ley para la reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para permitir la rectificación registral de la mención relativa al sexo y nombre de los menores transexuales y/o trans, para modificar exigencias establecidas en el artículo 4 respecto al registro del cambio de sexo, y para posibilitar medidas para mejorar la integración de las personas extranjeras residentes en España (BOCG, 2017) presentado en el año 2017 por el Grupo Parlamentario Socialista con el fin de *“modificar las exigencias establecidas en el artículo 4 —suprimiendo la obligación de aportar o acreditar cualquier tipo de documentación médica, ni haberse sometido a cirugías genitales ni de ningún otro tipo o terapias hormonales—, y para posibilitar el cambio de sexo y nombre en la tarjeta de residencia, permiso de trabajo que les haya sido expedido a las personas extranjeras cuando se cumplan determinados requisitos, así como el reconocimiento del cambio de sexo registral de las personas intersexuales”*.
- Proposición de Ley sobre la protección jurídica de las personas trans y el derecho a la libre determinación de la identidad sexual y expresión de género. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos- En Comú Podem-En Marea en el año 2018 (BOCG, 2018), donde también se plantea una modificación del procedimiento registral al disponer el texto *“en las dos primeras disposiciones finales se reforma la legislación registral para adaptarla a esta Ley, modificando al efecto el artículo 54 de la Ley del Registro Civil para suprimir la prohibición de nombres que induzcan a error en cuanto al sexo, incorporando el principio de libre elección del nombre propio, tal y como aparece regulado en la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil”*.

- Proposición de Ley Orgánica contra la discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género y características sexuales, y de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos en el año 2020 (BOCG, 2020) solicitando también una modificación de la Ley 3/2007 tal como recoge el texto en sus *“disposiciones finales segunda, tercera y cuarta, como manifestación de las obligaciones establecidas por esta Ley, operan las modificaciones necesarias para hacer efectivo el derecho a la rectificación registral del sexo de personas transexuales, transgénero e intersexuales. En tal sentido, al objeto de superar las carencias detectadas en la aplicación de la citada Ley 3/2007, de 15 de marzo, se reconoce el derecho a la rectificación registral del sexo de las personas menores de edad, y se eliminan los requisitos de acreditación médicos y psicológicos en coherencia con la despatologización de la realidad transexual, transgénero e intersexual que se establece en esta Ley, siguiendo a su vez las recomendaciones que tal sentido han sido dirigidas a nuestro país por el Consejo de Europa”*.

- **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil** (BOE, 1996) modificada por la **Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, en vigor desde el 12/08/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia** (BOE, 2015) y modificada nuevamente por la **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia** (BOE, 2015) y la **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia** (BOE, 2021):

Estas leyes son aplicables a todos los menores de edad que se encuentre en el territorio español, salvo que en virtud de la ley que sea aplicable hayan alcanzado anteriormente la mayoría de edad, según el artículo 1 de la Ley 1/1996 y el artículo 2 de la Ley 8/2021. Estas leyes son importantes en la lucha de los derechos de las infancias trans\* por varios motivos, entre ellos encontramos que considera a los menores como sujetos de derecho, así como la autonomía de actuación propia y que en su aplicación prevalece el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir según recoge el artículo 2 de la Ley 1/1996. En las modificaciones de dicha ley se han introducido referencias a la orientación sexual e identidad de género de los menores y se

ha establecido en el artículo 2.2.d). *“la preservación de la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación e identidad sexual o idioma del menor, así como la no discriminación del mismo por éstas o cualesquiera otras condiciones, incluida la discapacidad, garantizando el desarrollo armónico de su personalidad”*, estableciéndose en el artículo 9. Derecho a ser oído y escuchado en su punto 1. Que *“el menor tiene derecho a ser oído y escuchado sin discriminación alguna por edad, discapacidad o cualquier otra circunstancia, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo, judicial o de mediación en que esté afectado y que conduzca a una decisión que incida en su esfera personal, familiar o social, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez. Para ello, el menor deberá recibir la información que le permita el ejercicio de este derecho en un lenguaje comprensible, en formatos accesibles y adaptados a sus circunstancias”* y en su punto 2. que *“se garantizará que el menor, cuando tenga suficiente madurez, pueda ejercitar este derecho por sí mismo o a través de la persona que designe para que le represente. La madurez habrá de valorarse por personal especializado, teniendo en cuenta tanto el desarrollo evolutivo del menor como su capacidad para comprender y evaluar el asunto concreto a tratar en cada caso. Se considera, en todo caso, que tiene suficiente madurez cuando tenga doce años cumplidos”*, recogiendo además en el 11. Principios rectores de la acción administrativa en el punto 2.1). *“El libre desarrollo de su personalidad conforme a su orientación e identidad sexual”*.

Tal como nos indica Alventosa (2016) estas modificaciones a nivel legislativo parecen ser consecuencia de las regulaciones a nivel autonómico sobre la identidad de género donde se tienen en cuenta las realidades de las infancias trans\* y se han reconocido algunos de sus derechos. Si bien estas legislaciones no hacen referencia explícita a los menores trans\*, sí que han sido de aplicación en la defensa de sus derechos. Encontrando, por ejemplo, uno de los casos más utilizados en la defensa de estos derechos en la **Sentencia 99/2019, de 18 de julio de 2019. Cuestión de inconstitucionalidad 1595-2016. Planteada por la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo respecto al artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Derechos a la integridad física y moral, a la intimidad y a la protección de la salud, en relación con la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad: inconstitucionalidad del precepto legal en la medida en que prohíbe cambiar la mención registral del sexo y nombre a los**

**menores de edad con suficiente madurez y que se encuentren en una situación estable de transexualidad** (BOE, 2019) en el que en su fallo se recoge que se decide “*Estimar la cuestión de inconstitucionalidad planteada en relación con el art. 1.1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, y, en consecuencia, declararlo inconstitucional, pero únicamente en la medida que incluye en el ámbito subjetivo de la prohibición a los menores de edad con «suficiente madurez» y que se encuentren en una «situación estable de transexualidad»*”. Tal como recogen en su artículo Ravetllat, Viva y Cabedo (2020) en esta resolución se sigue haciendo alusión a la “situación estable de transexualidad” abocándonos a la necesidad del diagnóstico de disforia de género, por lo que es necesario un cambio de paradigma en el que realmente se escuche el relato de las personas trans\* capaces de tener decisión propia y ser autónomas respecto a su cuerpo.

- **Instrucción de 23 de octubre de 2018, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales** (BOE, 2018): En esta instrucción *se establen directrices para orientar la actuación de los encargados del Registro Civil, ante las solicitudes de cambio de nombre para la imposición de uno correspondiente al sexo diferente al que resulta de la inscripción de nacimiento:*

*Primero. En el supuesto de que un mayor de edad o un menor emancipado solicitara el cambio de nombre, para la asignación de uno correspondiente al sexo diferente del resultante de la inscripción de nacimiento, tal solicitud será atendida, con tal de que ante el encargado del Registro Civil, o bien en documento público, el solicitante declare que se siente del sexo correspondiente al nombre solicitado, y que no le es posible obtener el cambio de la inscripción de su sexo en el Registro Civil, por no cumplir los requisitos del art. 4 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.*

*Segundo. Los padres de los menores de edad, actuando conjuntamente, o quienes ejerzan la tutela sobre los mismos, podrán solicitar la inscripción del cambio de nombre, que será atendida en el Registro Civil, con tal de que ante el encargado del Registro Civil, o bien en documento público, los representantes del menor actuando conjuntamente declaren que el mismo siente como propio el sexo correspondiente al nombre solicitado de forma clara e incontestable. La solicitud será también firmada por el menor, si tuviera más de doce años. Si el menor tuviera una edad inferior,*

*deberá en todo caso ser oído por el encargado del Registro Civil, mediante una comunicación comprensible para el mismo y adaptada a su edad y grado de madurez.*

Con esta normativa se pretende acabar con la inseguridad jurídica y actuar por el interés superior del menor respetando su dignidad y desarrollo de su personalidad libremente. Es un paso a favor de los derechos de las personas trans\* permitiendo el cambio de nombre registral mediante la voluntad expresa de la persona solicitante, pero sigue siendo necesario la posibilidad de modificación del sexo registral sin cumplir los preceptos del artículo 4 de la Ley 3/2007 en cuanto al tiempo de tratamiento y el diagnóstico de disforia de género.

- **Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI** (Ministerio de Igualdad, 2021): Conocida como la “Ley Trans”, este Anteproyecto de Ley fue aprobado por el Consejo de Ministros el 29 de junio de 2021 y pretende ser una de las leyes más progresistas en cuanto a derechos de las personas trans\* y LGBTI+ en Europa una vez entre en vigor tras pasar los trámites pertinentes que tiene como objetivo *“desarrollar y garantizar los derechos de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGTBI) erradicando las situaciones de discriminación, para asegurar que en el Estado español se pueda vivir la diversidad afectiva, sexual y familiar con plena libertad”*. Entre los puntos que se recogen a lo largo de su Título preliminar y sus cuatro Títulos, encontramos diferentes normativas relativas a la prohibición de terapias de conversión, técnicas de reproducción asistida, filiación de los bebés nacidos de mujeres no casadas, la diversidad LGBTI+ en el ámbito educativo o promoción del empleo entre otros. Siendo uno de los puntos más relevantes junto a estos es la posibilidad de rectificación de la mención registral de sexo para mayores de 16 años sin más motivación que el deseo expreso. Y se establece además un periodo de reflexión de seis meses en el que puede cancelarse o ratificarse la modificación registral. Suponiendo esta ley una respuesta en el mismo camino de las demandas del activismo trans. Este proyecto de Ley ha sido aprobado ya por el Congreso de los Diputados el pasado mes de diciembre de 2022 y por el Senado en el mes de febrero de 2023, y actualmente se encuentra pendiente de publicación en el Boletín Oficial del Estado la ya **Ley para la Igualdad Real y Efectiva de las Personas Trans y para la Garantía de los Derechos de las Personas LGTBI**.

### 1.4.5.3.Legislación Andaluza

Aunque podemos encontrar legislación y normativas en las diferentes comunidades autónomas en este trabajo nos vamos a centrar en las propias de la Comunidad Autónoma de Andalucía por ser las que nos son de aplicación de cara al planteamiento de investigación que realizamos.

- **Estatuto de Autonomía de Andalucía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía)** (BOE, 2007): Del que queremos destacar los artículos 14 y 35.

*Artículo 14. Prohibición de discriminación: Se prohíbe toda discriminación en el ejercicio de los derechos, el cumplimiento de los deberes y la prestación de los servicios contemplados en este Título, particularmente la ejercida por razón de sexo, orígenes étnicos o sociales, lengua, cultura, religión, ideología, características genéticas, nacimiento, patrimonio, discapacidad, edad, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. La prohibición de discriminación no impedirá acciones positivas en beneficio de sectores, grupos o personas desfavorecidas.*

*Artículo 35. Orientación sexual: Toda persona tiene derecho a que se respete su orientación sexual y su identidad de género. Los poderes públicos promoverán políticas para garantizar el ejercicio de este derecho.*

- **Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía** (BOE, 2014): Del que queremos destacar los artículos 2, 3, 6, 9, 10 y 11.

*Artículo 2. Derecho a la autodeterminación de género. Toda persona tiene derecho:*

*1. A recibir una atención integral y adecuada a sus necesidades sociales, sanitarias, jurídicas, laborales y educativas, entre otras, en igualdad efectiva de condiciones y sin discriminación con el resto de la ciudadanía, en relación con lo previsto en los artículos 35 y 37.1.2.º del Estatuto de Autonomía para Andalucía y el artículo 43.2 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.*

2. *Al reconocimiento de su identidad de género, libremente determinada.*
3. *Al libre desarrollo de su personalidad conforme a su identidad de género, libremente determinada.*
4. *A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad en el ámbito de la Administración de la Junta de Andalucía.*
5. *Al ejercicio de su libertad, conforme a su identidad de género, en los diferentes ámbitos de la vida social y, en particular, en el acceso y atención en los distintos servicios públicos que se prestan por la Administración de la Junta de Andalucía.*

*Artículo 3. Identidad de género. A los efectos de la presente Ley, se entiende por identidad de género la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente, que puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, y que incluye la vivencia personal del cuerpo. Puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido.*

*Artículo 6. Principio de no discriminación por motivos de identidad de género.*

1. *Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, con independencia de su identidad de género.*
2. *Ninguna persona podrá ser objeto de discriminación, acoso, penalización o denegación de servicio por motivo de su identidad de género.*

*Artículo 9. Documentación administrativa. Punto 2 b) Los trámites para la expedición de la documentación administrativa prevista en la presente Ley serán gratuitos, no requerirán de intermediación alguna, y en ningún caso implicarán la obligación de aportar o acreditar cualquier tipo de documentación médica. Y Punto 2 c) Se garantizará que las personas sean tratadas de acuerdo con su identidad de género libremente determinada y se respetará la dignidad y privacidad de la persona concernida.*

*Artículo 10. Asistencia sanitaria a través del Servicio Andaluz de Salud.*

1. *Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin que pueda haber discriminación ni segregación por motivos de identidad de género.*
2. *El Sistema Sanitario Público de Andalucía garantizará el acceso a la cartera de servicios existentes a todas las personas incluidas en el ámbito de aplicación de esta Ley, conforme a su identidad de género. Asimismo, recibirán la atención*

*adecuada a su identidad de género y cuando existan diferentes dependencias por razón de sexo ocuparán aquella que se corresponda con lo solicitado.*

*3. La Consejería competente en materia de salud establecerá un procedimiento asistencial de atención a las personas transexuales que contendrá los criterios, objetivos y estándares de atención recogidos en las recomendaciones internacionales en la materia, que en todo caso han de ser compatibles con los principios inspiradores de esta Ley. Dicho procedimiento se elaborará en colaboración con personas transexuales y entidades que las representan.*

*4. El Servicio Andaluz de Salud facilitará el acceso a la cartera de servicios existentes conforme al proceso asistencial establecido, dentro de sus competencias, procurando la máxima proximidad entre las personas usuarias y los centros sanitarios, siempre que se garantice la calidad y seguridad en la atención.*

*5. El Sistema Sanitario Público de Andalucía proporcionará el proceso de reasignación sexual conforme a su cartera básica de servicios, dentro del marco de sus competencias.*

*6. La fase de reasignación quirúrgica será prestada para personas mayores de edad, dentro del marco del proceso asistencial establecido.*

*7. La Consejería competente en materia de salud considerará en su cartera básica de servicios, dentro del marco de sus competencias, los tratamientos que tiendan a la modulación del tono y timbre de la voz, por cuanto no constituyen para las personas transexuales una cuestión estética o cosmética, sino su correspondencia y adecuación a su identidad de género.*

*8. En todos los casos se requerirá el consentimiento informado de la persona capaz y legalmente responsable, de conformidad con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

*Artículo 11. Formación de los profesionales clínicos. La Consejería competente en materia de salud establecerá las medidas adecuadas, en estrecha colaboración con las sociedades profesionales correspondientes y los demás agentes del conocimiento, para asegurar, con el fomento y participación en las actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud e innovación tecnológica, el derecho de los profesionales a recibir formación específica de calidad en materia de transexualidad, dentro del marco*

definido por el Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- **Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía** (BOJA, 2018): Destacaremos sus artículos 28, 29 y 30.

*Artículo 28. Medidas en el ámbito de la salud integral, sexual y reproductiva.*

*1. Todas las personas tienen derecho al más alto nivel de disfrute de la salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva, sin discriminación alguna por razón de orientación sexual o identidad de género.*

*2. El sistema sanitario público de Andalucía garantizará que la política sanitaria sea respetuosa hacia las personas LGTBI y sus familias, garantizando de igual manera que todos los programas y actuaciones que desarrolle incorporen las necesidades particulares de las personas LGTBI y sus familias con objeto de que puedan disfrutar del derecho a una atención sanitaria plena y eficaz.*

*3. La atención sanitaria dispensada por el sistema sanitario público de Andalucía se adecuará a la identidad de género de la persona receptora de la misma, conforme a lo establecido en la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.*

*4. La asistencia psicológica a las personas LGTBI, incluidos los menores de edad, será la común prevista para el resto de las personas usuarias del sistema sanitario, sin que quepa condicionar la prestación de asistencia sanitaria especializada a estas personas a que previamente se deban someter a examen psicológico o psiquiátrico.*

*5. La Consejería competente en materia de salud creará mecanismos de participación de las personas, entidades y asociaciones LGTBI en las políticas relativas a la salud sexual.*

*6. Los menores transexuales tendrán derecho:*

*a) A recibir tratamiento para el bloqueo hormonal al inicio de la pubertad, atendiendo a criterios clínicos establecidos por el mejor conocimiento*

*disponible y recogidos en el proceso asistencial integrado, que se mantendrá pertinentemente actualizado, de manera que se evite el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados.*

*b) A recibir tratamiento hormonal cruzado en el momento adecuado de la pubertad para favorecer que su desarrollo corporal se corresponda con el de las personas de su edad, a fin de propiciar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios deseados.*

*Artículo 29. Atención sanitaria a personas intersexuales. El sistema sanitario público de Andalucía velará para que las prácticas de modificación genital en bebés recién nacidos no atiendan únicamente a criterios quirúrgicos en un momento en el que se desconoce cuál es la identidad real de la persona intersexual recién nacida. Todo ello con la salvedad de los criterios médicos basados en la protección de la salud de la persona recién nacida y con la autorización legal.*

*Artículo 30. Medidas de información y formación del personal sanitario.*

*1. La Consejería competente en materia de salud garantizará que los profesionales sanitarios cuenten con la formación adecuada e información actualizada sobre homosexualidad, bisexualidad, transexualidad e intersexualidad dentro del marco definido por el Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía.*

*2. La Consejería competente en materia de salud promoverá la realización de estudios, investigación y desarrollo de políticas sanitarias que puedan atender correctamente las características que sean específicas de las personas LGTBI y de sus familias.*

*3. Las medidas de formación del personal sanitario, así como los documentos clínicos y la información que se ofrezca al público en general, deberán utilizar un lenguaje médico neutro y, en todo caso, no alusivo a patologías.*

#### 1.4.6. Normativa sanitaria en Andalucía

Como hemos visto anteriormente, Andalucía fue pionera en la creación de la primera Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) en la provincia de Málaga, cambiando posteriormente este nombramiento por su carácter patologizante, denominándose desde el año 2017 como Unidades de Atención a la Personas Transexuales (UATP) contando en la actualidad con una en cada provincia, salvo en Sevilla y Granada donde hay dos para atención a personas trans\* adultas y desarrollándose la atención a personas trans\* menores de 14 años en cinco de ellas, Almería, Cádiz, Granada, Jaén y Sevilla, atendiendo en esta última a los menores de Huelva y Córdoba.

Este articulado legislativo en nuestra comunidad autónoma es el que va a permitir sentar las bases de la atención sanitaria a las personas trans\* en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, donde en el desarrollo de la Gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), se han ido implantando los Procesos Asistenciales Integrados (PAI), en los que se reflejan los mapas de competencias a seguir por los diferentes profesionales implicados en el proceso al que hacen referencia. Actualmente cuenta con dos PAI diferenciados, uno específico sobre atención sanitaria a personas transexuales adultas (Torres et al., 2016) y otro centrado en la Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia (Madueño et al., 2016). Así mismo existe una GUÍA de información sobre atención sanitaria a las personas transexuales: respuestas sencillas a las preguntas más frecuentes sobre la atención sanitaria a personas transexuales cuya finalidad es dar a conocer las pautas de actuación de dichos PAI a la población general (Avilés et al., 2018).

Ambos documentos surgen para dar cumplimiento al mandato de la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía (BOE, 2014) cuyo artículo 10.3 dice que “... *La Consejería competente en materia de salud establecerá un procedimiento asistencial de atención a las personas transexuales que contendrá los criterios, objetivos y estándares de atención recogidos en las recomendaciones internacionales en la materia, que en todo caso han de ser compatibles con los principios inspiradores de esta Ley. Dicho procedimiento se elaborará en colaboración con personas transexuales y entidades que las representan*”.

Posteriormente se creará la Ley 8/2017 de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía (BOJA, 2018) donde se hace referencia explícita a la atención sanitaria en el capítulo V. Ámbito de la salud correspondiente al Título II. Políticas públicas para promover la igualdad efectiva de las personas LGTBI+ de dicha Ley vistas en el epígrafe anterior.

En ellos se articulan una serie de recomendaciones sobre lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer a la hora de brindar la atención necesaria a las personas trans\* en su demanda de atención sanitaria. A continuación, haremos una revisión por la hoja de ruta marcada en ellos sobre el acceso a la atención a las personas trans\* en nuestro sistema sanitario:

- **Proceso Asistencial Integrado para la atención sanitaria a personas trans en la infancia y adolescencia** (Madueño et al., 2016):

Para iniciar el proceso, el menor, sus padres o tutores legales deben realizar una demanda de atención relacionada con la transexualidad en la infancia o la adolescencia, iniciando un proceso con tres fases.

La primera fase se desarrollará en la consulta de Atención Primaria (AP) en la que tras la demanda se llevará a cabo una entrevista para concretar dichas demandas y responder a las necesidades existentes, recibirá información de la evolución de la identidad sexual y las opciones de tratamiento hormonal (efectos secundarios, riesgos del incumplimiento terapéutico) y se solicitarán pruebas complementarias para descartar posibles contraindicaciones del tratamiento. De una manera individualizada se valorará la necesidad de interconsulta con la Unidad de Salud Mental Comunitaria (asesoramiento, acompañamiento, valoración del sufrimiento y dudas sobre la autenticación de la identidad sexual) o trabajador social (si se detectaran factores sociales que condicionan la salud individual o familiar).

La segunda fase se desarrollará en la UAPT donde será atendido por un equipo de pediatra, endocrinólogo, con el fin de completar la historia de salud, y recibirá información sobre los resultados y formas de plan terapéutico, efectos secundarios, importancia del cumplimiento terapéutico y la reversibilidad/irreversibilidad de este. Tras

esto se determinará la indicación de tratamiento hormonal adecuado al caso (bloque puberal y/o tratamiento hormonal cruzado).

La tercera fase se desarrollará en la UAPT y/o en la consulta de AP, donde en función del tratamiento pautado se llevará a cabo el seguimiento clínico y analítico del mismo, realizando un seguimiento y evaluación del tratamiento y sus resultados, además de realizar un acompañamiento del menor y la familia en el proceso.

- **Proceso Asistencial Integrado para la atención sanitaria a personas transexuales adultas** (Torres et al., 2016):

Para iniciar el proceso las personas trans\* mayores de 18 años deben realizar una demanda de atención relacionada con la transexualidad iniciando un proceso con cuatro fases.

La primera fase se desarrollará en la consulta de AP en la que tras la demanda se llevará a cabo una entrevista para concretar dichas demandas y responder a las necesidades existentes, recibirá información sobre las opciones de tratamiento hormonal (efectos secundarios, riesgos del incumplimiento terapéutico) y se solicitarán pruebas complementarias para descartar posibles contraindicaciones del tratamiento. De una manera individualizada se valorará la presencia de ansiedad, depresión y/o somatización (donde se activaría el PAI específico) o la necesidad valoración por la Unidad de Salud Mental Comunitaria, así como la necesidad de interconsulta con el trabajador social (si se detectaran factores sociales que condicionan la salud individual, familiar y comunitaria).

La segunda fase se desarrollará en la UAPT donde será atendido el endocrinólogo, con el fin de completar la historia de salud solicitándose, si fuese necesario, pruebas complementarias e interconsulta con ginecología/urología. Recibirá información sobre los resultados y formas de plan terapéutico, efectos secundarios, importancia del cumplimiento terapéutico y la reversibilidad/irreversibilidad de este. Durante esta fase se debe garantizar la coordinación y continuidad asistencial si la persona ha sido valorada por Salud Mental Comunitaria.

La tercera fase se desarrollará en la UAPT, donde si solicita cirugía de modificación genital o tratamiento de la adecuación de la voz, se intentará la secuenciación de los procedimientos con el fin de realizarlos en un acto único. La información desde la UAPT será dada a la persona solicitante y aquellas que autorice expresamente. Se le indicarán

las posibles complicaciones intraoperatorias y la evolución esperada mediante formularios de consentimiento informado escrito.

La cuarta fase se desarrollará en la UAPT o en la consulta de AP, donde en función del tratamiento recibido (supresión de la pubertad y/o hormonal cruzado) se llevará a cabo el seguimiento clínico y analítico del mismo, realizando un seguimiento y evaluación del tratamiento y sus resultados, además de realizar un acompañamiento de la persona.

Una de las principales medidas a realizar con las personas trans\* en el momento que realizan la primera demanda de atención es la comprobación de la Base de Datos de Usuarios de Andalucía para comprobar si su identidad de género y nombre manifestado se encuentra en la misma, de no ser así se le informará de la posibilidad de cambio y el modo en que debe realizarse según lo establecido en el **Procedimiento de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el cambio de nombre de personas transexuales en la Base de Datos de Usuarios de Andalucía (BDU) y emisión de documentos de acreditación, de 6 de junio de 2016** (Servicio Andaluz de Salud, & Consejería de Salud, 2016) con el que es posible modificar los datos de la historia clínica así como en la Tarjeta Sanitaria de Andalucía, aunque no esté recogido en su DNI tanto para mayores de edad (Solicitud + DNI/Pasaporte) como para menores de edad (Misma documentación anterior + formulario de acreditación de representación legal de una persona menor de 16 años) que presenten dicha documentación en el Servicio de Gestión Ciudadana.

#### **1.4.6.1. Tratamientos incluidos en los PAI en Andalucía**

##### **- Tratamiento hormonal**

Antes del inicio de este, sea cual sea el elegido, se deben realizar pruebas complementarias con el fin de descartar posibles contraindicaciones en su uso.

##### **o Tratamiento hormonal de bloqueo de pubertad**

Este tratamiento se iniciará en la pubertad, con el fin de evitar el desarrollo de caracteres sexuales no deseados producidos por la producción de las hormonas

sexuales, principalmente estrógenos y testosterona, producidas tras la activación de la hipófisis al enviar señales químicas a ovarios y testículos para la producción de las mismas. Con este tipo de tratamiento lo que se va a pretender es la inactivación de la hipófisis parando así esta producción hormonal y evitando el desarrollo de los caracteres sexuales si se inicia en fase temprana, o que paren su desarrollo si se inicia en una fase tardía (Coleman et al., 2012).

Con el fin de evaluar el estado evolutivo en el momento de inicio de la terapia de bloqueo puberal se usa la escala de Tanner (Marshall & Tanner, 1970), resumida en la tabla 1, con el fin de conocer la maduración sexual (mediante la valoración del tamaño de mamas, volumen testicular y desarrollo de vello púbico).

**TABLA 1. ESCALA DE TANNER (DESARROLLO PUBERAL EN NIÑAS Y NIÑOS)**

<b>ESCALA TANNER</b>	<b>EN NIÑAS</b>	<b>EN NIÑOS</b>
<b>ESTADIO 1</b>	Pecho infantil, no vello púbico.	Sin vello púbico. Testículo y pene infantiles.
<b>ESTADIO 2</b>	Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.	Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.
<b>ESTADIO 3</b>	Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.	Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.
<b>ESTADIO 4</b>	Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.	Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos y oscurecimiento del escroto. Vello púbico que no cubre los muslos.
<b>ESTADIO 5</b>	Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.	Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

Como efectos de este tratamiento en niños trans\* las mamas disminuirán de tamaño, así como el útero y los ovarios, se reduce el flujo vaginal y desaparece la menstruación, aunque ya hubiera menstruado previamente. En el caso de las niñas trans\* disminuirá el volumen testicular, se hacen poco frecuentes las erecciones y desaparecen las poluciones, si las había. Entre los efectos no deseados que pueden

aparecer encontramos repercusiones en la capacidad reproductiva, alteración del peso corporal o reducción del crecimiento, entre otros (Hembre et al., 2017).

- Tratamiento hormonal cruzado

Con este tratamiento hormonal se inicia el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios deseados mediante la administración conjunta de estos y el tratamiento hormonal bloqueador del sexo asignado al nacer (Coleman et al., 2012).

En el caso de las mujeres trans\* se pautará tratamiento con estrógenos y bloqueadores de testosterona. Y en el caso de los hombres trans\* se pautará tratamiento con testosterona, produciendo el bloqueo de estrógenos y sustituyendo la producción de andrógenos (Hembre et al., 2017).

Puede iniciarse en edad adulta, en adolescentes tras la pubertad sin que hayan recibido tratamiento de bloqueo hormonal previamente o tras haberlo recibido para desarrollar y mantener los caracteres sexuales secundarios deseados (Coleman et al., 2012).

Como efecto de este tratamiento se produce un aumento de las mamas, el tamaño testicular o hipertrofia del clítoris, modificación de la voz, modificación de la distribución de grasa corporal y cambios en el vello corporal, con lo que puede producirse una mejora de la autopercepción y la autoimagen de la persona trans\* al presentar una imagen física más adaptada al género deseado. Entre los efectos no deseados se puede producir alteración de la función hepática, tensión arterial, colesterol, aumento de peso y de los niveles de glucosa en sangre (Wierckx et al, 2014).

Durante el primer año con este tratamiento es necesario realizar un seguimiento cada 3-6 meses en la consulta donde se realizarán valoraciones analíticas por si fuese necesario ajustar la dosis pautada. Tras el ajuste de dosis se recomiendan revisiones anuales (Coleman et al., 2012).

Este tratamiento puede suspenderse en el caso de efectos no deseados o por decisión voluntaria, previa valoración con su especialista de los riesgos y beneficios. Al alcanzar la etapa de la menopausia, se valorará en cada caso la necesidad de mantener o no el tratamiento (Hembre et al., 2017).

Tras la suspensión del tratamiento se han observado algunos efectos de carácter irreversible, como la retirada de menstruación en hombres trans\* y alteraciones de

la fertilidad causada por hipogonadismo adquirido por persistencia de atrofia testicular u ovárica. Igualmente podría existir la posibilidad de regresión de los caracteres sexuales secundarios no deseados como consecuencia de la suspensión del tratamiento (Wierckx et al, 2014).

- **Tratamiento quirúrgico**

Comprende los diferentes procedimientos quirúrgicos de modificación de los caracteres sexuales con el fin de que se aproximen a los asociados al género deseado. Estos se llevarán a cabo según las necesidades y demandas de la persona trans\* siempre que lleven más de 12 meses en tratamiento hormonal continuo y no presenten contraindicaciones quirúrgicas, entre las que se encuentran un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 32 (obesidad mórbida), edad superior a los 65 años, ausencia de seguimiento por el equipo de la UATP superior a un año y probabilidad de enfermedades asociadas.

Dentro de la cartera de servicios del SSPA se especifican las siguientes posibilidades en cuanto a cirugía específica para personas trans\*. En su página web (Servicio Andaluz de Salud, 2018b) dentro de la cartera de servicios de cirugía plástica y reparadora encontramos la siguiente tabla de procedimientos (Tabla 2):

**TABLA 2. CARTERA DE SERVICIOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA. ATENCIÓN A LAS PERSONAS TRANS\* (FUENTE: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD)**

<b>Área de conocimiento: Atención a las personas transexuales (1) (02/05/2018)</b>
<b>Procedimiento</b>
<b>CIRUGÍA DE HOMBRE A MUJER</b>
<b>MAMA</b>
MAMOPLASTIA DE AUMENTO
<b>CONSTRUCCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN VAGINALES</b>
RECONSTRUCCIÓN VAGINAL
VAGINOPLASTIA: CONSTRUCCIÓN VAGINAL CON INJERTO O PRÓTESIS (INJERTOS CUTÁNEOS, COLGAJOS CUTÁNEOS PEDICULADOS PERINEALES, PENEANOS, COLGAJOS INTESTINALES)
RECONSTRUCCIÓN VAGINAL CON INJERTO O PRÓTESIS
<b>OTRA REPARACIÓN DE VAGINA</b>
CORRECCIÓN FÍSTULAS POSTCIRUGÍA
OTRA REPARACIÓN DE VAGINA

<b>OTRAS OPERACIONES</b>
GENITOPLASTIA FEMINIZANTE
CLITOROPLASTIA
LABIOPLASTIA
COMISUROPLASTIA
COMISUROPLASTIA ANTERIOR
CORRECCIÓN ESTENOSIS POSTCIRUGÍA
<b>CIRUGÍA DE MUJER A HOMBRE</b>
<b>OPERACIONES SOBRE LA MAMA</b>
OTRA MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA BILATERAL
TRASPOSICIÓN DE PEZÓN
<b>OTRAS OPERACIONES</b>
CORRECCIÓN ESTENOSIS POSTCIRUGÍA
FALOPLASTIA*
METAIDIOPLASTIA (RECONSTRUCCIÓN DE MICROFALO) *

Complementada por las ofertadas en la cartera de servicios de cirugía plástica y reparadora destinada a todas las personas donde se especifican algunos procedimientos quirúrgicos específicos para personas trans\* disponibles en su página web (Servicio Andaluz de Salud, 2018a) en los que encontramos los procedimientos quirúrgicos que se indican en la siguiente tabla (Tabla 3):

**TABLA 3. CARTERA DE SERVICIOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA. RELACIONADOS CON ATENCIÓN A PERSONAS TRANS\* (FUENTE: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD)**

<b>OTRAS OPERACIONES SOBRE ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS</b>
COLOCACIÓN DE PRÓTESIS EXTERNA DE PENE **
INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS DE PENE NO INFLABLE **
EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS INTERNA DE PENE **
INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS DE PENE INFLABLE **

Siendo habitual en el caso de la faloplastia y la vaginoplastia, por su complejidad quirúrgica, necesarias varias operaciones. Tal como se indica en esta misma página web tanto la realización de faloplastia como de metaidoplastia precisan autorización de derivación por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud donde se apruebe su realización.

Resulta llamativo el uso de una terminología de “cirugía de hombre a mujer” o “cirugía de mujer a hombre” por parte del propio SSPA pese a la existencia de los propios PAI de atención a pacientes trans\*, denotando una falta de actualización de los mismos y perpetuando un uso de la terminología más cercana a la concepción del “cuerpo equivocado”, del cambio de un sexo al otro para resolver el malestar de la persona, el problema médico para que el existe un tratamiento curador mediante la cirugía, más propio de épocas pasadas y contrario a movimientos más actuales que abogan por la libre decisión de cada persona trans\* sobre su propio cuerpo (Missé, 2018).

En el postoperatorio se realizará un seguimiento por parte de la UAPT correspondiente de los siguientes aspectos:

- Acompañamiento psicoemocional si la adaptación psicosexual y social y/o los resultados provocan inseguridad o conflicto.
  - Promoción de hábitos de vida saludables.
  - Detección precoz de cáncer de mama y de los genitales internos (si no se han extirpado quirúrgicamente) en personas trans\*.
  - Si se ha realizado gonadectomía será necesario tratamiento hormonal sustitutivo de por vida, precisando vigilancia para prevenir efectos adversos.
- 
- **Adecuación de la voz**

Existe la posibilidad de recibir tratamientos logopédicos para modificar la voz según la expresión/identidad de género trabajando sobre la entonación, resonancia, rango dinámico, respiración, articulación, etc.

También existe la posibilidad de tratamiento quirúrgico de la misma mediante una glotoplastia de Wendler (con tratamiento logopédico antes y después de la misma) cuando la persona trans\* lo desee y persista la percepción de la inadecuación vocal (Aires et al., 2023).

#### 1.4.6.2. Otros tratamientos

En cuanto a tratamientos para mujeres trans\* podemos encontrar:

- Cirugía de feminización facial en la que se modifican frente, nariz (rinoplastia), zona orbitaria superior del ojo, párpados (blefaroplastia), orejas (otoplastia), pómulos (malaroplastia), labios (queiloplastia), reducción del ángulo mandibular (anguloplastia mandibular) y del ancho del mentón (genioplastia).
- Cirugías corporales como la abdominoplastia, elevación de glúteos o liposucción.
- Cirugías de feminización de la voz como la transposición de la comisura anterior, cricotropexia, laringoplastia, gotoplastia o técnicas laser L.A.V.A. (por sus siglas en inglés *Laser Assited Voice Adjustment*) (Orloff et al., 2006).
- Cirugías de afeitado traqueal para reducir la nuez de Adán (condrolaringoplastia).
- Cirugías capilares como reducción de la línea del cabello, trasplante de cabello, depilación láser o electrólisis.

En cuanto a tratamientos para hombres trans\* podemos encontrar:

- Cirugías de masculinización facial como descenso y aumento de grosor de cejas, remodelación de la frente, nariz (rinoplastia), orejas (otoplastia), párpados y zona periorbitaria (blefaroplastia), aumento de tamaño y ángulo mandibular (anguloplastia mandibular), aumento de mentón (genioplastia), aumento de nuez de Adán, remodelación de pómulos
- Cirugía pectoral mediante la colocación de implantes.
- Cirugías corporales como liposucción o injertos de grasa.
- Otras cirugías genitales, ya sean de extirpación (histerectomía, anexectomía, salpingooforectomía o vaginectomía), creación de estructuras (escrotoplastia, metoidioplastia o faloplastia) o colocación de prótesis (testiculares o peneanas).
- Cirugías de masculinización de la voz como la tiroplastia de retrusión.
- Cirugías capilares como injertos o micropigmentación.

Como podemos ver las posibilidades en cuanto a tratamientos quirúrgicos o estéticos son cada vez mayores y, en la mayoría de los casos, las personas trans\* optan por utilizar los servicios privados ya sea por la tardanza a la hora de recibir tratamiento de manera pública como consecuencia de los diferentes trámites burocráticos que deben seguirse hasta llegar a la intervención deseada, por la falta de disponibilidad de la técnica o procedimiento escogido dentro de la cartera de servicios públicos, o bien, por la búsqueda de unos mejores resultados en clínicas especializadas en estos tratamientos tal como relatan las propias personas trans\* en diferentes estudios (Gómez-Gil et al., 2008, 2011, 2019; Fernández et al., 2018).

Tal como nos indica Malatino (2020) en su libro existe una industria médica preparada y a la espera que nos da servicios de manera increíblemente integral, pero que también nos hace pagar de nuestros bolsillos por todo tipo de procedimientos, incluso a quienes supuestamente tenemos seguros trans-inclusivos, y todos esos procedimientos tienen como objetivo hacer que tengamos más passing, ser más cistípicos, más reprotípicos.

## **1.5. Atención sanitaria a las identidades trans\***

La atención sanitaria a las identidades trans\* es un tema de gran importancia en la actualidad, ya que a menudo enfrentan barreras significativas para acceder a una atención adecuada y de calidad. Esta atención debe ser sensible a la diversidad de género y centrada en el paciente, para garantizar un tratamiento que respete su identidad de género y sus necesidades específicas de atención médica

### **1.5.1. Acceso a los servicios sanitarios**

Al hablar del acceso a los servicios de salud de LGBTI+ se encuentran una serie de barreras descritas ampliamente en la bibliografía: estigma, discriminación y falta de formación específica en el personal sanitario (Bockting et al., 2004; Brown et al., 2023; Eyssel et al., 2017; Fredriksen-Goldsen et al., 2015; Göçmen & Yılmaz, 2017; Institute of Medicine, 2011; Kosenko et al., 2013; Lindroth, 2016; Paradiso & Lally, 2018; Sallans, 2016; Sharek et al., 2015; Stroumsa, 2014; Vanderleest & Galper, 2009; Zunner & Grace, 2012).

#### **1.5.1.1. Estigma**

En los estudios se asocia pertenecer a la comunidad LGBTI+ con tener mayores prácticas de riesgo en cuanto a la salud se refiere, si bien las estadísticas varían en función del país donde se ha llevado a cabo el estudio al realizar la comparación con las personas heterosexuales y cisgénero (Kuzma et al., 2019; Mogul-Adlin, 2015; Ward et al., 2014), en líneas generales se considera que en la comunidad LGBTI+ se da una mayor tasa de consumo de alcohol y tabaco, desórdenes alimenticios, trastornos mentales y suicidio (Health Service Executive, 2009; Mayock et al., 2008; McNeil et al., 2012), problemas cardiovasculares, ovario poliquístico, cáncer de ovario, cervix y pecho (Brown & Tracy,

2008; Health Service Executive, 2009; Smolinski & Colón, 2008; Stewart & O'Reilly, 2017).

El miedo a la estigmatización se da al tener que declararse abiertamente persona LGBTI+, hablar sobre la orientación sexual o la identidad de género (Brotman et al., 2007; Dearing & Hequembourg, 2014; Hutchinson et al., 2006; Mayock et al., 2008; Peate, 2008a, 2008b; Stewart & O'Reilly, 2017) va a dificultar el acceso al sistema de salud de estas personas por temor a sentirse discriminados o estigmatizados al asociarlas erróneamente con prácticas de riesgo para la salud, por falta de conocimiento y prejuicios del personal sanitario que los va a atender, como por ejemplo relacionar su pertenencia al colectivo con el consumo de drogas, sexo sin protección, infecciones de transmisión sexual (ITS), etc.

El temor a ser señalado al acudir a los servicios sanitarios va a ocasionar un menor uso de los mismos lo que supone un peligro para la salud de las personas LGBTI+ ya que no van a hacer uso de los programas preventivos a los que acceden con mayor frecuencia las personas heterosexuales cisgénero, aumentando así la incidencia de patologías que son prevenibles con estos programas (cáncer, ITS,...). Por el contrario, aumentan las prácticas de autocuidado aunque mal gestionadas por lo que ocasiona un peligro para la persona por lo que se demuestra necesario que el personal sea consciente de sus propias actitudes y aptitudes al tratar al colectivo LGBTI+ (Bonvicini, 2017; Kuzma et al., 2019; Lim & Bernstein, 2011; Stewart & O'Reilly, 2017)..

### **1.5.1.2.Discriminación**

A pesar de que los avances sociales y políticos relativos al colectivo LGBTI+ han supuesto cambios en la sociedad en general, continúa existiendo desconocimiento sobre el colectivo, lo que ocasiona que persista el estigma y la discriminación en diferentes áreas, incluido el sistema sanitario (Bosse et al., 2015; Turner et al., 2001). Se siguen encontrando relatos de experiencias negativas de las personas que componen el colectivo LGBTI+, incluidos casos de trato desigual en la atención sanitaria, homofobia, transfobia, etc. (Bonvicini, 2017; Chapman et al., 2012; Eyssel et al., 2017; Grant et al., 2011; Hollenbach et al., 1913; Kosenko et al., 2013; Lindroth, 2016; Schuster et al., 2016).

Esta discriminación no se da únicamente en el lado del paciente, sino también entre profesionales sanitarios LGBTI+. En un cuestionario realizado en EEUU a médicos LGBTI+ el 65% había presenciado comentarios despectivos sobre pacientes LGBTI+ y el 34% había presenciado trato discriminatorio (Bonvicini, 2017; Brennan et al., 2012; Carlson & Harper, 2011; Chapman et al., 2012; Sabin et al., 2015). De la misma manera los profesionales LGBTI+ exponen experiencias de heterosexismo y discriminación por parte de compañeros hacia ellos mismos en su lugar de trabajo (Bonvicini, 2017; Peterson et al., 2004; Schuster, 2012).

En ocasiones el profesional sanitario presupone la heterosexualidad del paciente LGBTI+ (Lindroth, 2016; Rondahl, 2009; Sharek et al., 2015), lo que ocasiona que se presuponga por parte del paciente el sentimiento de no estar en un espacio seguro donde poder expresar su identidad y corporalidad, o que no se va a respetar la confidencialidad, hechos que van a provocar una atención sanitaria deficiente (Bosse et al., 2015; Brennan et al., 2012; Dibble et al., 2007; Gonser, 2000; Grant et al., 2011; Irwin & Litt, 2007; Pillet, 2011).

### **1.5.1.3.Falta de formación del personal sanitario**

La bibliografía coincide en destacar la falta de formación específica en materia LGBTI+ dentro de los diferentes estudios de los profesionales sanitarios. Encontrándose dentro de los planes de estudios muy pocas horas lectivas relacionadas con aspectos específicos de la salud de este colectivo en general y, en mucha menor cantidad o casi nula, si hablamos de la salud específica de personas trans\* (Göçmen & Yılmaz, 2017; Lindroth, 2016; Neville & Henrickson, 2006; Paradiso & Lally, 2018; Snelgrove et al., 2012; Zaccagnini & White, 2010).

### **1.5.1.4.Otras barreras**

Además de los 3 aspectos citados anteriormente, destaca otro aspecto que no se da en nuestro país relacionado con la dificultad de acceso a los seguros privados (Gridley et al.,

2016; Institute of Medicine, 2011; Stroumsa, 2014; Vanderleest & Galper, 2009), circunstancia que no se va a dar en nuestro entorno al tener un sistema sanitario de acceso público. Aunque, como hemos visto con anterioridad al hablar de los tratamientos médicos relacionados con el proceso de transición, en nuestro país se opta mayoritariamente por la atención sanitaria privada para este tipo de procedimientos.

### **1.5.2. Percepción de la atención sanitaria de las identidades trans\* por parte de los implicados**

La percepción de la atención sanitaria para las personas trans\* es un tema importante y sensible, ya que a menudo enfrentan desafíos debido a la falta de comprensión y sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios, haciendo que puedan sentirse marginadas y desatendidas por la falta de información, la discriminación y el estigma en el sistema de atención médica.

El trato que reciben las personas trans\* por parte de los profesionales de la salud puede ser un factor determinante en su acceso a la atención médica y en la calidad de la atención recibida. Es importante que los profesionales de la salud comprendan y respeten las necesidades específicas de las personas trans\*, y trabajen para proporcionar un entorno seguro y acogedor para todos los pacientes, independientemente de su identidad de género.

#### **1.5.2.1. Percepciones del paciente trans\* sobre la asistencia sanitaria**

Las personas trans\* exponen que evitan encuentros con personal sanitario ya que creen que no van a saber cómo atender sus necesidades (Bockting et al., 2004; Castillo & Cuadrado, 2020; Eyssel et al., 2017; Fredriksen-Goldsen et al., 2015; Magalhães et al., 2020; Paradiso & Lally, 2018; Poteat et al., 2013; Suess, 2014). Se contrasta que si la documentación está acorde a su identidad de género sentida hay un menor rechazo a acudir a los sistemas de salud (Grant et al., 2011), sin darse problemas de negación de su condición trans\* (McNeil et al., 2012; Stewart & O'Reilly, 2017).

La cisonormatividad es el sistema que reconoce el cisgénero como normal y natural, y provoca que el personal sanitario obvие ciertas necesidades que van a presentar las personas trans\*. Por ejemplo, el acceso al servicio de ginecología por parte de un hombre trans\* o de urología por parte de una mujer trans\* (Bauer et al., 2009; Behavioral et al., 2015; Kosenko et al., 2013; Stewart & O'Reilly, 2017).

Además, reportan que el personal suele utilizar un lenguaje heterosexista al utilizar pronombres de género opuesto al referirse a su pareja (Lindroth, 2016; Røndahl et al., 2006), lo que va a ocasionar que los pacientes no hablen abiertamente de su orientación sexual (Daley, 2010; Göçmen & Yılmaz, 2017; Guasp, 2011; R. Hunt & Fish, 2007; Sharek et al., 2015; Stewart & O'Reilly, 2017). Este cissexismo y heterosexismo van a provocar un borrado de su identidad de género por parte del profesional sanitario al no tener un acercamiento en el que el paciente pueda exponer sus necesidades ya que obviará en su relato aspectos relacionados con su identidad de género.

Dos tercios de las personas trans\* informan de experiencias negativas en los servicios de salud (McNeil et al., 2012; Zunner & Grace, 2012), incluso reportando una atención inadecuada o la negativa a proporcionarles atención sanitaria (Alpert et al., 2017; Bauer et al., 2009; Grant et al., 2011; Prunas et al., 2016). Algunos de los aspectos que se repiten en las quejas de los pacientes trans\* se dan sobre todo durante el ingreso y admisión al servicio de salud (Bjorkman & Malterud, 2009; Daley, 2010; Gibbons et al., 2007; Røndahl et al., 2006; Stewart & O'Reilly, 2017), relatan que el lenguaje utilizado no es inclusivo o adecuado no haciendo referencia a su género sentido, utilizar su nombre de nacimiento o usando vocabulario patologizante. Otra de las quejas comunes es la de recibir información incorrecta o negárseles la realización de pruebas preventivas como, por ejemplo, la realización de citologías (Bjorkman & Malterud, 2009; Fish & Bewley, 2010; R. Hunt & Fish, 2007; McNeil et al., 2012; Sallans, 2016).

#### **1.5.2.2. Percepciones del profesional sobre la asistencia sanitaria a pacientes trans\***

En estudios realizados con personal de enfermería queda patente que presentan carencia de conocimientos y formación específica en pacientes LGBTI+ (Bauer et al.,

2009; Carabez et al., 2016; Costa et al., 2016; Horner et al., 2012; Kroning et al., 2017; Røndahl et al., 2006; Snelgrove et al., 2012; Spidsberg & Sørлие, 2012). Si bien las personas trans\* consideran al colectivo de enfermería como abierto, receptivo, respetuoso y de apoyo (Beagan et al., 2012; Bjorkman & Malterud, 2009; Eady et al., 2011; Fish & Bewley, 2010; Gibbons et al., 2007; Hardacker et al., 2014; Rondahl, 2009; Saleh et al., 2011; Spidsberg, 2007; Stewart & O'Reilly, 2017).

Los profesionales reconocen la importancia de que el paciente sea capaz de expresar su identidad de género, disminuyendo el estrés y proporcionando una relación terapéutica y de confianza con el paciente (Daley, 2010; Spidsberg & Sørлие, 2012; Stewart & O'Reilly, 2017), destacando que esta mejora si ante el relato del paciente se manifiesta una posición neutral o de aceptación (Beagan et al., 2012; Eady et al., 2011).

En cuanto a la comunicación interprofesional, diferentes estudios exponen que hay parte del personal de enfermería que se confronta con compañeros de trabajo en defensa de las personas trans\*, intentando mejorar la atención al paciente y reducir el estigma (Beagan et al., 2012; Bjorkman & Malterud, 2009; Gibbons et al., 2007; Spidsberg & Sørлие, 2012; Stewart & O'Reilly, 2017).

### **1.5.2.3. Percepciones del alumnado sobre la asistencia sanitaria a personas trans\***

Los diferentes estudios evidencian que los contenidos LGBTI+ son inexistentes en muchos de los diferentes planes de estudio de las ciencias de la salud (Braun et al., 2017; Dibble et al., 2007; Eliason et al., 2011a; Hardacker et al., 2014) y, cuando están presentes en los planes de estudios, es escaso (Brennan et al., 2012; Dorsen, 2012; Kuzma et al., 2019; Walsh & Hendrickson, 2015), inadecuado o mal explicado por parte de los formadores por su propia falta de formación (Burkholder & Burbank, 2012; Eliason et al., 2010) o LGTBIfobia (Ercan & Aslan, 2020; Walsh & Hendrickson, 2015).

Todo esto va a ocasionar una mala formación del futuro profesional, que repetirá errores que serían subsanables con una buena formación (Lim & Bernstein, 2011; Mahdi et al., 2014; Walsh & Hendrickson, 2015). Ya que como señalan diferentes estudios, se observa en los estudiantes de enfermería, con escasa formación, menores conocimientos (Chapman et al., 2012; Cornelius & Carrick, 2015; Ercan & Aslan, 2020; Lim & Hsu,

2016), mayores niveles de prejuicios, estigma y discriminación hacia estos pacientes (Chapman et al., 2012; Ng et al., 2015; Rowniak, 2014).

Si la formación recibida es adecuada, se podrán eliminar las barreras con las que se encuentran las personas trans\* al acceder a los sistemas sanitarios (Carabez & Scott, 2016; Lelutiu-Weinberger et al., 2016; Lim et al., 2013; Paradiso & Lally, 2018; Sanchez et al., 2006, 2009; Suess, 2014). Por lo que se considera necesario la inclusión de contenidos LGBTI+ en los planes de estudios (Brennan et al., 2012; Ercan & Aslan, 2020; Lim & Bernstein, 2011; Yingling et al., 2017), como en diferentes proyectos ya realizados sobre atención a las personas trans\* en los que se ha demostrado aumentar los niveles de confianza y la actitud positiva por parte de los profesionales sanitarios (Burch, 2008; Kelley et al., 2008; Paradiso & Lally, 2018).

Además, reduce el nivel de discriminación hacia las personas LGBTI+ (Hernandez & Fultz, 2006) y mejora las habilidades y conocimientos del alumnado. Esta formación repercutirá en su práctica profesional posterior mejorando la atención a los pacientes del colectivo (Bosse et al., 2015; Hernandez & Fultz, 2006; Schilder et al., 2001).

#### **1.5.2.4. Introducción de mejoras y gestión por parte de organizaciones sanitarias**

En diferentes estudios realizados sobre organizaciones sanitarias, desde estas se reconoce la dificultad para realizar una correcta atención a las personas trans\* por desconocimiento de sus necesidades (Carabez et al., 2015; Paradiso & Lally, 2018; Poteat et al., 2013; Torres et al., 2015), aunque existen organizaciones que abogan por la formación de su personal en la atención a pacientes trans\* en búsqueda de la mejora de la atención sanitaria que ofrecen (W. O. Bockting et al., 2006; Kroning et al., 2017).

De un tiempo a esta parte, desde diferentes asociaciones y centros educativos se han identificado una serie de puntos clave que deben seguirse desde la formación de profesorado y alumnado, hasta las diferentes organizaciones sanitarias, para lograr un entorno acogedor e inclusivo para las personas LGBTI+. Esto abarca políticas inclusivas y protectoras, compromiso de la organización con la comunidad LGBTI+ local, recolección de datos y sugerencias, incorporación de sus necesidades en los servicios sanitarios que ofrecen, la representación LGBTI+ en su personal, etc. (Corrigan et al.,

2022; Göçmen & Yılmaz, 2017; Hswen et al., 2018; Kauth & Shipherd, 2016; Keuroghlian et al., 2017; Müller, 2013; Muller, 2014; N. F. Sánchez et al., 2015).

Este cambio no puede realizarse solo desde las organizaciones, sino que debe ir acompañado de un cambio social que incluya todas las corporalidades e identidades LGBTI+.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención sanitaria a poblaciones específicas requiere de una serie de habilidades concretas. Así, en el caso de las personas trans\* existe una confrontación de las normas sociales que consideramos correctas y que nos negamos a cuestionar. Por lo tanto, es fundamental desarrollar nuevas habilidades para hacer frente a los desafíos que plantean las personas trans\* y adoptar una actitud de cambio hacia nosotros mismos.

Este mismo autor nos indica cuatro habilidades que debemos desarrollar para hacer frente a estos retos que nos planten las propias personas trans\*. La primera habilidad es escuchar activamente para entender sus necesidades y comportamientos. Es importante no asumir que conocemos las experiencias y perspectivas de las personas trans\* y, en cambio, tomar el tiempo para escuchar y comprender sus necesidades y comportamientos individuales.

La segunda habilidad que el autor destaca es cuestionar las reglas de nuestra socialización que marcan la inclusión y exclusión social de algunas personas por no entrar en la definición de hombre o mujer preestablecida. Esto significa reconocer que las normas de género son construcciones sociales y que debemos ser críticos con ellas para evitar la discriminación y exclusión de las personas trans\*.

La tercera habilidad que debemos desarrollar es no hacer juicios sobre las personas en base a características que hemos catalogado como negativas, y no reducir sus habilidades y potencialidades a una sola característica.

Por último, nos insta a hacer explícita la diversidad y mostrar un reconocimiento positivo y respeto por las distintas identidades, sin importar cómo se entiendan y se muestren.

Las realidades trans\* han ido visibilizándose cada vez más en los últimos años, tanto a nivel internacional como nacional, encontrando cada vez más personas trans\* que acceden a puestos de poder, diferentes trabajos o medios de comunicación, ocasionando una mayor visibilización del colectivo y de sus reivindicaciones.

De la misma manera ha ido aumentando el número de trabajos científicos, tanto sobre el colectivo LGBTI+, como específicamente de las personas trans\*, aunque sobre todo en países de habla inglesa, siendo menor la producción desde nuestro país, donde la mayoría

de ellos se centran en aspectos médicos o atención sanitaria (Becerra-Fernández, 2003; Esteva et al., 2006; García, 2003; García-Acosta et al., 2019; Gómez Gil & Esteva, 2006; Gómez-Gil et al., 2008, 2009, 2011, 2019; Hernández et al., 2010; Fernández et al., 2018; Sosa et al., 2004), aspectos legales o cambios registrales (Bustos, 2008; Espín, 2009; Galofre, 2014; Langarita et al., 2021; López-Galiacho, 1998; Martínez, 2010; Platero, 2009, 2020; Vicente, 2019), antropológicos (Guasch & Mas, 2014; Langarita & Mas, 2017; Mejía, 2006; Mérida, 2016; Nieto, 1998, 2006, 2008) o educación (Barros et al., 2021; Casanova, 2011; Coll-Planas et al., 2009; Granero-Andújar, 2019; Hurtado, 2011; Moreno & Puche, 2013; Pichardo et al., 2015; Pichardo & Puche, 2019; Platero, 2010; Platero & Gómez, 2007; Puche, 2015; Puche et al., 2012).

Pero son cada vez más los estudios que ponen el foco en la propia narrativa de las personas trans\* (Castillo & Cuadrado, 2020; Magalhães et al., 2020; Martínez, 2005; Mejía, 2006; Missé, 2013; Missé & Coll-Planas, 2010a; Platero, 2008, 2011; Samuels et al., 2018; Soley-Beltran, 2009; Soley-Beltran & Coll-Planas, 1998) y discuten las posturas patologizantes (Galofre, 2014; Garaizabal, 1998, 2011; Martínez, 2005; Mas, 2014, 2021; Missé, 2013; Missé & Coll-Planas, 2010a, 2010b; Ortega, 2014; Ortega et al., 2014; Platero, 2010, 2011; Ramos, 2003; Suess, 2015, 2020), aunque son necesarios muchos más para conocer realmente las necesidades de estas personas a lo largo de todas las etapas de su vida.

Según Suess (2020), los profesionales de la salud e investigadores, tanto en nuestra práctica clínica como en nuestros estudios, debemos enfocarnos en nosotros mismos y hacer una autorreflexión sobre la manera en que la tratamos temas relacionados con las personas trans\*, ya que es importante seguir una perspectiva despatologizante y de respeto a los derechos humanos, teniendo presente la necesidad de utilizar un lenguaje no patologizante y reconociendo la importancia de las aportaciones de las personas trans\* en la creación de un cuerpo de conocimientos.

Esta perspectiva despatologizante es importante para poder hacer frente a las barreras con las que se encuentra la población LGBTI+ al acceder a los servicios de salud (vistas previamente en el epígrafe 2) sobre estigma, discriminación y falta de formación específica del personal sanitario (Institute of Medicine, 2011; Paradiso & Lally, 2018; Stroumsa, 2014; Vanderleest & Galper, 2009), ya que como hemos visto anteriormente dos tercios de las personas trans\* relatan experiencias negativas en los servicios de salud (McNeil et al., 2012), incluso reportando una atención inadecuada o la negativa a

proporcionarles atención sanitaria (Bauer et al., 2009; Grant et al., 2011; Prunas et al., 2016).

Si dentro de estas barreras nos centramos en las que son detectadas normalmente por las personas trans\* y hacemos, tal como nos indicaba Platero (2014) un ejercicio personal por escuchar cuales son las necesidades y demandas de estas personas podremos realizar una mejor atención sanitaria de las mismas.

En primer lugar deberemos buscar la manera de disminuir el miedo a la estigmatización que presentan las personas trans\* a la hora de hablar abiertamente con el personal sanitario (Brotman et al., 2007; Dearing & Hequembourg, 2014; Hutchinson et al., 2006; Mayock et al., 2008; Peate, 2008a, 2008b; Stewart & O'Reilly, 2017), ya que esto va a mejorar la relación con nuestros pacientes, evitando en todo momento actitudes negativas o prejuicios hacia ellos y realizando una escucha activa real de las demandas de salud reales que hagan nuestros pacientes.

Igualmente debemos intentar luchar contra la discriminación mediante el conocimiento y la formación, ya que en la mayoría de las situaciones la causa de dar un trato discriminatorio, se produce por parte de personal sanitario que desconoce la realidad de las identidades trans\* (Bosse et al., 2015; Turner et al., 2001).

Como profesionales sanitarios debemos propiciar la creación de un espacio seguro donde poder expresar su identidad y corporalidad, un lugar en el que se va a respetar la confidencialidad, lo que hará mejorar nuestra atención sanitaria y la percepción de nuestros pacientes sobre la misma (Bosse et al., 2015; Brennan et al., 2012; Dibble et al., 2007; Gonser, 2000; Grant et al., 2011; Irwin & Litt, 2007; Pillet, 2011).

Y se debe incidir profundamente en los planes de estudios, tanto del futuro personal sanitario como del que ya se encuentra ejerciendo en la práctica clínica, ya que queda patente que el desconocimiento de las identidades trans\* es una realidad entre el personal sanitario y que, a mayor formación específica, mejor es la percepción de las personas trans\* de la atención recibida (Burgwal et al., 2021; Castillo Muñoz & Cuadrado, 2020; Magalhães et al., 2020; Samuels et al., 2018).

En base a todos estos requerimientos por parte de las personas trans\* en cuanto a la atención recibida a la hora de acceder a los diferentes ambientes sanitarios, es necesario realizar una serie de cambios en los profesionales sanitarios, por lo que para ello creemos fundamental un cambio a nivel formativo así como una buena formación en diversidad afectivo-sexual de los profesionales sanitarios ya que, aunque exista una legislación o

normativas referentes a la atención de estas personas, queda en manos de cada uno de los profesionales la responsabilidad personal de realizar de la mejor manera posible su actividad profesional en su entorno laboral.

Es fundamental mejorar el conocimiento sobre las necesidades y requerimientos que las personas trans\* tienen en el ámbito sanitario. Siendo una de las mayores dificultades encontradas por estas personas la falta de formación por parte del personal sanitario, planteamos este estudio con el fin de formar a los futuros profesionales de enfermería sobre la diversidad sexual existente, conociendo herramientas y fórmulas que les permitan crear mejores relaciones enfermera-paciente en su futuro desarrollo laboral, así como la creación de espacios seguros y transinclusivos a los que las personas trans\* no tengan duda alguna de acudir sin miedo a encontrarse con barreras que obstaculicen su proceso asistencial.

La profesión enfermera siempre ha utilizado la simulación como parte de su metodología didáctica dentro de sus actividades curriculares, por ejemplo, practicando reanimación cardiopulmonar (RCP) o venopunción con muñecos. De esta manera el alumno puede poner en práctica lo aprendido afianzando los conocimientos adquiridos previamente en la parte teórica y acercándolo más hacia la realidad de la práctica profesional a desarrollar tras los estudios.

Se están desarrollando cada vez más propuestas de simulación relacionadas con la atención al colectivo LGBTI+ con resultados satisfactorios por parte del alumnado (Llayton & Caldas, 2020; Maruca et al., 2018; McCave et al., 2019; Ozkara San et al., 2019; Stockmann & Diaz, 2017). De hecho, diferentes estudios con estudiantes de enfermería concluyen que los estudiantes se encuentran muy satisfechos con la simulación clínica como técnica de aprendizaje (La Cerra et al., 2019; Montijo-Arriola et al., 2020; Paige et al., 2015; Warren et al., 2016).

Tras todo esto nos planteamos los siguientes objetivos de estudio en nuestro proyecto de investigación:

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

- Explorar las actitudes del alumnado de enfermería respecto a la atención al paciente trans\*.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar los prejuicios y estereotipos hacia la atención del colectivo LGTBI+ en el alumnado de enfermería.
- Determinar las barreras relacionadas con la atención sanitaria al paciente trans\* detectadas por el alumnado de enfermería durante la atención simulada a un paciente trans\*.
- Investigar el impacto del uso de la atención simulada al paciente trans\* en el alumnado de enfermería.
- Conocer las actitudes del alumnado de enfermería durante la atención simulada a un paciente trans\*.
- Describir las vivencias del alumnado de enfermería durante la atención simulada al paciente trans\*.

## **4. METODOLOGÍA**

En este apartado se va a abordar la metodología empleada para la realización de la presente investigación, identificando los diferentes elementos que conforman el abordaje cualitativo llevado a cabo y mediante los cuales se busca realizar una exploración de las actitudes del alumnado de enfermería respecto a la atención al paciente trans\* así como el resto de los objetivos planteados en esta investigación.

### **4.1. Diseño del estudio**

Para llevar a cabo esta investigación, se optó por utilizar un enfoque cualitativo descriptivo. Este diseño permitió explorar en profundidad las experiencias, perspectivas y percepciones de los participantes involucrados en el estudio. A través de grupos focales, se recopilaron datos que ayudaron a comprender las dinámicas y los patrones subyacentes que emergieron en el contexto investigado

El enfoque cualitativo descriptivo se enmarca en la corriente filosófica del constructivismo, que sostiene que la realidad social es una construcción social, y que las experiencias y las perspectivas de los participantes son fundamentales para comprender esa realidad. Desde esta perspectiva, se entiende que el conocimiento es subjetivo y está mediado por la interpretación de los participantes, y que la tarea del investigador es tratar de comprender y dar sentido a esa realidad tal como es percibida por los participantes (Denzin & Lincoln, 2011; Creswell, 2013). Este enfoque se basa en la idea de que la realidad no puede ser medida objetivamente, sino que es construida por los participantes en interacción con su entorno, y que el papel del investigador es ayudar a revelar esa construcción y comprender cómo se relaciona con las experiencias y perspectivas de los participantes (Earle, 2010; Grosseohme, 2014).

La utilización del enfoque cualitativo descriptivo en la formación de estudiantes de enfermería les permite desarrollar habilidades como la observación, la entrevista y el análisis de datos (Doyle et al., 2020; Earle, 2010; Paley, 1997). Además, también les permite aprender a comprender y valorar las perspectivas y experiencias de los pacientes

y sus familias, lo que es fundamental para proporcionar una atención centrada en el paciente y de calidad.

## **4.2.Participantes**

El estudio se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Almería (España) durante el curso académico 2019/2020. Estando la población de estudio compuesta por los estudiantes del primer curso del Grado de Enfermería de la Universidad de Almería (España) matriculados en la asignatura Género, Multiculturalidad y Salud (6 créditos ECTS).

En esta asignatura se abarcaban una serie de contenidos de diferente índole que mantenían un eje vertebral común como es la salud. Dentro de estos contenidos se abordaban temas como la migración mundial, la diversidad cultural, la violencia hacia la mujer, la atención sanitaria a las mujeres, las políticas sanitarias igualitarias o la atención a la diversidad en cualquiera de sus facetas, entre otras competencias.

En ella los estudiantes recibían lecciones teóricas y prácticas sobre la atención sanitaria de pacientes LGBTI+ y buscaba la consecución de actitudes específicas para el cuidado de esta población. Y concretamente se enfocaba parte del temario teórico y práctico en la atención sanitaria a personas trans\*, incluyendo entre otros contenidos información introductoria sobre las identidades trans\*, identidad de género, legislación en el territorio nacional, documentación relativa a la atención a estas personas en el Sistema Andaluz de Salud, las barreras con las que se encuentran estas personas a la hora de recibir atención sanitaria, así como la percepción de dicha atención sanitaria por parte de estas personas.

Para la elección de la muestra se realizó por un muestreo por conveniencia, eligiéndose estudiantes que estuvieran cursando dicha asignatura y participaran en la intervención educativa desarrollada siguiendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la selección de los participantes:

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta:

- Estar matriculado en la asignatura Género, Multiculturalidad y Salud del 1º curso del Grado de Enfermería de la Universidad de Almería.
- Asistencia a más del 80% de las horas lectivas de la misma.

- Asistencia y participación voluntaria en la intervención educativa.

### **4.3. Intervención educativa y simulación clínica**

La intervención educativa se realizó tras impartir todos los contenidos de la asignatura Género, Multiculturalidad y Salud relacionados con la atención sanitaria a personas LGBTI+, entre los que se encontraban unos contenidos específicos referidos a la atención sanitaria a personas trans\* como se ha expuesto anteriormente.

Para llevar a cabo la simulación se desarrollaron tres partes diferenciadas:

*Prebriefing*: En esta primera parte se realizaba una exposición grupal sobre el caso de una persona que precisaba de un ingreso hospitalario y que debía recibir atención sanitaria por su parte. En la exposición de este caso no se especificaba que el paciente era una persona trans\*, únicamente se les decía a los estudiantes que trabajaban en una planta de cirugía general, recibían la historia clínica de una paciente mujer (llamada Luz según la documentación en esta) que iba a ser intervenida de una mastectomía bilateral al día siguiente y se les indicaba el número de habitación y de cama de la paciente.

Posteriormente se les explicaba la tarea a realizar durante la simulación, así como los escenarios donde tendría lugar. Deberían pasar primero a la habitación de la paciente en grupos de 3-4 personas, donde se encontraría la primera actriz en una sala que recrea una habitación de hospitalización donde tendrían que llevar a cabo el recibimiento y la valoración inicial por patrones funcionales, para lo que se les entregó un pequeño guion sobre algunos aspectos a tener en cuenta respecto a la valoración inicial de la paciente. Esta parte de la simulación tendría una duración de unos 5 y 10 minutos.

Al finalizar deberían pasar a un segundo escenario, a la que entrarían de manera individual. En esta otra sala se recrea una oficina de enfermería en una planta de hospitalización con una mesa y dos sillas en el que interactuarían con un segundo actor, que simularía ser un enfermero de planta que trabaja en el siguiente turno al del estudiante, por lo que deberían dar el relevo de turno como si fueran los enfermeros de planta e interactuar con el compañero. En este escenario el estudiante permanecería entre 5 y 10 minutos.

Tras terminar en el segundo escenario pasarían a una tercera sala, en grupos de 9 a 11 personas, donde esperarían dos investigadores para realizar una sesión de *debriefing* mediante grupos focales en el que se expondrían las vivencias y experiencia sentida por los mismos durante la simulación. Esta parte tendría una duración de entre 20 y 30 minutos.

*Simulación:* Tras realizar la exposición del caso y dividir a los participantes en grupos de 3 o 4 estudiantes, se procedía a pasar al primer escenario.

Como se ha indicado anteriormente, este primer escenario representaba una habitación de hospitalización en una planta quirúrgica. Dentro del escenario se hallaban dos camas de hospitalización, estando una de ellas vacía y la otra ocupada por la actriz que actuaría como paciente estandarizado. Antes de entrar a la habitación verían el número asignado a la misma y al entrar verían que cada una de las camas se encontraba numerada. Así mismo, dentro de la habitación disponían de material que podrían emplear en la atención al paciente durante su actuación (esfingomanómetro, termómetro, fonendoscopio, bolígrafo, papel, etc.). Además de esto, la sala contaba con un sistema de grabación de audio y video con el que un colaborador del equipo podía ir indicando pautas a seguir e indicaciones a los estudiantes.

A dicho paciente estandarizado se le dieron instrucciones previas sobre cómo actuar con el alumnado. Entre estas pautas, el actor debía mostrar enfado si se dirigían a él por su nombre de nacimiento y no por su nombre real, indicar que quería que lo trataran en masculino respetando así su género, describir problemas de aceptación del proceso de transición por parte de sus familiares cercanos, situación laboral, indicar que no tenía una relación heterosexual, así como diferentes inquietudes sobre el proceso postoperatorio y sus posibles complicaciones. Aparte de estas indicaciones se le entregaron otros relativos a su historia clínica (alergias, antecedentes, tratamiento habitual, hábitos tóxicos, estado de salud, etc.).

Al entrar a la habitación se esperaba que los alumnos comprobaran que se trataba del paciente correcto, por lo que al dirigirse a él con el nombre indicado en los datos de la historia el paciente estandarizado debía indicarles que estos no eran correctos y que era un hombre trans\* (llamado Antonio). Tras esto se producía una conversación entre los estudiantes y el paciente enfocada en la realización del recibimiento hospitalario y la

valoración inicial por patrones funcionales y se dejaba que dicha conversación se desarrollaba en función de la actitud y discursos que surgían durante la misma.

Tras la finalización en este primer escenario los estudiantes entraban de manera individual en el segundo escenario en el que debían simular realizar un relevo a un compañero del siguiente turno en el que contaban el caso del paciente.

Como se ha descrito anteriormente, este segundo escenario representaba una oficina de enfermería en una planta de hospitalización con una mesa y dos sillas en el que interactuarían con un segundo actor, que simularía ser un enfermero de planta que trabaja en el siguiente turno al del estudiante.

El actor que debía mantener la conversación relativa a este relevo de turno con ellos tenía instrucciones para que, en función del discurso de los estudiantes, realizar comentarios discriminatorios y transfóbicos hacia el paciente, como por ejemplo referirse a él con su nombre de nacimiento, utilizar términos despectivos, comentar que no podía ser posible que una mujer se realizara una mastectomía si no era por un proceso tumoral o que indicara que debería haber hecho este proceso en un centro privado.

Con esta conducta por parte del actor, se intentaba provocar una reacción en el estudiante para comprobar si era capaz de enfrentar una situación de discriminación hacia el paciente, así como para comprobar si podía realizar una buena defensa de los intereses y necesidades de este.

*Debriefing:* Tras la salida del estudiante de este segundo escenario se le invitaba a pasar, en grupos de 9 a 11 estudiantes, a una tercera sala con una mesa redonda en la que esperaban dos investigadores para realizar una sesión para poner en común y analizar la experiencia de los estudiantes de enfermería y cómo se habían sentido durante la realización de la actividad.

#### **4.4. Recogida de datos.**

Con el objetivo de recopilar datos, se llevaron a cabo 12 grupos focales en los que participaron entre 9 y 11 estudiantes en cada uno. Estos grupos se llevaron a cabo en una sala equipada con una mesa redonda para garantizar una comunicación efectiva entre los

participantes y el entrevistador. Se solicitó permiso previamente a los estudiantes para grabar en audio los grupos focales con el fin de transcribirlos y analizarlos posteriormente.

Cada grupo focal fue dirigido por dos investigadores: uno especializado en la dirección de dinámicas de grupo y otro encargado de tomar notas de campo durante las entrevistas. Se desarrolló una guía para la realización de los grupos focales, que se detalla en la tabla 4. La duración de cada grupo focal fue de 20 a 30 minutos, finalizando cuando no se presentaron nuevos temas de discusión

TABLA 4. GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE GRUPOS FOCALES (ELABORACIÓN PROPIA).

<b>Etapas de la entrevista</b>	<b>Temas</b>	<b>Ejemplos</b>
<b>Introducción</b>	Propósito del estudio	<i>Mi compañero y yo formamos parte de un estudio para comprender las percepciones de los estudiantes de enfermería durante la atención a comunidades minoritarias como los pacientes trans*. Creemos que esta población es una realidad en nuestra práctica clínica y sus experiencias pueden ser útiles para explorar nuevas medidas para brindar una atención de alta calidad y cuidados basados en una buena información a estos pacientes.</i>
	Objetivos	<i>Llevar a cabo y publicar investigaciones basadas en estas experiencias durante la atención sanitaria a pacientes trans*.</i>
	Consideraciones éticas	<i>Para llevar a cabo nuestra investigación, nuestra conversación será grabada solo con fines de investigación. Solo para recordar, la participación sigue siendo voluntaria y, si así lo decide, puede retirarse en cualquier momento. Todo lo que se diga durante este grupo focal será completamente confidencial, anonimizado y accesible solo para el equipo de investigación.</i>
	Consentimiento verbal y formal	<i>Otorgado por el participante de manera verbal y firmado el consentimiento por escrito</i>
<b>Desarrollo</b>	Guion de entrevista	<i>Por favor, ¿Podría describir cómo fue su experiencia al enfrentarse al paciente?</i> <hr/> <i>¿Qué estrategias usó para resolver la situación?</i>

		<p><i>¿Qué tipo de dificultades ha tenido al realizar su valoración de enfermería?</i></p> <hr/> <p><i>Por favor, cuénteme más sobre cómo cree que se sintió el paciente con la atención brindada.</i></p> <hr/> <p><i>¿Qué aspectos cree usted que nos pueden exigir estos pacientes?</i></p> <hr/> <p><i>¿Qué conflictos ha tenido al atender al paciente?</i></p> <hr/> <p><i>¿Qué sabía sobre el cuidado de estos pacientes?</i></p> <hr/> <p><i>¿Cómo planificó dar el relevo a su compañero?</i></p> <hr/> <p><i>¿Cómo ha hecho el relevo finalmente?</i></p> <hr/> <p><i>¿Cómo ha reaccionado su compañero durante el relevo?</i></p> <hr/> <p><i>¿Qué aspectos cambiaría para mejorar su actuación con el paciente?</i></p> <hr/> <p><i>¿Qué aspectos cambiaría para mejorar su actuación durante el relevo?</i></p> <hr/> <p><i>¿Cómo cree que se podría mejorar la experiencia de estos pacientes durante su hospitalización?</i></p> <hr/>
<b>Cierre</b>	Cuestiones finales	<p><i>¿Tiene algo más que agregar que pueda ser relevante?</i></p> <hr/> <p><i>¿Hay algo que desee aclarar antes de que terminemos?</i></p> <hr/>
	Agradecimientos	<p><i>Gracias por su tiempo e interés. Estamos seguros de que sus declaraciones serán muy útiles para nuestra investigación.</i></p> <hr/>
	Consideraciones	<p><i>Por favor, háganos saber si necesita alguna cosa más.</i></p> <hr/> <p><i>Una vez finalizado el estudio, le enviaremos una copia.</i></p> <hr/>

#### **4.5. Análisis de los datos**

Después de haber llevado a cabo los grupos focales, se realizó una transcripción detallada y precisa de las conversaciones. A continuación, se procedió a realizar una lectura minuciosa para establecer un sistema de categorías, teniendo en cuenta el objetivo de la investigación y descomponiendo el texto en fragmentos. A partir de esta segmentación de la información, se inició la codificación de los fragmentos mediante la asignación de un código a cada uno de ellos, lo que permitió crear las primeras categorías del estudio. Posteriormente, se crearon categorías, subcategorías y códigos en vivo mediante el uso del paquete informático ATLAS.ti V 8.4.

Para realizar un análisis en profundidad de los datos, se optó por utilizar el método de Colaizzi, un enfoque que se centra en la identificación de temas significativos. Este método implica una serie de pasos que permiten explorar los datos y obtener una comprensión más profunda de las experiencias de los participantes (Wirihana et al., 2018).

En primer lugar, se revisaron los datos para familiarizarse con ellos y obtener una visión general de los contenidos. Posteriormente, se procedió a la identificación de las declaraciones más significativas, aquellas que mejor reflejaban la experiencia de los participantes.

A continuación, se formuló un significado para cada declaración dentro de su contexto original, lo que permitió una comprensión más profunda de los temas que surgían en los datos. Una vez se habían identificado los significados, se procedió a agruparlos y organizarlos en temas. Este proceso reveló patrones comunes y tendencias que se presentaban en los datos.

El siguiente paso consistió en describir de forma completa y detallada los sentimientos e ideas expresados por los participantes en relación a cada tema identificado. De esta forma, se pudo obtener una comprensión más profunda de sus experiencias y perspectivas.

Por último, se elaboró una estructura o teoría fundamental a partir de los datos analizados. Este proceso permitió identificar las relaciones entre los diferentes temas y comprender de forma más completa la experiencia global de los participantes.

#### **4.1.Rigor**

Para evitar la subjetividad, se ha utilizado la técnica de triangulación de investigadores consistente en contrastar el resultado del análisis con dos colaboradores externos al estudio, a partir de las mismas transcripciones y de forma independiente.

Se siguieron las recomendaciones de *los Consolidated criteria for reporting qualitative research COREQ* (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). La validez y triangulación se verificaron mediante la realización de un análisis de contenido independiente y en caso de duda también se consultó a un tercer investigador. Adicionalmente, en el proceso de recolección de datos estuvieron presentes un moderador y un observador con el objetivo de monitorear la comunicación no verbal de los participantes.

#### **4.2.Aspectos éticos**

Para llevar a cabo el estudio se obtuvo el permiso correspondiente del Comité de Ética de la Universidad de Almería (España) (UALBIO2019/023) (Anexo 1). Durante todo el proceso, se consideraron todos los aspectos éticos de la Declaración de Helsinki así como la normativa legal vigente incluyendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (2018).

Se garantizó la voluntariedad de los participantes y la confidencialidad de los datos recopilados. Antes de realizar los grupos focales, se proporcionó información escrita sobre el estudio y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes (Anexos 2 y 3).

Es importante destacar que la participación en este estudio, así como cualquiera de las declaraciones, percepciones u opiniones expresadas durante el mismo, no influirán ni positiva ni negativamente en la calificación final de la asignatura en la que se llevó a cabo el estudio.

## 5. RESULTADOS

En este apartado se van a presentar los resultados principales tras la realización de la presente investigación. La información presentada abarca un primer apartado sobre las variables sociodemográficas de los participantes en el estudio y posteriormente un análisis cualitativo de los diferentes relatos recolectados durante la realización de los diferentes grupos focales de los que resultaron 3 temas principales y 7 subtemas de estudio.

### 5.1. Variables sociodemográficas

Tras la intervención educativa y la simulación, se llevaron a cabo un total de 12 grupos focales con la participación de 124 estudiantes de primer año de enfermería, lo que representó el 91,85% de los 135 estudiantes matriculados en la asignatura. La edad promedio de los estudiantes fue de 19,87 años, con un rango de edades de 18 a 54 años. De los participantes, el 77,4% (n = 96) se identificaron como mujeres y el 22,6% como hombres (n = 28). En cuanto a la orientación sexual, el 88,7% (n = 110) se identificaron como heterosexuales y el 11,4% (n = 14) como LGBTI+. En la tabla 5 se presentan las restantes variables sociodemográficas, así como la codificación y distribución de los participantes en los diferentes grupos focales llevados a cabo durante la investigación.

TABLA 5. VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS (ELABORACIÓN PROPIA).

GRUPO FOCAL	CODIFICACIÓN	IDENTIDAD DE GÉNERO	SEXO	EXPRESIÓN DE GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	EDAD
G1	P1	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P2	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P3	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	22
	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P5	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	22

	P6	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P7	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P8	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	20
	P9	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
<b>G2</b>	P1	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P2	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P3	Hombre	Varón	Masculina	Bisexual	18
	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	20
	P5	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	20
	P6	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P7	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P8	Mujer	Hembra	Femenina	Bisexual	18
	P9	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
<b>G3</b>	P1	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P2	Mujer	Hembra	Femenina	Bisexual	20
	P3	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P4	Hombre	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P5	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	20
	P6	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	19
	P7	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P8	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P9	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	24
	P10	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P11	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
<b>G4</b>	P1	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18

	P2	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P3	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P5	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P6	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	23
	P7	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P8	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P9	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P10	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	<b>G5</b>	P1	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual
P2		Mujer	Hembra	Femenina	Bisexual	18
P3		Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
P4		Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
P5		Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	25
P6		Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
P7		Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
P8		Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
P9		Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
P10		Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
P11		Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
<b>G6</b>	P1	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	25
	P2	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	33
	P3	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P5	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	23

	P6	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P7	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P8	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	20
	P9	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	29
	P10	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
<b>G7</b>	P1	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	39
	P2	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P3	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	20
	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P5	Hombre	Varón	Masculina	Homosexual	18
	P6	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P7	Mujer	Hembra	Femenina	Bisexual	18
	P8	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	21
	P9	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P10	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	25
<b>G8</b>	P1	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P2	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P3	Mujer	Hembra	Femenina	Bisexual	18
	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P5	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	20
	P6	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P7	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P8	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P9	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P10	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18

<b>G9</b>	P1	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	36
	P2	Hombre	Varón	Masculina	Bisexual	18
	P3	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	29
	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P5	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P6	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P7	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P8	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P9	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	22
	P10	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P11	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
<b>G10</b>	P1	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P2	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P3	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	22
	P5	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P6	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	22
	P7	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P8	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P9	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P10	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P11	Mujer	Hembra	Femenina	Homosexual	19
<b>G11</b>	P1	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P2	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P3	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18

	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Bisexual	18
	P5	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	54
	P6	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	18
	P7	Mujer	Hembra	Femenina	Homosexual	24
	P8	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P9	Mujer	Hembra	Femenina	Homosexual	18
	P10	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P11	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	23
<b>G12</b>	P1	Mujer	Hembra	Femenina	Homosexual	18
	P2	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P3	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P4	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	23
	P5	Mujer	Hembra	Femenina	Bisexual	18
	P6	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P7	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P8	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18
	P9	Hombre	Varón	Masculina	Heterosexual	21
	P10	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	30
	P11	Mujer	Hembra	Femenina	Heterosexual	18

Tras el análisis cualitativo de los diferentes relatos resultaron 3 temas principales y 7 subtemas que se resumen en la Tabla 6.

**TABLA 6. TEMAS PRINCIPALES Y SUBTEMAS DEL ESTUDIO (ELABORACIÓN PROPIA).**

Tema principal	Subtema
Exponiendo una realidad invisible	La comunicación como piedra angular del cuidado de enfermería
	Integrando contenido LGBTI+ en los planes de estudio de enfermería
La comunicación interprofesional: un punto de partida para generar conciencia	Cuando la preparación se vuelve esencial
	Deficiencias durante el relevo
Cuidar con orgullo como vínculo entre la individualidad y la profesionalidad	Aprender en terminología LGBTI+ y sus implicaciones
	Enfrentando la normalización de la diversidad
	La necesidad de un cambio en la gestión y manejo de pacientes trans*

## 5.2. Tema 1. Exponiendo una realidad invisible

El primer tema incluyó dos subtemas (Figura 3) en relación con la primera experiencia asistencial con un paciente trans\* durante su proceso de transición por parte de los participantes en el estudio, específicamente en relación con su acogida hospitalaria y la realización de la valoración de enfermería.

De los dos subtemas relacionados con esta experiencia, el primero de ellos está relacionado con las habilidades comunicativas percibidas por los participantes, siendo conscientes de la necesidad de mejorar sus habilidades de comunicación, identificando los problemas de comunicación surgidos durante la simulación, así como la necesidad de aumentar su formación y nivel de conocimientos para mejorar su nivel de cuidado al paciente trans\*.

Respecto al segundo subtema se relaciona con la autoconciencia en relación al cuidado del paciente trans\*: este subtema se refiere al nivel de conciencia que los participantes del estudio tenían en relación con el cuidado del paciente trans\* y la necesidad de incluir formación específica en sus planes de estudios sobre cuidados a pacientes LGTBI+ con la finalidad de brindar una atención sanitaria de calidad.



FIGURA 3. PRIMER TEMA PRINCIPAL Y SUBTEMAS. ELABORACIÓN PROPIA.

### **5.2.1. Subtema 1.1. La comunicación como piedra angular del cuidado de enfermería**

Para la mayoría de los participantes, la experiencia en sí misma de tener que evaluar a un paciente estandarizado fue compleja y novedosa ya que se enfrentaban a una situación desconocida hasta el momento.

*“Mi primera reacción ha sido de mucho nerviosismo porque no sabía gestionar dicha situación con la seguridad y la calma con la que me hubiese gustado”. G4-P6.*

*“No sabía muy bien que decirle, era una situación a la que no estamos acostumbrados, ha sido el primer paciente al que nos hemos tenido que enfrentar como si fuese de verdad. Creo que esto nos ha hecho ver que dentro de poco tendremos que atender a gente real y cómo puede ser”. G3-P3.*

*“Me he puesto muy nervioso al entrar, me ha pillado por sorpresa al ser la primera vez que vas a un paciente a hacerle preguntas, te pilla un poco por sorpresa, pero bien con la experiencia”. G12-P1.*

Además, muchos de ellos manifestaron sorpresa al esperar que la práctica se llevara a cabo utilizando simuladores o muñecos y no tener que interactuar con pacientes estandarizados como en experiencias previas durante su formación, aunque encontraron satisfactoria dicha práctica.

*“Al principio me he sorprendido porque esperaba un muñeco como en otras prácticas y me he encontrado con un paciente de verdad. Luego he intentado enfrentar la situación de la mejor manera posible, aunque creo que he tenido fallos por ser la primera vez que estaba haciendo una valoración de un paciente de este tipo”. G12- P4.*

*“Si tuviera que volver a hacerlo lo intentaría hacer con más naturalidad, no tan tensa, porque no sabía bien donde iba ni que preguntarle. Al final con el muñeco*

*es más fácil porque no te responde, bueno te responde la profesora, pero en este caso hay una persona de verdad, que pone caras raras, se enfada o se alegra, y tú tienes que ir gestionando eso para que se sienta lo mejor posible con lo que estás haciendo". G6-P10.*

*"Me sorprendió la experiencia. Me quedé paralizada porque era nuestro primer caso con una persona real, y no esperaba un caso de este tipo. Me ha sorprendido, pero me encantó el ejercicio". G10-P10.*

Y centrándonos en la atención específica de un paciente trans\* real manifestaron que fue realmente interesante y nueva para ellos, que un principio les causó sorpresa o miedo pero que finalmente pudieron realizar la práctica con normalidad.

*"He sentido un poco de miedo porque no me lo esperaba, y me he sorprendido, aunque luego lo he sabido llevar con la mayor naturalidad posible". G2-P3.*

*"No estaba cómoda la verdad, nunca me había topado con una situación así y no sabía cómo actuar para que el paciente estuviera tranquilo con mis cuidados y bien atendido". G10-P7.*

*"Cuando he visto la situación me he quedado en shock, muy bloqueada. Ha sido una situación muy impactante y en un primer momento no sabía muy bien cómo actuar". G11-P1.*

*"Estaba un poco nerviosa y perdida porque no sabía qué pregunta debía hacerle. No sabía cómo actuar en esa situación porque no sabía qué preguntar, pero, poco a poco, pude preguntarle algunas cosas". G5-P4.*

Aunque para algunos de los participantes supuso una experiencia complicada, pero de la que han sacado en claro que tienen la necesidad de aumentar sus conocimientos sobre el tema para mejorar su atención a estos pacientes.

*“Ha sido algo completamente nuevo. Me quedé en blanco porque era la primera vez que evaluamos a este tipo de paciente y no sabía por dónde empezar. Me he sentido muy impotente porque no sabía cómo actuar porque no tenía conocimientos sobre el cuidado de pacientes trans\*”.* G3-P5.

*“Ha sido una sensación más agria que otra cosa, está bien que yo aprenda con esto, pero no me llevo una buena sensación de aquí, porque no sé si he sabido actuar como debería para que se sintiera apoyado”.* G8-P4.

A este respecto, un aspecto común manifestado entre los participantes fue su falta de experiencia a la hora de comunicarse con los pacientes en general.

*“Al principio me he sentido completamente descolocada, he sido la primera en intervenir y me ha resultado difícil adaptarme a la situación, el hecho de estar sola con el paciente y que toda la responsabilidad recaiga sobre nosotras”.* G6-P4.

*“Ha sido una experiencia impactante; No supe que decir. Me sentí un poco incómoda en algunos momentos de silencio porque no sabía qué preguntas hacer”.* G8-P1.

Pero más específicamente con los pacientes trans\* para evaluar sus necesidades durante su evaluación de enfermería.

*“No sabía cómo actuar por mi falta de experiencia en casos clínicos. En ese momento estaba hecho un manojo de nervios porque no sabía qué preguntarle y cómo realizar la valoración de enfermería correctamente. Después de eso, me sentí fatal por la mala gestión de la situación y las risitas que podrían haberlo molestado”.* G4-P1.

Manifestando muchos de los participantes que ni siquiera habían llegado a presentarse al entrar a la habitación del paciente ni a identificarse como la enfermera responsable de su atención.

*“Estaba nerviosa y no me he presentado al entrar”*. G3-P2.

*“Estábamos nerviosos y no nos hemos presentado, solo le hemos dicho hola y nos hemos dado cuenta al salir de que no le hemos dicho nuestro nombre”*. G4-P5.

O explicando que en un inicio la idea preconcebida que tenían sobre el caso al recibir la información antes de entrar a realizar la valoración del paciente los llevó a imaginar un escenario totalmente diferente, más enfocado en un proceso patológico y no en un proceso de transición.

*“Al principio me he quedado chocada, no por nada, entiendo todo perfectamente, no tengo ningún problema con nada, vamos que yo veo las cosas estupendamente bien, pero no me lo esperaba, porque lo he relacionado más con algo de enfermedad, una mujer que venía a quitarse el pecho por un cáncer, pero no por un proceso de cambio de sexo”*. G5-P1

*“No había pensado en encontrarme un caso así. No sé cómo actuaría si llegara el momento de tener que hacerlo en la vida real. Iba pensando en un caso de una mujer con una patología que precisaba extirpar el pecho, un paciente oncológico quizás, y me he quedado un poco bloqueado a la hora de atenderlo”*. G2-P4

*“A mí me ha corregido, pero claro, yo tengo en la mente la situación de hospital a veces más con la patología que con esto, entonces, yo la veo pues como la figura de la mujer, entonces al principio hasta que no te haces un poco a la idea, claro es como que sigues tratándola en femenino, al preguntarse si se sentía rechazada me ha dicho no, rechazado, y desde ese momento bien. Parece que necesitas que te corrijan para que ya te des tú también un poco cuenta de las cosas, porque si no te sale de otra manera”*. G5-P10

*“Bien, ha sido interesante, como una experiencia real. Me ha parecido curioso, no nos damos cuenta, pero, por ejemplo, en las operaciones de mastectomía las asociamos siempre con las mujeres, con un cáncer de mama, cuando en realidad también puede ser un hombre el que necesite esta operación por este motivo o por otro”. G9-P3.*

A pesar de que muchos de ellos, al haber trabajado sobre este tipo de contenidos teóricos en la asignatura Género, Multiculturalidad y Salud, esperaban este tipo de práctica:

*“Sabía que el caso era sobre una persona trans\*, pero no hizo que hubiera ninguna diferencia en cómo lo traté. Me quedé paralizada porque no sabía qué hacer ni qué preguntar. Me sentí muy nerviosa e incómoda por los silencios prolongados y se notaba que el paciente tampoco estaba cómodo. No sabía cómo manejar la situación”. G4-P3.*

*“Ya había pensado que podíamos tener un paciente de este tipo porque lo habíamos dado en clase, ya nos había dado tiempo a pensar que podríamos tener un caso así el día de mañana”. G4-P4.*

Incluso alguno de los participantes relató haber tenido en su cabeza muy clara la manera en que iba a iniciar la conversación con el paciente y aun así no fue capaz de llevarla a cabo como lo había pensado.

*“Me esperaba algo así, pero ha sido incómodo, porque había pensado empezar preguntándole su nombre real, pero al final con los nervios no lo he hecho, y al tener que utilizar después un adjetivo me he dado cuenta de que no lo había hecho y no sabía si usarlo masculino o femenino, y en vez de preguntar he acabado hablando en femenino y me ha tenido que corregir. Y creo que ha estado incomodo después de eso y me siento mal por eso, aunque después de eso ya ha ido mejor y no me he vuelto a equivocar al dirigirme a él”. G6-P1.*

Aunque muchos manifestaron, que a pesar de haber imaginado que se trataría de un caso de atención a un paciente trans\* no habían tenido en cuenta el impacto que supondría realmente en ellos mismos enfrentarse a un caso real.

*“Ya nos habíamos planteado que podíamos tener un paciente así, nos había pasado por la cabeza, pero no nos habíamos puesto a considerar lo que eso significaba, el choque emocional que podía resultar en ti. Lo ves desde fuera, no cómo vas a actuar o qué harías, como si no fueses tú quién se va a enfrentar al caso, no te ves haciendo ese papel”*. G1-P7.

*“Yo pienso que si me toca un caso así en las prácticas del hospital voy a ser mucho más natural que ahora, estaba muy tensa a la hora de hacer la simulación. La situación me ha puesto muy nerviosa y no he sabido actuar de manera natural”*. G12- P5.

*“Nos ha dado en toda la cara, lo he sentido muy real, y si nos cuesta ahora que estamos en la universidad estudiando, cuando sea de verdad, es que no sé cómo va a ser”*. G8-P2.

*“Un caso que hoy en día es normal y cada vez más habitual. Creo que nos ha venido muy bien tener que enfrentar un paciente así en la práctica para tener herramientas cuando nos toque atender un caso similar en la vida real”*. G7-P3.

O cómo podría afectar su manera de comunicarse al propio paciente al plantear algunos temas, cómo sentiría, cuál sería su actitud o cómo trataría al personal sanitario que lo atiende durante su estancia hospitalaria.

*“Ha sido un caso un poco violento, complicado, no esperabas que te respondiera así. No esperábamos ese tipo de contestación porque no es algo que veamos todos los días. Pero habíamos pensado que podía pasar esto”*. G1-P5.

Ni cómo podrían manejar la comunicación con el paciente si este expresaba un problema personal o se sentía rechazado por su entorno, así como esto iba a afectarles directamente a ellos.

*“Nos ha contado que su familia no aceptaba su cambio de sexo. Me ha chocado un montón, creo que debe ser muy duro no sentirte apoyado. Por suerte nos ha dicho que tiene pareja y que si lo apoya en todo este proceso”*. G2-P6.

*“Hubiera seguido preguntándole sobre el apoyo familiar, me ha dado un poco de pena lo que nos ha contado”*. G3-P1.

*“Y qué le dices si su familia le ha echado de casa, no hay nada que le puedas decir que le consuele. No hay manera de ayudarle desde nuestra posición y no podemos ninguna solución a esos problemas que tiene con su familia o con la sociedad, qué solución puedo darle yo a esos problemas que plantea”*. G4-P6.

*“Le he preguntado si ha tenido alguna experiencia de rechazo y nos ha contado que no tiene apoyo familiar, entonces es comprensible que venga con miedos por si vuelve a sentir rechazo por la persona que lo está tratando en ese momento. Y tú te sientes mal si le haces muchas preguntas sobre ese tema porque tampoco quieres que se sienta mal recordando malas experiencias”*. G12-P7.

Y la importancia de no caer en discursos o actitudes paternalistas y seguir estableciendo una relación profesional-paciente que sea efectiva.

*“No me esperaba un caso así, al tenerlo en la realidad tampoco sabía muy bien cómo reaccionar, porque al decirnos cosas como que su familia no lo apoyaba, no sabía que decir, porque tampoco vas a decirle tranquilo que se solucionará porque no puedes saber si eso es verdad o no. No sabes muy bien que decirle, porque quieres animarlo, pero no sabes que puedes decir para que eso pase”*. G9-P11.

*“Si me está contando un problema, no voy a decirle tampoco qué pena o qué lástima, porque lo último que quiero sentir por un paciente es lastima. Pero me da*

*impotencia su situación y no poder ayudarlo. Quizás si fuese real intentaría buscar ayuda psicológica en el centro”. G4-P11.*

*“Que esa persona vea que, aunque no os conozcáis, le brindas algo de apoyo. Mira, tu situación es esta, pero eres valiente, enhorabuena, que todo vaya bien y que la gente que tengas a tu lado pues que te puedas aferrar a esas personas que eso siempre es positivo, aunque no tengas a la familia más directa a tu lado”. G5-P11.*

Así como la necesidad de que el paciente sienta el apoyo por parte del profesional que lo está atendiendo, porque esto va a mejorar la comunicación entre ambos.

*“Me he sentido mal, porque hemos ido muy directas a la valoración, y tendríamos que habernos centrado más en otras preguntas, no solo en lo que necesitábamos saber, si no como se sentía, nos ha contado que no tenía apoyo familiar y que había perdido el trabajo por ser él mismo, y me habría gustado preguntarle más como estaba respecto a eso y apoyarle”. G1-P4.*

*“Creo que siempre se podría mejorar lo que hemos hecho, pero no me arrepiento de la manera en que lo he tratado, quizás haber podido tener más tiempo para hablar sobre los problemas que tenía con su familia e intentar que notara apoyo por nuestra parte”. G2-P7.*

*“Ese apoyo que se da y se brinda sin conocer a la persona, a mí en el hospital donde trabajo me sale sin problema, pero no me ha salido igual así en este contexto, me ha costado mucho más”. G5-P2.*

*“Hay veces que al contarte un paciente problemas personales como que sientes que no debes insistir en el tema, te haces una idea en tu cabeza, pero creo que no es necesario meterse en su vida personal para atenderlo. Entrar en temas que son muy personales creo que puede ocasionar rechazo hacia mí por parte del paciente, que piense que soy una cotilla y que eso no debería preguntárselo”. G10-P4.*

### **5.2.2. Subtema 1.2. Integrando contenido LGBTI+ en los planes de estudio de enfermería**

Por otro lado, la mayoría de los participantes también afirmó que la necesidad de incluir contenidos LGBTI+ en sus planes de estudio desde su primer año de formación en enfermería es fundamental.

*“Creo que ha sido productivo y útil, pero eso nos ha hecho darnos cuenta de que todavía tenemos muchas cosas que aprender y estos contenidos apenas están incluidos en nuestros planes de estudios. Honestamente, en lo que respecta al caso, no sabía mucho al respecto, ni cómo cuidar a un paciente trans\* ni sobre la atención que necesitan específicamente”. G3-P3.*

Durante su experiencia, percibieron una brecha de conocimiento tanto personal como profesional en el cuidado de pacientes trans\*.

*“No sabía nada sobre cómo ayudar a un paciente real y menos con esta problemática específica hasta la actividad. Ha sido muy útil, tal vez se podrían realizar más actividades como esta para desarrollar nuestros conocimientos sobre estos temas”. G6-P8.*

Incluso se sintieron mal por su falta de habilidades en enfermería al realizar su valoración de enfermería.

*“La valoración ha sido un desafío porque, para ser honesto, no sabía muy bien cómo enfocar las preguntas. Al principio me dirigí a él como Luz [una mujer], hasta que me dijo cómo quería que lo llamaran. Me perdí algunas veces dirigiéndome a él en femenino. Fue entonces cuando me di cuenta de la brecha en nuestra formación sobre este tipo de paciente”. G3-P4.*

*“No sabía casi nada hasta hoy. Leímos sobre la valoración de enfermería, pero ha sido una experiencia nueva al llevarla a cabo con un paciente real. Tampoco sabía nada sobre el proceso de transición, por ejemplo”. G9-P2.*

O la dificultad que planteaba realizar ciertas preguntas al paciente sin que pueda llegar a incomodarse o sientan que invaden su intimidad al realizarle preguntas más personales.

*“Como no estamos acostumbrados a realizar ciertas preguntas que al paciente le puedan resultar incómodas, venga por una operación de cambio de sexo o por cualquier otra cosa, pueden resultarte incómodas algunas preguntas porque no quieres hablar sobre ciertos temas, entonces me he sentido que no sabía que preguntas podía hacer o cuáles no porque algunas me parecían demasiado personales para hacerlas en un primer encuentro con un paciente”. G12-P3.*

*“Había cosas de la valoración que pensamos que era muy personales para poder preguntárselas en una primera entrevista porque no hay una relación con el paciente de inicio para poder preguntarle según qué cosas como sobre su sexualidad sin que se vaya a sentir mal”. G3-P2.*

Incluso relatando algunos de los participantes que la realización de la valoración ha podido afectar a la manera en que se desarrollaba la conversación mantenida con el paciente.

*“Hay preguntas que parece que estás haciendo un interrogatorio al tener que hacer una valoración, pero supongo que en la práctica al final la conversación será más fluida para que pueda abrirse más contigo el paciente. Me sentía incómoda haciéndole las preguntas porque era pregunta y respuesta, pero no fluía la conversación normal de manera natural”. G4-P2.*

*“En vez de estar centrada en la conversación he estado muy centrada en el guion de las preguntas que tenía que hacer. Creo que hubiera sido más sencillo si hubiéramos tenido una conversación más normal mientras iba atendiendo de*

*verdad, en plan mientras le daba la ropa de hospital o le cogía una vía, y no de pie frente a él preguntándole cosas sin parar”*. G9-P4.

Verbalizando que con esta rigidez en la manera de comunicarse con el paciente al haberse centrado en realizar una valoración más guionizada en vez de una conversación más fluida ha podido mermar la calidad de la propia valoración del paciente y de la comunicación enfermera-paciente que se pretendía realizar.

*“Nos ha faltado dejarle hablar más rato, que se explicara sin hacerle nosotros tantas preguntas”*. G4-P8.

*“Si pudiera repetirlo lo primero que haría sería pedirle perdón por si he hecho que se sienta mal con la primera conversación que hemos tenido, y después tendría una conversación más real con él, sin guion, hablando las cosas según fuesen surgiendo”*. G10-P9.

*“Si tuviera que repetir la práctica intentaría ser más cercana, más humana en el trato, tener una conversación más fluida, aunque el paciente esté más distante, intentar ser más cercana para que se vaya abriendo a contarme cosas sin miedo”*. G12-P11.

Asimismo, algunos participantes enfatizaron la efectividad y la utilidad de estos contenidos de aprendizaje basados en la práctica en su formación como enfermeras.

*“Me ha parecido una idea magnífica hacer este tipo de práctica y que nos va a ayudar bastante para futuras prácticas o a la hora de ir al hospital. Creo que se deberían hacer más actividades como estas, ya que, nos metemos en una situación muy real y sirve más que otras cosas”*. G8-P6.

*“Es un buen método para acercarnos a la realidad, al saber tomar casos no tan comunes diariamente, haciéndole sentir lo mejor posible al paciente”*. G”-P10.

Además de servirles como ayuda para ser conscientes de sí mismos al atender a pacientes trans\* y poder brindar una atención bien informada a las personas LGBTI+.

*“Creo que este tipo de aprendizaje basado en la práctica es muy útil, en especial para situaciones que probablemente nos incomoden si no lo hemos hecho antes. Por lo tanto, hemos podido aprender cosas importantes como los problemas que enfrentan estos pacientes durante su proceso de transición y la atención que pueden necesitar”*. G12-P4.

*“Hacer este caso práctico me parece de una gran utilidad porque son pacientes que, aunque cada vez menos, sufren discriminación dentro del ámbito sanitario y nosotros como profesionales de la salud deberíamos estar bien formados para poder tratar con conocimientos los problemas que pueden derivar, por ejemplo, de una operación de cambio de sexo”*. G10-P1.

*“Está bastante bien tener este tipo de casos prácticos ya que nos hace mejorar como enfermeras, y es algo que nos puede pasar en nuestro día a día. Es una situación bastante delicada porque no sabemos actuar ante este tipo de situaciones y en muchos casos podemos hacerles sentir incómodos”*. G10-P6

*“En mi opinión, es la mejor forma de aprender a tratar con las personas que se encuentran en estas situaciones, fundamentalmente para no hacer nada que les haga sentirse mal. Además, con estos casos prácticos nos acercamos un poco más a la realidad y a lo que nos podemos encontrar en el futuro”*. G3-P7.

*“Veo muy positivo hacer este tipo de prácticas porque pensamos que siempre vamos a tratar con gente que la sociedad considera “normal” pero esto no es así. Los trans\* y todos los demás son personas normales, tanto como tú o como yo, por lo que veo valioso que se nos enseñe como tratarles y valores de manera que no hagamos que sientan mal”*. G3-P8.

Llegando a manifestar muchos de ellos que esta práctica les ha servido como aprendizaje para no volver a repetir los mismos errores durante la práctica una vez desarrollen su labor profesional al acabar su formación.

*“Considero muy positivas estas actividades porque ya no solo nos ayudan a reflexionar y a ver los pensamientos de la otra parte (el paciente), sino también a evitar que futuras personas a las que asistamos pasen un mal momento. Así que, gracias a este caso, si en un futuro se me presenta otro similar, no volveré a cometer los mismos fallos”. G3-P9.*

*“El caso me ha gustado porque creo que hemos tenido errores que nos van a hacer aprender para no volver a repetirlos el día de mañana si tenemos un caso así en el trabajo o en nuestra vida diaria”. G10-P3.*

### 5.3. Tema 2. La comunicación interprofesional: un punto de partida para generar conciencia

Este segundo tema (Figura 4) aglutina las actitudes y percepciones de los participantes a través de una segunda parte de la simulación realizada en la que debían establecer una comunicación efectiva con otro miembro del equipo de enfermería lo cual es fundamental para garantizar una atención integral, continuada y adecuada de cualquier paciente que precisa atención sanitaria.

Los dos subtemas relacionados con este tema principal abarcan, en el primer subtema, los aspectos relacionados con el establecimiento de una comunicación interprofesional que permita realizar un relevo de turno de manera adecuada, en este encontramos que los participantes destacan la importancia de la preparación previa del contenido del relevo con el fin de tener en cuenta las demandas del paciente, destacando en este caso la importancia de transmitir la manera en que quiere ser tratado para evitar errores al dirigirse al paciente que puedan provocar malestar en el mismo, como por ejemplo, el uso de género erróneo.

En cuanto al segundo subtema se relaciona con las deficiencias percibidas por los participantes durante la realización de esta comunicación interprofesional debido a su falta de experiencia y conocimientos específicos sobre la atención al paciente trans\* (proceso de transición, hormonación, tratamiento quirúrgico, etc.), así como la falta de habilidades comunicativas para hacer frente a actitudes discriminatorias que puedan venir de otro profesional implicado en la atención de estos pacientes.



FIGURA 4. SEGUNDO TEMA PRINCIPAL Y SUBTEMAS. ELABORACIÓN PROPIA.

### 5.3.1. Subtema 2.1. Cuando la preparación se vuelve esencial

La mayoría de los participantes entendieron que su preparación antes del relevo de turno era esencial para brindar la mayor cantidad de información relevante posible para que su compañero de enfermería cuide al paciente de manera adecuada:

*“Pensé en preparar el relevo con naturalidad y dando la mayor cantidad de información posible sobre el paciente, teniendo en cuenta todo lo que el paciente nos contó durante la entrevista. Es importante que nuestro compañero tenga la mayor cantidad de información posible para evitar un error y poder ofrecer una buena atención”. G9-P5.*

*“Para el relevo, pensé en explicar cómo estaba el paciente para que mi compañero estuviera al tanto de la situación, especialmente toda la información respecto a su proceso de transición. Esta parte me parece la clave para que pueda evitar los errores que nosotras cometimos sin mala intención”. G8-P1.*

*“Para el relevo quería darle la máxima información a mi compañero para que tratara al paciente de la forma en la que este se sintiera más cómodo, explicándole la situación de manera neutral y sin tabúes”. G3-P6.*

*“Me he planteado darle el relevo a mi compañero como el de cualquier otro paciente, transmitiéndole de forma objetiva todos los datos obtenidos en la valoración”. G4-P2.*

En esta línea, enfatizaron la importancia de tener en cuenta las demandas de estos pacientes, especialmente al hacer su relevo al final de su turno para evitar malentendidos como les sucedió a ellos mismos.

*“Tenemos que estar más atentos a como nos dirigimos en estos casos, porque puede que psicológicamente no esté bien y tenemos que tener cuidado con tratarlo con el género correcto, porque puede parecer que no, pero puede que estemos*

*haciendo más daño con la manera en que lo tratamos sin nosotros pretenderlo”.* G7-P2.

*“Los sanitarios somos pieza clave para esto. Creo que donde más debemos empatizar con estos casos es dentro de la sanidad y que la gente no empatices y no los trate correctamente no tiene ningún sentido. Debemos atender a todo el mundo con la mente bien abierta y sin juzgarlos”.* G7-P8.

Como recuerdan, algunos de ellos enfocaron su intervención en su falta de coincidencia con la identidad de género del paciente más que en su condición de salud, lo que claramente causó malestar a su paciente al usar un nombre o pronombre incorrecto:

*“Tenía la intención de contarle a mi colega todo lo que registré y cuál fue mi experiencia. Durante la valoración, utilice algunos pronombres femeninos incluso cuando me dijo que quería ser llamado Antonio [un hombre]. Al final, estaba más preocupado por su nombre que por el problema real que tenía”.* G3-P4.

*“Quería que mi compañero supiera que el nombre del paciente era Antonio [un hombre] y no Luz [una mujer] como se muestra erróneamente en los registros de su historia, de los que yo no estaba al tanto cuando entré en la habitación del paciente. A pesar de ser corregido por el paciente, tuve muchos problemas para cambiar al pronombre correcto, con el que me estaba acercando a él. Creo que se ofendió”.* G5-P6.

*“Me siento frustrado porque no lo hemos hecho bien, durante la entrevista con el paciente hemos estado hablando en femenino aun habiéndonos dicho ya que su nombre era Antonio, creo que por eso estaba como enfadado con nosotros y no hemos podido hablar de todo lo que creo que deberíamos haber hablado”.* G7-P9.

*“Estaba nerviosa por no actuar de la manera correcta. Hemos tenido algún desliz a la hora de dirigirnos a él porque los hemos tratado como mujer de manera inconsciente pero luego hemos rectificado”.* G6-P2.

### 5.3.2. Subtema 2.2. Deficiencias durante el relevo

Sin embargo, algunos participantes describieron cómo su falta de experiencia y conocimiento, tanto en la valoración del paciente como en el relevo de turno, podría no haber sido suficiente. Algunos señalaron que han intentado encontrar información sobre pacientes trans\*, pero la mayoría de ellos reconocen una falta de conocimientos sobre el proceso de transición o los tratamientos hormonales o quirúrgicos relacionados con el mismo:

*“Para ser honesta, no tenía ni idea de cómo llevar preguntas en la valoración de enfermería. Después de eso y durante el relevo, me di cuenta de que había aspectos importantes que no conocía y que eran fundamentales, para poder explicar a mi compañero que Antonio [un hombre] estaba transicionando”. G11-P8.*

*“He intentado que quede claro que es un paciente trans\* para que a la hora de comunicarse con él lo tenga en cuenta y el trato sea lo más cómodo posible. Pero durante el relevo me he dado cuenta de que había cosas importantes que no sabía responder de las preguntas que me ha hecho el compañero sobre el paciente”. G1-P3.*

*“Creo que nos faltan conocimientos aún para poder llevar a cabo una adecuada valoración, de esta manera podríamos haber explicado al compañero el caso de la forma más completa posible”. G6-P7.*

*“No sabía muy bien que tenía que hacer para dar el relevo, me he centrado en contarle lo que sabía del paciente, pero básicamente he ido contestando las preguntas que me ha hecho el compañero. Creo que podría preparar mejor lo que quiero contar del paciente antes de hablar con el compañero para no olvidar nada que sea importante”. G5-P7.*

*“Sabía algo sobre cómo realizar la entrevista, así que pude darle mucha información a mi compañero durante el relevo de turno, pero nada de cómo atender a este tipo de pacientes desde el punto de vista de enfermería y menos de lo que estaba pasando el propio paciente”. G7-P2.*

Además, casi todos los participantes identifican las actitudes discriminatorias de sus compañeros durante el relevo. Los participantes describieron cómo su colega usó su posición para desaprobar a sus pacientes por su condición y otros estereotipos de género.

*“La reacción de mi compañero durante el relevo creó una situación incómoda porque lo llamó "travelo", de una manera despectiva. Comentó si la paciente quería que le quitaran el pecho “por gusto o no”. Yo me quedé congelado y no supe cómo reaccionar cuando era claramente discriminatorio”. G7-P6.*

*“Mi colega preguntó si el paciente “tenía un tumor”, asumiendo que una cirugía solo se puede realizar por algo malo y no por el bienestar psicológico. Además, se refirió al paciente como "travelo". Fue una situación desagradable y me sentí impotente. No supe cómo reaccionar”. G8-P4.*

*“Creo que ha sido un poco discriminatorio. Cuando le he dicho que el paciente se llamaba Antonio [un hombre], me ha dicho “¿Es un hombre? Porque si es un hombre no se puede hacer una mastectomía a no ser que tenga un tumor o algo parecido...”. G1-P6.*

A pesar de esto, casi ninguno de los participantes corrigió o enfrentó las actitudes de su compañero enfermero.

*“La actitud el compañero ha sido repugnante. Ha sido muy desagradable. Me he puesto muy nerviosa porque me parecía muy injusto lo que estaba diciendo. He tenido que defender al paciente porque ha hecho comentarios totalmente fuera de lugar, no sé qué habría hecho si esto me pasa de verdad con alguien con quién trabajo todos los días.” G2-P2.*

*“Me he encarado con él porque lo ha llamado travelo y eso es una falta de respeto enorme”. G7-P4.*

Tras esto se manifestaron una serie de comentarios que trataban de empatizar con este tipo de paciente y de entender la actitud que podría tener un paciente trans\* que ha sufrido actitudes de rechazo, violencia o burla por parte del personal sanitario que lo atiende.

*“Entiendo que no es una situación fácil. Si pensamos en un caso real, puede que sienta rechazo o enfado hacia los sanitarios que lo atiendan. Porque es probable que si en su historia pone un nombre de un sexo con el que no se identifica lo suelen tratar por ese nombre y esté constantemente teniendo que estar siempre corrigiendo. Y puede que haya profesionales que no cedan y no quieran utilizar el nombre real y lo sigan llamando por el nombre de la historia, debe ser muy frustrante para el paciente tener que estar justificándose siempre”*. G6-P3.

*“Habría que entender que pueda estar enfadado con el personal y con la sanidad, lleva mucho tiempo esperando para la operación y, a lo mejor lo tratan del género que no le corresponde y tiene que estar explicándole a todo el mundo lo mismo, eso al final te cansa y te enfada, es normal”*. G11-P11.

*“A lo mejor es que alguien no lo ha tratado como él quería ser tratado, que no es con los sanitarios en general, sino con la experiencia que él mismo ha tenido con los sanitarios que le han tratado, entonces puede venir ya más reticente a abrirse contigo por las experiencias que ya ha vivido previamente”*. G12-P6.

*“Parecía que el paciente no daba muchas explicaciones, como si no quisiera hablar mucho con nosotros, pero creo que era más una manera de protegerse a sí mismo. Quizás ha tenido malas experiencias previas con otras personas, que haya sentido rechazo durante su proceso, y no quiere exponerse mucho creyendo que podía encontrar rechazo de nuestra parte”*. G10-P8.

*“Es muy difícil que te cuente mucho sobre su vida personal si siempre siente rechazo, creo que debe ser muy duro exponerse tanto si siempre ha sentido rechazo cuando cuenta según qué cosas”*. G1-P2.

Haciendo hincapié a su vez en la necesidad de que todo el trámite burocrático relacionado con el cambio de nombre en la historia clínica debería ser mucho más rápido o que se pudiera realizar por parte del profesional que lo atienda en una primera ocasión

para evitar estos errores a la hora de atender al paciente y mejorar dicha atención del mismo.

*“Creo que es importante que una vez sabes que el nombre en la historia no es correcto vayas avisando a los compañeros en el relevo para que nadie más cometa los mismos errores y el paciente no tenga que estar dando explicaciones que no quiere dar a cada persona que lo vaya a tratar durante el tiempo que esté ingresado”. G9-P6.*

*“Creo que debería ser más fácil que el paciente pueda cambiar su nombre en la historia y no haya problemas de este tipo al llegar a tratar a un paciente. Porque yo me pongo en su lugar y me parece que es una cosa que debería poder resolverse desde el momento que decide cuál es su nombre real”. G9-P7.*

*“Tendríamos que tener alguna manera de hacer el cambio en la historia clínica nosotros mismos si el nombre del paciente no es correcto. No es lógico que siga apareciendo en los papeles un nombre que no es el del paciente”. G9-P10.*

#### **5.4. Tema 3. Cuidar con orgullo como vínculo entre la individualidad y la profesionalidad**

Este tema (Figura 5) abarca la comprensión de los participantes de los problemas de los pacientes trans\* con los proveedores de atención médica y los cambios necesarios como resultado de su introspección y autorreflexión para brindar una atención equitativa. Estos incluyen la importancia del conocimiento en terminología, la recalibración de las categorías de género, así como la promoción de una atención por parte de los profesionales de la salud a los pacientes trans\* que sea basada en el conocimiento, inclusiva, específica y culturalmente sensible.

De los tres subtemas relacionados con este tema principal en el primero de ellos, se explora la necesidad de utilizar terminología que respete la identidad y expresión de género, evitar errores a la hora de atender a pacientes trans\*, manifestándose una diferencia en estos casos entre los participantes con experiencias previas tanto personales como profesionales.

En cuanto al segundo subtema se relaciona con la necesidad de incluir la diversidad de género en todos los ámbitos con el fin de propiciar cambios en la práctica que permitan una atención integral e individualizada de cada paciente, así como la tendencia positiva de cambio a nivel estructural para garantizar una atención más segura y eficaz de estos pacientes.

En cuanto al tercer subtema se relaciona con la necesidad de mejora dentro de las esferas de gestión, tanto por parte de cargos como de instituciones, que garanticen una atención sanitaria al paciente trans\* por parte de los profesionales sanitarios que sea percibida por estos como segura, respetuosa y de apoyo, independientemente del proceso sanitario por el que precise atención.

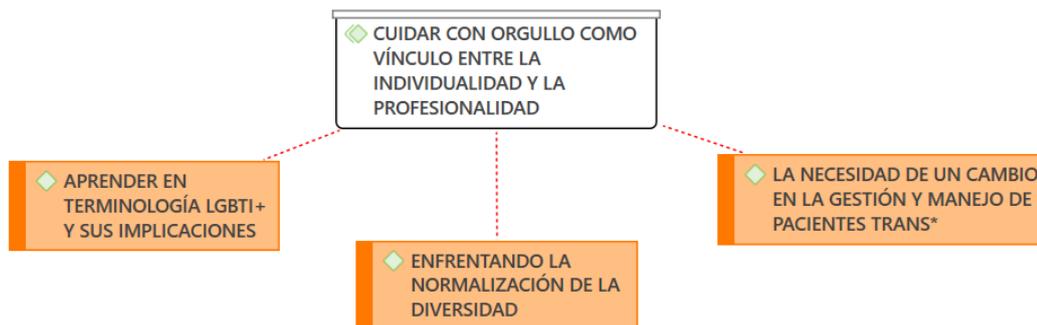


FIGURA 5. TERCER TEMA PRINCIPAL Y SUBTEMAS. ELABORACIÓN PROPIA.

#### 5.4.1. Subtema 3.1. Aprender en terminología LGBTI+ y sus implicaciones

Como se mencionó, existe una escasez de comprensión entre los participantes de la terminología LGBTI+, ignorando la mayor parte del tiempo la identidad de género del paciente y teniendo en cuenta solo su expresión de género.

*“Ha sido un problema para mí hacer un uso adecuado de los pronombres, cambiar mi chip mental para hablar en masculino, por ejemplo. He cometido algunos errores, pero no fueron intencionados. Aun así, el hecho de que lo confundiera con una mujer me hizo sentir un poco incómoda porque no sabía cómo arreglar la situación”. G1-P9.*

*“Creo que en algún momento pudo haberse sentido ofendido porque le asigné un pronombre femenino y tuvo que corregirme. Me disculpé, pero el daño ya estaba hecho”. G12-P9.*

*“Al entrar ya hemos metido la pata, hemos entrado saludándola como Luz y nos ha dicho muy serio que su nombre es Antonio, creo que eso ha estado mal y que debe sentarle muy mal tener que explicar todo el rato lo mismo”. G8-P2.*

Aunque cabe destacar que algunos de los participantes utilizaron diferentes técnicas comunicativas para evitar caer en el error a la hora de referirse correctamente al paciente, dándole tiempo a que él mismo expresara la manera en que quería ser tratado.

*“Yo le he hablado de usted, pero si manifiesta que su nombre es Antonio lo trataría por su nombre sin problema. Pero en algún momento se ha referido a sí mismo en masculino así que yo he seguido tratándolo en masculino también”. G4-P9.*

*“Si yo la veo, y físicamente veo que es una chica, hago el doble sentido para preguntarle y según se refiera a sí mismo así le hablo yo. Creo que se puede hacer fácil”. G4-P7*

*“He optado por hablarle de usted para evitar equivocarme. Pero aun así me ha costado porque no es una manera de hablar que suele utilizar normalmente”. G10-P5.*

*“He intentado hacer las preguntas sin utilizar ninguna referencia al masculino o el femenino y una vez que nos ha ido contestando en masculino, así que he pensado, vale, se identifica en masculino, así que ya he empezado a hacer uso del masculino”. G10-P2.*

*“Me ha dicho que prefería que le hablara en masculino y lo he hecho sin problema, no me ha costado”. G3-P1.*

Incluso algunos de los participantes presentaron una ventaja respecto a los demás para no cometer este error, ya que en su vida personal y en su círculo cercano tienen relación con personas trans\*, por lo que es un aspecto comunicativo que ya han trabajado previamente.

*“Yo es que tengo una amiga así, bueno un amigo que es un chico, así que siempre lo trato en masculino y me ha sido más fácil hacerlo así porque ya lo hago habitualmente”. G4-P10.*

*“Era un poco raro porque yo tengo amigos que son trans\*, pero no es lo mismo con un paciente que es, entre comillas, más distante, tienes que mantener una relación profesional y dejar la relación personal aparte”. G11-P5.*

Muchos de ellos expusieron que, si el caso hubiera sido al contrario y hubieran tenido que atender a una chica trans\*, quizás no habrían cometido este error a la hora de dirigirse a ella porque su aspecto externo habría coincidido con la propia concepción de lo masculino o femenino existente en la mente del participante.

*“Me ha costado hablarle en masculino, por su aspecto yo veía una chica más masculina de pelo corto, pero no lo asociaba en mi cabeza como chico al dirigirme a él. Si hubiera sido una chica trans\* que viniera a ponerse pecho creo que me habría costado menos porque en mi cabeza si hubiera visto una chica al entrar en la habitación”. G7-P10.*

*“Si nos hubieran planteado que Antonio que viene a ponerse pecho porque es Luz hubiera sido igual, no me hubiera costado referirme a ella con su nombre real, creo que habría actuado igual. Aunque puede que fuese porque al entrar a la habitación si hubiera visto lo que para mí es una chica, en este caso al entrar veía una chica con pelo corto, no sé, creo que podría haber sido más fácil para mí porque no habría percibido que era un hombre si el aspecto corresponde con el de una mujer”. G8-P6.*

*“Si el caso hubiera sido al revés si nos lo hubiésemos esperado, si nos llegan a dar un nombre de chico que viene a ponerse pecho sí que habríamos sabido que tipo de paciente teníamos que atender. Al entrar a la habitación le habríamos preguntado cuál es su nombre de verdad, pero en este caso era más difícil saber que era un paciente trans\* antes de que nos lo dijera él mismo”. G3-P11.*

*“Si tuviera que haber atendido una mujer en vez de un hombre que acude al centro para ponerse pecho me habría planteado desde el principio la situación y no hubiera cometido ese error”. G5-P3.*

Incluso alguno de los participantes que desarrolla su actividad profesional habitual en otra categoría del ámbito sanitario indicaron que en su propia práctica laboral también pueden llegar a caer en errores de este tipo por la propia concepción que hacemos en nuestra cabeza de lo que es masculino o femenino al ver el aspecto físico de alguien.

*“Yo, por ejemplo, que trabajo como técnico en urgencias, cuando vamos a un domicilio puedes encontrar a alguien que por el aspecto físico parece un chico, pero luego es una chica y al final tienes que cambiar la manera de hablar y tratarla correctamente. Tú te haces una idea en tu cabeza por el aspecto de la gente, pero es un error y puede que no tenga nada que ver con lo que tú hayas podido pensar”.*  
G7-P1.

Explicando alguno de ellos, como debía sentirse el paciente ante estos errores y que sentimientos pueden provocarle tener que estar dando las mismas explicaciones continuamente a toda persona que le atiende.

*“Es que yo me pongo en su lugar, imagina que yo fuese un chico trans\* y todo el mundo me llamara por un nombre de mujer que no es el tuyo de verdad, pues al final acabarías harto de tener que estar todo el rato explicando lo mismo a todo el mundo”.* G9-P1.

*“Es que tú piensa que es lo que tienes que sentir si nunca te llaman por tu nombre y siempre te llaman de una manera en la que no te ves. Tiene que ser muy frustrante tener que estar dando las mismas explicaciones todo el día”.* G3-P10.

Los participantes expresaron una confusión sobre qué pronombre usar al cuidar a un paciente trans\*, que a veces se extendió incluso a la elección de la habitación debería asignársele.

*“No considero que deba estar solo en una habitación ya que podría sentirse aislado o algo así. Sugeriría que compartiera habitación con una mujer, ya que son más respetuosas y tolerantes en estas situaciones”. G5-P7.*

*“Lo trataría igual que al resto de pacientes. Aunque en el caso que su compañero de habitación lo esté molestando, a él o a su acompañante, con algún comentario transfóbico o algo por el estilo, yo intentaría hacerle ver a esa persona que este paciente es igual a él/ella y que no tiene por qué tratarlo así. Si aun así, su compañero sigue con la misma actitud, pediría el traslado a una habitación donde el paciente se sintiera más cómodo”. G3-P10.*

*“Yo creo que no, porque lo normal es que las habitaciones sean compartidas y entonces estaría haciendo una discriminación y no se sentiría como todos. Aunque sería conveniente ponerle con alguien con una mente más abierta que hiciese la convivencia agradable”. G1-P8.*

Algunos participantes optaron por habitaciones separadas como una posible solución para los pacientes trans\* con el fin de mantener la comodidad de todos o evitar más problemas, mientras que otros vieron esta separación como una especie de aislamiento:

*“Evitaría compartir su habitación con una persona mayor o cualquier persona que no comparta su opinión y creencias. Entonces, podríamos evitar problemas de ambos lados, ya que él no merece pasar un momento difícil debido a las creencias de los demás. De todas maneras, tampoco pasaría nada porque el paciente se quedara solo en una habitación”. G12-P10.*

*“No lo trataría de manera diferente a otros pacientes, por lo que podría compartir una habitación. Identificándose como hombre, podría compartir una habitación con otro hombre, aunque se le podría proporcionar una habitación individual. Sin embargo, trataría de evitar esta última opción porque creo que no deberíamos aislarlo solo porque "podría" causar algunos problemas o hacer que otros se sientan incómodos". G2-P3.*

*“Le preguntaría si prefiere estar solo o acompañado. Intentaría que se sintiera lo más cómodo posible. Pero no lo pondría con alguien intolerante que no lo respetara o lo hiciera sentirse incómodo”*. G4-P8.

La complejidad de los pacientes trans\* junto con la falta de conocimiento de estos participantes fue identificada por ellos mismos como un posible sesgo personal y profesional que podría tener influencia en la prestación de sus cuidados:

*“La verdad es que no sabría decir con quién podría compartir la habitación, por ejemplo, pero probaría con alguien en su misma situación. Todo esto es bastante complejo y creo que me falta mucho conocimiento sobre el tema. Puede que no sea totalmente objetiva al evaluar al paciente”*. G2-P8.

*“Depende de si la habitación es individual o no. En principio no hay problema en que comparta habitación con otra persona. Pero no sé si en el hospital está permitido o hay alguna normativa específica en estos casos”*. G7-P9.

#### **5.4.2. Subtema 3.2. Enfrentando la normalización de la diversidad**

Las respuestas de los participantes refuerzan la necesidad de incluir la diversidad de género para cambiar la práctica de la enfermería. Reconocieron que sus intervenciones carecían de un marco que les permitiera brindar una atención individualizada e integral independientemente de su condición:

*“No tenía mucho conocimiento, mucho menos sobre cómo cuidar desde el punto de vista de enfermería y nada sobre el proceso que estaba atravesando. Fue bastante desafiante pensar que tenía una identidad diferente a la que ya tenía, sobre todo cuando hablaba con él. Sin embargo, todo esto me hace querer formarme más y poder ofrecer una atención equitativa y de calidad tanto a las personas LGBTI+ como al resto”*. G11-P2.

*“Me ha parecido muy buena manera de aprender a llevar estos tipos de casos ya que es una manera práctica y muy útil de afrontar una situación real, ya que se te puede presentar un caso así en cualquier momento de tu vida profesional y debes saber cómo afrontar la situación. Además, me ha hecho ver que tengo que formarme más sobre estos temas si quiero que la atención que le dé a mis futuros pacientes sea buena”.* G8-P3.

*“Me ha gustado mucho la práctica, me ha hecho replantearme el trato con el paciente y que tenemos que conocer más sobre el trato a las personas trans\* y LGBTI+”.* G6-P4.

Muchos de ellos también identificaron la necesidad de un cambio importante a nivel estructural para brindar privacidad y cualquier otra opción para aquellos que puedan sentirse incómodos con los espacios de género disponibles actualmente:

*“No me consideraba capaz de atender a pacientes con estas características hasta la clase de hoy. Sin embargo, no creo que esté lo suficientemente preparada para tratar con este tipo de pacientes, pero tampoco creo que existan recursos como espacios neutrales en los hospitales para brindar una buena calidad de atención. Hay que cambiar muchas cosas en todos los niveles”.* G1-P1.

*“Ha sido una situación impactante e interesante. Creo que hemos podido aprender mucho. Por otro lado, también me sentí inseguro sobre cómo tratar con este tipo de pacientes porque ha sido una experiencia totalmente nueva. A pesar de eso, es algo por lo que tengo curiosidad y espero poder seguir formándome al respecto, especialmente para poder brindar una buena atención e investigando sobre lo que podemos hacer para cambiar nuestro entorno de trabajo”.* G8-P6.

*“Me parecen buenos y útiles ya que vemos los ejemplos tratados en clase de una forma más enfocada al ámbito laboral. Esto me ha hecho darme cuenta de que queda mucho por hacer tanto con el personal sanitario como dentro de los centros sanitarios para que de verdad se dé una atención de calidad a los pacientes trans\*”.* G2-P5.

### **5.4.3. Subtema 3.3. La necesidad de un cambio en la gestión y manejo de pacientes trans\***

En este sentido y con el fin de garantizar una atención segura y de calidad a estos pacientes, los participantes sugirieron la necesidad de incluir una gestión profesional en la fórmula. Como identificaron, las enfermeras con cargo de alto nivel y otros administradores de salud desempeñan un papel esencial para supervisar y apoyar los conocimientos y actitudes de sus profesionales hacia esta comunidad:

*“Son pacientes como cualquier otro que tenga un cáncer o apendicitis ... Tienen suficientes problemas como para agregar problemas emocionales por nuestra culpa. Los administradores deben identificar a los profesionales adecuados y capacitarlos para que este tipo de pacientes se sientan como un paciente más y no como un bicho raro. Necesitamos evolucionar”. G6-P8.*

*“Estamos familiarizados con este tema [personas trans\*] porque se ha vuelto cada vez más común, y es extraño quien no tenga un amigo que sea gay o trans\* ... Imagínense a los profesionales de otras generaciones ... Tiene que ser impactante y son más reacios a lidiar con eso. Los hospitales deben formar una unidad específica o algo con profesionales con valores y actitudes para la atención específica y sensible hacia estos pacientes”. G4-P7.*

*“Estos pacientes, más que otros, necesitan crear un vínculo enfermera-paciente. Entonces, debería garantizarse que tuvieran un profesional como referente que fuese su contacto con el sistema, como un guía... De lo contrario, el propio sistema hará que el paciente se vaya.”. G5-P6.*

*“Debería hacerse más caso de las demandas de las personas trans\* a la hora de la atención sanitaria que quieren recibir, tener en cuenta lo que quieren y nosotros deberíamos ser capaces de dárselo. Creo que los profesionales que trabajan con ellos deben estar bien formados y saber bien la manera de tratarlos”. G2-P9.*

Quedando patente la necesidad de brindar al paciente trans\* seguridad, apoyo y respeto independientemente del motivo por el que acabe siendo tratado por el profesional sanitario.

*“Un poco darle esa seguridad, tanto a la hora de entrar en el quirófano, tanto como por el proceso de después, de la recuperación, de las curas posteriores, para que esté tranquilo y bien a la hora de entrar al quirófano, como cualquier otro paciente que se va a operar. Normalizar la situación como con cualquier paciente quirúrgico sin que sea un caso especial por tratarse de una persona trans\*”.* G7-P5.

*“Si lo tuviéramos que repetir iríamos con más seguridad y le hablaría utilizando las palabras adecuadas y no tratándolo como una mujer ya que es un hombre. Y me hubiera centrado más en preguntas relacionadas con el proceso quirúrgico, sus dudas y miedos, no sé, interactuar de la manera más profesional con él y ayudarlo a afrontar este proceso”.* G5-P9

Sin embargo, la mayoría de los participantes cree que estos gerentes y administradores están en condiciones de ayudar a superar las desigualdades en el acceso de estos pacientes al sistema de atención sanitaria y apoyarlos durante su proceso de transición. Esta ayuda funcionaría tanto a través de cambios a nivel estructural como del desarrollo continuo de los profesionales:

*“Las administraciones se limitan a un proceso básico de atención al paciente trans\*, si es que tienen tal cosa, pero el problema no es la cirugía para un cambio de sexo, es todo lo que hay antes y después. Muchos pacientes retrasan o ignoran sus propios problemas de salud debido a la vergüenza o el miedo. Eso es inaceptable. ¡Nuestros gerentes deberían hacer algo!”.* G3-P10.

*“Creo que desde las directivas de sanidad debería hacerse más por estos pacientes, no creo que la atención que se da actualmente sea la adecuada. Se tiende a patologizar a las personas trans\* cuando debería tratárselas como al resto de*

*personas. Creo que es un problema que viene de las propias instituciones que no hacen bien las cosas y es una pena que no se intenten mejorar". G8-P3.*

## 6. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue explorar las actitudes de los estudiantes de enfermería respecto a la atención al paciente trans\*. Este tema es de gran interés en la actualidad, ya que nos permite identificar áreas en las que se necesita mejorar la educación y capacitación para garantizar una atención más inclusiva y accesible. Al proporcionar a los estudiantes de enfermería las herramientas necesarias para una atención más respetuosa y diversa, se contribuirá a formar a los futuros profesionales de la salud capaces de ofrecer una atención de calidad a los pacientes trans\*. En este sentido, el presente estudio pretende mejorar la atención sanitaria a pacientes trans\* y fomentar la igualdad de derechos y oportunidades en el ámbito de la salud.

Respecto a la identificación de prejuicios y estereotipos hacia la atención del colectivo LGBTI+ por parte del alumnado de enfermería encontramos que, a pesar de que la mayoría de los participantes tenían actitudes positivas y respetuosas hacia las personas LGBTI+, nuestros participantes fueron capaces de identificar las actitudes discriminatorias y negativas por parte de su compañero durante la realización del relevo de turno, pero en su mayoría no fueron capaces de realizar una corrección del discurso transfóbico, siendo muy pocos de ellos los que confrontaron directamente esta actitud e intentaron pararla.

Una posible explicación para estos hallazgos puede ser un reflejo de las actitudes sociales de los propios participantes, que incluyen la transfobia, el sexismo, el racismo y el género, y donde este tipo de aprendizaje se vuelve más relevante (Chan et al., 2022; Costa et al., 2016; Eliason et al., 2011b; Giddings & Smith, 2001; Hojat, 2016; Lim & Hsu, 2016; Luvuno et al., 2019). Asimismo, estas actitudes positivas y negativas pueden estar definidas por dos componentes de actitud independientes, pero ambos modificables en diferentes grados. Por un lado, una actitud implícita durante el encuentro, lo que desencadenaría una reacción automática. Y de otro, una actitud explícita resultado de una evaluación consciente y, por tanto, se trataba de una actitud aprendida previamente (Bilgic et al., 2018; Echabe, 2013; Tartavouille & Landry, 2021).

Estudios con personal de enfermería que desarrolla su labor asistencial con pacientes trans\* refieren en sus discursos que dentro del ámbito laboral es ocasional que exista una actitud jocosa e irrespetuosa hacia los pacientes trans\* por parte del personal sanitario

que se encarga de su atención (Carabez & Scott, 2016), siendo esto uno de los aspectos más criticados por parte de las personas trans\* por la estigmatización que ocasionan, llegando a rechazar buscar atención sanitaria por este motivo (Bockting et al., 2004; Samuels et al., 2018).

En lo relativo a la determinación por parte del alumnado de enfermería de las barreras relacionadas con la atención al paciente trans\* cabe destacar que la mayoría de participantes confirmaron la necesidad de realizar una mayor inclusión de contenidos LGBTI+ en sus planes de estudios desde el inicio de los mismos. Durante la realización de la simulación detectaron falta de conocimientos sobre la realidad de las identidades trans\* como posibles pacientes, informando de un gran desconocimiento del proceso de transición u otros aspectos relacionados con la atención sanitaria a pacientes trans\*. Consideran que es necesario incluir la diversidad afectivo-sexual en su formación con el fin de poder brindar una atención individualizada e integral adecuada a estos pacientes.

Acorde a esto, la literatura existente sugiere que el conocimiento de la terminología LGBTI+ es crucial para comprender y brindar una atención culturalmente competente a los pacientes trans\*, así como para identificar prejuicios profesionales y personales (Abeln & Love, 2019; Mikulak et al., 2021). Y dentro de los estudios realizados a pacientes trans\* uno de los aspectos más repetidos en sus discursos es la falta de conocimientos por parte del personal sanitario que les presta atención (Alpert et al., 2017; Castillo & Cuadrado, 2020; Dubin et al., 2018).

Este escaso contenido LGBTI+ en los planes de estudios de enfermería puede explicar la escasez de comprensión de los estudiantes de la terminología relacionada con el género. Por ello, los participantes enfrentaron el desafío de diferenciar adecuadamente términos como identidad de género o expresión sexual durante su valoración de enfermería, lo que fue percibido como una barrera a la hora de realizar su la actividad por parte del alumnado (Kellett & Fitton, 2017; Lim et al., 2015; Maruca et al., 2018).

En este sentido, la escasez de contenido curricular que aborde estos temas podría haber provocado la falta de habilidades necesarias para brindar una atención informada y una comunicación equitativa (Muckler et al., 2019). Esto sería similar a otros estudios donde se encontraron algunas barreras para implementar este tipo de competencias temáticas específicas. En general, surgieron como principales barreras la falta de apoyo institucional y el escaso tiempo curricular, pero también la intervención discreta y puntual

que muchas veces se utiliza para este tipo de contenidos, cuya eficacia pedagógica se vería claramente socavada (Brown et al., 2023; Dubin et al., 2018; Paradiso & Lally, 2018). Además, esta falta de contenidos no se da únicamente en nuestro ámbito sino que es extensible y demandada por el resto de disciplinas sanitarias (Barrett et al., 2021; Dubin et al., 2018; Eickhoff, 2021; Greene et al., 2018; Korpaisarn & Safer, 2018; Llayton & Caldas, 2020; Roth et al., 2020; Snelgrove et al., 2012; Tollemache et al., 2021).

La incorporación de contenidos LGBTI + en los currículos de enfermería podría resultar útil y una intervención de sensibilidad, desde el primer año de formación hasta su práctica profesional como desarrollo profesional continuo, especialmente cuando se utilizan escenarios de aprendizaje basados en la práctica. Estos hallazgos destacan que este contenido es un componente clave para desarrollar la autoconciencia, la confianza, las habilidades de enfermería y la sensibilidad de los estudiantes y profesionales hacia los pacientes trans\* y otras personas LGBTI+ con el fin de brindar una atención competente y bien informada (Braun et al., 2017; Eickhoff, 2021).

En muchas ocasiones, estos pacientes suelen acudir a los servicios de salud con miedo y vergüenza, y ahí radica la importancia de contar con profesionales bien formados y capacitados para llevar a cabo buen manejo de la atención sanitaria de estos pacientes como destacan nuestros participantes en su relato (Brookfield et al., 2020; Korpaisarn & Safer, 2018; Lazarus et al., 2020). Esto también es detectado por profesionales en activo, si nos centramos en estudios llevados a cabo con ellos una de las barreras que detectan a la hora de atender a los pacientes trans\* en su práctica diaria encontramos que existe una falta formación específica, apoyo institucional o de guías clínicas de atención que sean útiles para el correcto cuidado de estos pacientes (Mikulak et al., 2021).

Dicho esto, los educadores, administradores y otros gerentes de atención sanitaria surgen como una de las piedras angulares en la prestación de atención a los pacientes trans\*. Son un elemento clave para apoyar y orientar a los profesionales y estudiantes de enfermería en su práctica y desarrollo profesional, que incluye las necesidades de las personas LGBTI+.

Y las enfermeras pueden desempeñar un papel fundamental en la lucha por la equidad y la justicia respecto a la atención sanitaria de las personas trans\*, ser transinclusivas y competentes respecto al cuidado que precisan, respetando su identidad, orientando su

proceso y garantizando, así, el cumplimiento de sus obligaciones profesionales (Carabez et al., 2015; Lindroth, 2016; Merryfeather & Bruce, 2014).

El hecho de utilizar pronombres incorrectos durante el trato al paciente trans\* fue relatado por nuestros participantes en múltiples ocasiones. Si revisamos estudios llevados a cabo con personas trans\* una de sus principales quejas tienen relación con el uso equívoco de sus pronombres, a la hora de ser tratados por el personal sanitario (Kosenko et al., 2013; Luvuno et al., 2019; Magalhães et al., 2020; Samuels et al., 2018). Es importante, tal como señalan algunos autores, no crear un silencio u obviar lo dicho a un paciente si se ha tratado de un error de lenguaje, en este caso se deberá ofrecer una disculpa sincera y continuar con la atención del paciente utilizando la terminología adecuada (Abeln & Love, 2019; Sallans, 2016).

Otro de los aspectos que destacan como queja entre los pacientes trans\* sobre la atención sanitaria es la presunción de heterosexualidad por parte del personal sanitario, hecho que suele repetirse en todos los relatos sobre atención sanitaria por parte de miembros de la comunidad LGBTI+ (Logie et al., 2019), añadiendo además que en muchas ocasiones les supone una duda el revelar su orientación sexual al personal sanitario que los atiende por miedo a ser estigmatizados o recibir un trato negativo (Rossman et al., 2017).

Estos errores a la hora de saber cómo abordar la atención del paciente trans\* y el desconocimiento de los procesos administrativos en el ámbito laboral, llevo a nuestros participantes incluso a dudar sobre la asignación de habitación que podría darse a este paciente, llegando en muchos casos a optar por el aislamiento del mismo en una habitación individual para minimizar la posibilidad de conflictos con otros pacientes.

Si analizamos estas dudas relatadas por nuestros participantes sobre la asignación de habitación, encontramos que es una duda que también surge en el ámbito clínico a profesionales ya formados, por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Carabez et al. (2016) donde se llevaron a cabo entrevistas a enfermeras profesionales de San Francisco en el que aparecen los mismos problemas de los encontrados en nuestro estudio, dándose fallos a la hora de utilizar los pronombres adecuados, en la mayoría de los casos por basarse en el aspecto físico de la persona en lugar de en los datos que el paciente aporta sobre su denominación, basarse en la heteronormatividad confundiendo el ser una persona trans\* con una orientación sexual, desconocimiento sobre el proceso de transición y sobre

la habitación o el baño que debe utilizar el paciente trans\*, por lo que la mayoría opta por la opción de dejar a estos pacientes asilados en una habitación individual, sin encontrar una explicación lógica sobre la toma de esta decisión.

En estudios llevados a cabo con personas trans\* encontramos que esto es un problema que también detectan, relatando que el hecho de compartir habitación con otra persona posiblemente acabe siendo estigmatizante para ellos, ocasionándoles un sentimiento de alivio las veces que son alojados en una habitación individual al disminuir la posibilidad de convivir con un compañero de habitación que los discriminaría, ser asignados con una persona cuyo sexo sea contrario a su propia identidad o no poder mantener en privado su propia identidad ante una persona desconocida de la que no puede predecir su posible reacción al descubrirlo (Samuels et al., 2018).

Sobre el impacto del uso de la atención simulada al paciente trans\* por parte del alumnado de enfermería enfatizaron la importancia del uso de aprendizaje basado en la práctica mediante este tipo de formaciones, ya que les permitió realizar una inmersión en la posible práctica laboral que encontrarán posteriormente y plantearse como serían los futuros encuentros con estos pacientes u otros con identidades diversas.

Y la mayoría de los participantes destacó que su autoconciencia sobre las necesidades de atención sanitaria de las personas LGBTI+ aumentó como resultado de la intervención de aprendizaje basada en la práctica, valorando la importancia de sus actitudes para lograr un impacto positivo a la hora de brindar su atención sanitaria a los pacientes trans\* (Burgwal et al., 2021; Wosinski et al., 2018).

Según lo recomendado por nuestros participantes, abordar los problemas de los pacientes trans\* no solo comienza con la educación de las enfermeras, sino que también son necesarios cambios a nivel estructural para abogar por espacios neutrales o seguros, que garanticen la privacidad y las opciones de cualquier persona frente a los espacios actuales de género (Brown et al., 2018; Kellett & Fitton, 2017; Thornton, 2018), siendo estos espacios seguros demandados también por estos pacientes (Bockting et al., 2004; Nair et al., 2021; Samuels et al., 2018).

Indicaron que la necesidad de este cambio a nivel estructural y organizativo en las instituciones con el fin de poder desarrollar un cuidado transinclusivo, siendo necesaria la realización de políticas y protocolos por parte de la institución sanitaria que va a brindar la atención sanitaria a estos pacientes, así como un mayor seguimiento y control por parte

del personal con cargo dentro de la institución que vele por el cumplimiento del mismo por parte de los trabajadores a su cargo. Tanto los educadores como los enfermeros con cargos de responsabilidad dentro de las diferentes organizaciones tienen un papel importante para apoyar y preparar a sus enfermeras futuras y actuales para crear un ambiente de transinclusividad en el entorno de trabajo (Carabez et al., 2015; Kcomt et al., 2020).

Dichos cambios deben facilitar espacios seguros o neutrales entre otras medidas. Espacios estos, además, son demandados por los pacientes trans\* (Kamen et al., 2019; Kellett & Fitton, 2017; Thornton, 2018). Como se sugiere en nuestros resultados, estos espacios garantizarían tanto la privacidad y seguridad de los pacientes trans\* como un modelo para las actitudes inclusivas de los estudiantes y profesionales de enfermería en su práctica diaria.

Esto es de gran importancia para aquellas personas que no se agrupan en un modelo binario el poder encontrar estos espacios inclusivos como un lugar seguro y por lo tanto estos pueden servir como modelo de conciencia para aquellos estudiantes de enfermería que realizan sus rotaciones clínicas en esas instituciones. Este tipo de modelo transinclusivos en entornos de práctica clínica real puede desempeñar un papel importante para empoderar las actitudes inclusivas y la responsabilidad de la enfermería en su propia práctica (Kcomt et al., 2020; Kellett & Fitton, 2017; Kroning et al., 2017; F. Lim et al., 2015).

Dado que la enfermería suele ser el primer punto para la atención médica, su papel se vuelve crucial en las experiencias de las personas LGBTI+ y otras minorías dentro del sistema de salud (García-Acosta et al., 2019; McNiel & Elertson, 2018). En este escenario, tanto los educadores, las enfermeras con cargo de poder y otros gerentes de servicios de salud deben apoyar este rol de liderazgo en la atención de estos pacientes (Carabez et al., 2016; Goldberg et al., 2018; Thornton, 2018). Además de los cambios en el nivel estructural, los administradores de enfermería deben considerar la tutoría continua para enfermeras con experiencia que puedan tener información limitada sobre las necesidades de salud de estas poblaciones a fin de estar lo suficientemente equipadas para brindar una atención de alta calidad y culturalmente competente (Abeln & Love, 2019; R. Carabez et al., 2015).

En cuanto al conocimiento de las actitudes del alumnado de enfermería durante la atención simulada al paciente trans\*, relataban que la falta de habilidades comunicativas, tanto con este tipo de pacientes como con el resto, necesitan ser mejoradas, ya que en ocasiones se sintieron nerviosas ante el paciente y no supieron cómo organizar la conversación para realizar la valoración del mismo. De la misma manera la falta de conocimientos y vocabulario relacionado con el colectivo LGBTI+ y, más específicamente, con las identidades trans\*, les llevaron a cometer errores como el uso inadecuado de pronombres, la asunción del sexo del paciente en función de sus características físicas o asumir su orientación sexual en base al género con el que ellos mismos lo asignaban mentalmente (Gridley et al., 2016; Lim & Hsu, 2016; Tartavouille & Landry, 2021). Trabajar las habilidades comunicativas en entornos controlados en el aula ha demostrado aumentar la confianza y las habilidades del alumnado, mejorando las posteriores interacciones que se puedan dar en su práctica clínica con personas trans\* o pertenecientes al colectivo LGBTI+ (Haghiri-Vijeh et al., 2020).

En relación a la comunicación interprofesional, los resultados mostraron la importancia de realizar una valoración de enfermería exhaustiva de nuestros pacientes con el fin de que la información transmitida en la comunicación interprofesional sea lo más correcta posible y no dé lugar a equívocos o a que se vuelvan a cometer errores con el paciente que pueden ser subsanados si el profesional que lo va a atender tiene información adecuada.

En línea con otros estudios, nuestros participantes enfatizaron la necesidad de promover una comunicación positiva del equipo de salud y con respeto hacia los pacientes sobre todo sin prejuicios y sesgos para construir una buena relación enfermera-paciente (Bonvicini, 2017; Haghiri-Vijeh et al., 2020; Zunner & Grace, 2012). Se considera esencial que la formación en comunicación aumente dentro de los planes formativos del personal sanitario con el fin de mejorar las habilidades de comunicación de estos, mejorando así la atención que van a recibir todos los pacientes, en general, y las personas trans\*, en particular (Kosenko et al., 2013).

Respecto a las vivencias del alumnado de enfermería durante la atención simulada al paciente trans\*, tras el análisis de los resultados encontramos que ha sido gratificante realizar esta formación con un paciente trans\* real, siendo una actividad novedosa para ellos y que ha puesto de manifiesto su falta de conocimientos sobre el tema. Este tipo de aprendizaje mediante el uso de la simulación se ha convertido en una herramienta cada

vez más utilizada en la formación del personal sanitario (Corrigan et al., 2022; Kaldheim et al., 2021; Karlsen et al., 2017; MacKinnon et al., 2015; Ozkara San et al., 2019; Roman et al., 2020).

Estos hallazgos están en línea con García-Acosta et al. (2019) y Muckler et al. (2019), quienes introdujeron estos escenarios de aprendizaje basados en la práctica para mejorar la atención sanitaria ofrecida por enfermeras y estudiantes de enfermería a pacientes trans\*, aumentando su confianza y comodidad durante la atención que brindan a estos pacientes. Además, estas intervenciones podrían ayudar a los estudiantes de enfermería a formar actitudes específicas hacia los pacientes trans\*, con el fin de desarrollar una cultura profesional y organizativa hacia estos pacientes (S. Brown et al., 2018; Stewart & O'Reilly, 2017; Wosinski et al., 2018).

Para finalizar destacar que existen varias limitaciones en este estudio que deben tenerse en cuenta al interpretar nuestros resultados. En primer lugar, limitar la participación en el estudio a estudiantes de primer año de enfermería, cuyos conocimientos aún son limitados respecto a la atención sanitaria y no han realizado prácticas aún con pacientes reales, siendo esta su primera incursión en una asistencia sanitaria a un paciente estandarizado. Sería interesante explorar las experiencias y percepciones de los educadores sobre las barreras encontradas al integrar el contenido LGBTI+ en los planes de estudios de enfermería, qué mecanismos utilizan para equipar a los estudiantes de enfermería para brindar una atención bien informada y culturalmente competente a estos pacientes. En lugar de concluir este tema, este estudio ofrece una oportunidad para abordar las perspectivas de los pacientes trans\* con más detalle para obtener una comprensión más profunda de sus necesidades complejas o para determinar cómo se perciben incluso estas necesidades de atención sanitaria en los pacientes adultos LGBTI+.

## 7. CONCLUSIONES

A través de nuestra investigación hemos podido explorar las actitudes del alumnado de enfermería respecto a la atención al paciente trans\*.

Las actitudes del estudiantado de enfermería durante la atención sanitaria al paciente trans\* parece estar libre de prejuicios o estereotipos negativos. Los resultados ponen de manifiesto que la atención ha de ser igualitaria, indistintamente de la orientación sexual de los pacientes.

El alumnado de enfermería ha sido capaz de reconocer las barreras relacionadas con la atención sanitaria al paciente trans\* como son el estigma, discriminación o falta de apoyo institucional percibido por estos pacientes, así como la falta de formación específica para realizar una atención de calidad, siendo conscientes de lo necesario que es mejorar estos aspectos para su futura labor profesional.

El uso de la simulación de atención al paciente trans\* en el alumnado de enfermería ha sido considerado como muy positivo y útil dentro de su formación, considerando que el uso de este tipo de enseñanza es muy adecuado por adecuarse a la realidad futura con la que se encontrarán durante el desempeño de su futura profesión.

Las actitudes del alumnado de enfermería durante la atención simulada al paciente trans\* han sido adecuadas al nivel de formación previo que poseían, se han mostrado respetuosos con el paciente durante la valoración de enfermería realizada y han sabido salir en defensa de la dignidad de este ante actitudes transfóbicas de su compañero de trabajo.

Las vivencias del alumnado de enfermería durante la atención simulada al paciente trans\* han sido muy positivas, destacando en el discurso la necesidad de formación por su parte para mejorar la atención prestada. Además, han mostrado un gran interés por este tipo de actividades como parte de su formación académica.

Este estudio sobre la atención al paciente trans\* por parte de estudiantes de enfermería presenta varias implicaciones importantes en la práctica clínica. En primer lugar, ocasiona una mayor sensibilización y comprensión sobre las necesidades específicas de atención sanitaria de estos pacientes, conllevando un mayor respeto y aceptación de las identidades de género diversas, así como a una atención más empática y sensible. En segundo lugar,

permite identificar las barreras y desafíos que enfrentan los pacientes trans\* en el acceso a la atención sanitaria, y cómo pueden abordar estos problemas como futuros profesionales sanitarios. Por último, ha aumentado la competencia de los estudiantes de enfermería, mejorando las prácticas en la atención sanitaria al paciente trans\*, incluyendo cómo hacer preguntas abiertas y no invasivas sobre la identidad de género y cómo proporcionar un ambiente seguro y respetuoso.

Este estudio mejora la calidad de la atención sanitaria al paciente trans\* al aumentar la sensibilidad y comprensión de los estudiantes de enfermería, al abordar las barreras y desafíos que enfrentan estos pacientes en el acceso a la atención sanitaria, y al reducir la discriminación y el prejuicio hacia los pacientes trans\*.

El tema abordado en este estudio es de gran importancia en la atención sanitaria ya que la población trans\* enfrenta múltiples barreras en el acceso a la atención sanitaria debido a la falta de conocimiento y sensibilidad de los profesionales de la salud, y son los alumnos de enfermería los futuros profesionales que pueden influir significativamente en esta atención, mejorando la calidad de la misma y reduciendo las disparidades existentes. Además, la inclusión de formación específica sobre la atención al paciente trans\* en la formación de estudiantes de enfermería también puede fomentar una futura atención sanitaria culturalmente sensible y respetuosa que promueva la igualdad y la justicia.

## 8. CONCLUSIONS

Through our research, we have been able to explore the attitudes of nursing students towards the care of trans\* patients.

The attitudes of nursing students during healthcare provision to trans+ patients appear to be free of prejudice or negative stereotypes. The results highlight that care should be equal for all patients, regardless of their sexual orientation.

Nursing students have been able to recognize the barriers related to healthcare for trans\* patients, such as stigma, discrimination, or lack of institutional support perceived by these patients, as well as the lack of specific training to provide quality care. They are aware of the need to improve these aspects for their future professional work.

The use of simulation to provide care for trans\* patients in nursing students has been considered very positive and useful for their training. This type of teaching is considered appropriate since it prepares them for the future reality they will face in their profession.

The attitudes of nursing students during simulated care for trans\* patients have been appropriate for their previous level of education. They have shown respect for the patient during the nursing assessment and have known how to defend the dignity of the patient against their co-worker's transphobic attitudes.

The experiences of nursing students during simulated care for trans\* patients have been very positive. They have highlighted the need for more training to improve the care provided, and have shown great interest in these types of activities as part of their academic education.

This study on the attention given to trans\* patients by nursing students presents several important implications for clinical practice. Firstly, it leads to a greater awareness and understanding of the specific healthcare needs of these patients, resulting in greater respect and acceptance of diverse gender identities, as well as more empathetic and sensitive care. Secondly, it allows for the identification of barriers and challenges faced by trans\* patients in accessing healthcare, and how future healthcare professionals can address these issues. Lastly, it has increased the competency of nursing students, improving healthcare practices for trans\* patients, including how to ask open and non-

invasive questions about gender identity and how to provide a safe and respectful environment.

This study enhances the quality of healthcare for trans\* patients by increasing the sensitivity and understanding of nursing students, addressing the barriers and challenges faced by these patients in accessing healthcare, and reducing discrimination and prejudice towards trans\* patients.

The topic addressed in this study is of great importance in healthcare, as the trans\* population faces multiple barriers in accessing healthcare due to the lack of knowledge and sensitivity among healthcare professionals, and nursing students are the future professionals who can significantly influence this care, improving its quality and reducing existing disparities. Additionally, the inclusion of specific training on the care of trans\* patients in nursing student education can also promote future culturally sensitive and respectful healthcare that promotes equality and justice.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Abeln, B., & Love, R. (2019). Considerations for the Care of Transgender Individuals. In *Nursing Clinics of North America* (Vol. 54, Issue 4, pp. 551–559). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.005>
- Ahmed, T., Vafaei, A., Auais, M., Guralnik, J., & Zunzunegui, M. V. (2016). Gender roles and physical function in older adults: Cross-sectional analysis of the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *PLoS ONE*, *11*(6), 156828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156828>
- Aires, M. M., de Vasconcelos, D., Lucena, J. A., Gomes, A. O. C., & Moraes, B. T. (2023). Effect of Wendler glottoplasty on voice and quality of life of transgender women. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, *89*(1), 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.06.010>
- Alpert, A. B., CichoskiKelly, E. M., & Fox, A. D. (2017). What Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Intersex Patients Say Doctors Should Know and Do: A Qualitative Study. *Journal of Homosexuality*, *64*(10), 1368–1389. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321376>
- Alventosa, J. (2016). Menores transexuales. Su protección jurídica en la constitución y legislación española. *Revista Española de Derecho Constitucional*, *107*, 153–186. <https://doi.org/10.18042/cepc/redc.107.05>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Press.
- Annandale, E., & Hunt, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health & Illness*, *12*(1), 24–46. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.EP10844865>

- Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.* (2021). Ministerio de Igualdad. Recuperado de <https://www.igualdad.gob.es/servicios/participacion/audienciapublica/Documentos/APL%20Igualdad%20Trans%20+LGTBI%20v4.pdf>
- Araneta, A. (2012). Diversidades cuestionadoras: la campaña internacional «Stop Trans Patologización 2012». *Feminismo/s*, 19, 143–163. <https://doi.org/10.14198/fem.2012.19.09>
- Avilés, M. D., Callejas, J. E., Hoyos, R., Sanz, R., Suess, A., & Torres, E. (2018). *Guía de información sobre atención sanitaria a las personas transexuales [Recurso electrónico]: respuestas sencillas a las preguntas más frecuentes sobre la atención sanitaria a personas transexuales*. Consejería de Salud. Recuperado de [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/guia\\_transexuales.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/guia_transexuales.pdf)
- Bamji, A. N., & Taub, P. J. (2020). Phalloplasty and the tube pedicle: a chronological re-evaluation. *European Journal of Plastic Surgery*, 43(1), 7–12. <https://doi.org/10.1007/s00238-019-01539-5>
- Barragán, F. (2006). Educación, adolescencia y violencia de género: les amours finissent un jour. *Otras Miradas*, 6(1), 31–53. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18360104>
- Barrett, D. L., Supapannachart, K. J., Caleon, R. L., Ragmanauskaite, L., McCleskey, P., & Yeung, H. (2021). Interactive Session for Residents and Medical Students on Dermatologic Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Patients. *MedEdPORTAL: The Journal of Teaching and Learning Resources*, 17, 11148. [https://doi.org/10.15766/MEP\\_2374-8265.11148](https://doi.org/10.15766/MEP_2374-8265.11148)
- Barros, R., Romero-López, A., & Granero-Andújar, A. (2021). LGBTI sexualities and intersectional research. Looking for inclusion beyond gender in adult learning and education (ALE) practices. *European Journal for Research on the Education and Learning of Adults*, 12(2), 149–164. <https://doi.org/10.25656/01:22500>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure

- Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348–361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bay Area Bisexual Network. (1990). The bisexual manifesto. *Anything That Moves*. Recuperado de <https://bimanifesto.carrd.co/#manifesto>
- Beagan, B. L., Fredericks, E., & Goldberg, L. (2012). Nurses' Work With LGBTQ Patients: " They're Just Like Everybody Else, So What's the Difference? ". *The Canadian Journal of Nursing Research*, 44(3), 44–63.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Paris, Francia: Gallimard.
- Becerra-Fernández, A. (2003). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Becerra-Fernández, A., Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M. J., Cuchí-Alfaro, M., García-Camba, E., Pérez-López, G., Menacho-Román, M., Berrocal-Sertucha, M. C., Ly-Pen, D., Aguilar-Villas, M. V., & Aguilar-Vilas. (2017). Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the autonomous region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1307–1312. <https://doi.org/10.1007/S10508-017-0955-Z>
- Behavioral, M., Factor, R., Survey, S., & Variance, G. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *The American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. Nueva York: The Julian Press.
- Bilgic, D., Daglar, G., Sabanciogullari, S., & Ozkan, S. A. (2018). Attitudes of midwifery and nursing students in a Turkish university toward lesbians and gay men and opinions about healthcare approaches. *Nurse Education in Practice*, 29, 179–184. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2017.11.018>
- Bingham, T., & Carlos-Henderson, J. (2012). Los Angeles county transgender population estimates 2012. *Los Angeles County Department of Public Health Division of HIV and STD Programs*. Recuperado de <http://publichealth.lacounty.gov/dhsp/Reports/HIV/TransgenderPopEst2-12-13.pdf>

- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2009). Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(4), 238–243. <https://doi.org/10.3109/02813430903226548>
- Boccardi, F. (2020). Lo “sexual” y lo “reproductivo”: Una genealogía de las definiciones de sexualidad en la arena discursiva internacional de los derechos. *Revista Kairos: Prácticas y saberes en educación y cultura*, 24, 11-20. Recuperado de <http://www.revistakairos.org/articulos/24/02.pdf>
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 35–82. [https://doi.org/10.1300/J485v09n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J485v09n03_03)
- Bockting, W., Robinson, B., Benner, A., & Scheltema, K. (2004). Patient satisfaction with transgender health services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(4), 277–294. <https://doi.org/10.1080/00926230490422467>
- Bogaert, A. F. (2012). *Understanding asexuality*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.
- Bonvicini, K. A. (2017). LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2357–2361. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.003>
- Bosse, J. D., Nesteby, J. A., & Randall, C. E. (2015). Integrating sexual minority health issues into a health assessment class. *Journal of Professional Nursing*, 31(6), 498–507. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.04.007>
- Braun, H. M., Ramirez, D., Zahner, G. J., Gillis-Buck, E. M., Sheriff, H., & Ferrone, M. (2017). The LGBTQI health forum: an innovative interprofessional initiative to support curriculum reform. *Medical Education Online*, 22(1), 1306419–1306419. <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1306419>
- Brennan, A. M. W., Barnsteiner, J., Siantz, M. L. de L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, Gay, Bisexual, Transgendered, or Intersexed Content for Nursing Curricula. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>

- Brookfield, S., Dean, J., Forrest, C., Jones, J., & Fitzgerald, L. (2020). Barriers to Accessing Sexual Health Services for Transgender and Male Sex Workers: A Systematic Qualitative Meta-summary. *AIDS and Behavior*, 24(3), 682–696. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02453-4>
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A., & Richard, B. (2007). Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada. *Gerontologist*, 47(4), 490–503. <https://doi.org/10.1093/geront/47.4.490>
- Brown, C., Marnie, C., & Peters, M. D. J. (2023). Barriers and enablers to culturally safe care for trans and gender-diverse people in hospital emergency departments: A scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*. Advance online publication. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00262>
- Brown, J. P., & Tracy, J. K. (2008). Lesbians and cancer: An overlooked health disparity. *Cancer Causes and Control*, 19(10), 1009–1020. <https://doi.org/10.1007/s10552-008-9176-z>
- Brown, S., Kucharska, J., & Marczak, M. (2018). Mental health practitioners' attitudes towards transgender people: A systematic review of the literature. In *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 4–24. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1374227>
- Burch, A. (2008). Health care providers' knowledge, attitudes, and self-efficacy for working with patients with spinal cord injury who have diverse sexual orientations. *Physical Therapy*, 88(2), 191–198. <https://doi.org/10.2522/ptj.20060188>
- Burgoyne, P.S. (2016). The role of Y-encoded genes in mammalian spermatogenesis. *Reproduction*, 152(3), R33-R47. <https://doi.org/10.1530/REP-16-0118>
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2021). The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectional survey. *Healthcare*, 9(8), 967. <https://doi.org/10.3390/healthcare9080967>

- Burkholder, G. J., & Burbank, P. (2012). Caring for lesbian, gay, bisexual, and transsexual parents and their children. *International Journal of Childbirth Education*, 27(4), 12–19.
- Bustos, Y. B. (2008). *La transexualidad: (de acuerdo con la Ley 3/2007, de 15 de marzo)*. Madrid, España: Dykinson.
- Butler, J. (1999). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Madrid: Paidós.
- Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Cabral, M., & Benzur, G. (2005). Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cuadernos Pagu*, 24, 283–304. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/cpa/a/BTKLQY9xSMWHqn3t4CqMPzb/?format=pdf&lang=es>
- Calvo, K. (2002). Polítiques d’(homo)sexualitat a Espanya. Les respostes de la democràcia davant d’un dilema moral. In Ó. Guasch (Ed.), *Sociologia de la sexualitat: Una aproximació a la diversitat sexual* (pp. 165–187). Barcelona: Pòrtic.
- Carabez, R., Eliason, M., & Martinson, M. (2016). Nurses’ Knowledge About Transgender Patient Care A Qualitative Study. *Advances in Nursing Science*, 39(3), 257–271. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000128>
- Carabez, R., & Scott, M. (2016). “Nurses don’t deal with these issues”: nurses’ role in advance care planning for lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23–24), 3707–3715. <https://doi.org/10.1111/JOCN.13336>
- Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M., & Scott, M. (2015). Does your organization use gender inclusive forms? Nurses’ confusion about trans\* terminology. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21–22), 3306–3317. <https://doi.org/10.1111/JOCN.12942>
- Cárdenas, M. (2015). Shifting futures: Digital trans of color praxis. *Ada: A Journal of Gender, New Media, and Technology*, 6. <https://doi.org/10.7264/N3WH2N8D>
- Carlson, L. A., & Harper, K. S. (2011). One facility’s experience using the Community Readiness Model to guide services for gay, lesbian, bisexual, and transgender

older adults. *Adultspan Journal*, 10(2), 66–77. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2011.tb00126.x>

Casanova, A. (2011). Trans-formar la Educación Primaria: reflexiones de un maestro transexual. *Cuadernos de Pedagogía*, ISSN 0210-0630, Nº 414, 2011 (Ejemplar Dedicado a: La Diversidad Afectivo-Sexual), Págs. 84-86, 414, 84–86. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3681928&info=resumen&idoma=SPA>

Castejón, R. (2013). Marañón y la identidad sexual: Biología, sexualidad y género en la España de la década de 1920. *Arbor*, 189(759), 1–9. <https://doi.org/10.3989/arbor.2013.759n1004>

Castillo, L., & Cuadrado, F. (2020). Percepción de las personas transexuales sobre la atención sanitaria. *Index de Enfermería*, 29(1–2), 13–17. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100004)

Chan, A., Pullen Sansfaçon, A., & Saewyc, E. (2022). Experiences of discrimination or violence and health outcomes among Black, Indigenous and People of Colour trans and/or nonbinary youth. *Journal of Advanced Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jan.15534>

Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Nicol, P., & Shields, L. (2012). Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 938–945. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03892.x>

Chase, C. (1998). Afronting reason. En Atkins, Dawn (Ed.), *Looking queer: Body image and identity in lesbian, bisexual, gay and transgender communities* (pp. 205–219). Londres, Reino Unido: Routledge.

Chodorow, N. (1978). Mothering, object-relations, and the female oedipal configuration. *Feminist studies*, 4(1), 137-158.

Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International*

*Journal of Transgenderism*, 19(2), 158–169.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>

COGAM. (2016). *LGBT-fobia en las aulas 2015. ¿Educamos en la diversidad afectivo-sexual?* Madrid: Grupo de Educación de COGAM. Recuperado de <http://cogameduca.wordpress.com>

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>

Coll-Planas, G. (2009). *La voluntad y el deseo. Construcciones discursivas del género y la sexualidad: el caso de trans, gays y lesbianas*. Barcelona: Egales.

Coll-Planas, G., Bustamante, G., & Missé, M. (2009). *Transitant per les fronteres del gènere. Estratègies, trajectòries i aportacions de joves trans, lesbianes i gais*. Barcelona: Secretaria de Joventut, Generalitat de Catalunya.

Constitución Española. (1978). *Constitución Española*. Madrid, España: Boletín Oficial del Estado, núm 311, de 29/12/1978. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Cornelius, J. B., & Carrick, J. (2015). A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 176–178. <https://doi.org/10.5480/13-1223>

Corrigan, M., Quinn, B., Moore, A., & O'Donnell, S. (2022). Co-producing transgender awareness training for healthcare students and professionals. *Nursing Management. Advance online publication*.  
<https://doi.org/10.7748/nm.2022.e2050>

Costa, A. B., Pase, P. F., de Camargo, E. S., Guaranha, C., Caetano, A. H., Kveller, D., da Rosa Filho, H. T., Catelan, R. F., Koller, S. H., & Nardi, H. C. (2016). Effectiveness of a multidimensional web-based intervention program to change Brazilian health practitioners' attitudes toward the lesbian, gay, bisexual and

- transgender population. *Journal of Health Psychology*, 21(3), 356–368.  
<https://doi.org/10.1177/1359105316628748>
- Creswell, J. W. (2013). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.
- Daley, A. (2010). Being recognized, accepted, and affirmed: Self-Disclosure of Lesbian/Queer sexuality within psychiatric and mental health service settings. *Social Work in Mental Health*, 8(4), 336–355.  
<https://doi.org/10.1080/15332980903158202>
- Darwin, H. (2017). *Doing Gender Beyond the Binary: a virtual ethnography: Doing Gender Beyond the Binary*. <https://doi.org/10.1002/SYMB.316>
- Dearing, R. L., & Hequembourg, A. L. (2014). Culturally (In)competent? Dismantling Health Care Barriers for Sexual Minority Women. *Social Work in Health Care*, 53(8), 739–761. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.944250>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications.
- Dibble, S. L., Eliason, M. J., & Christiansen, M. A. D. (2007). Chronic Illness Care for Lesbian, Gay, & Bisexual Individuals. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 655–674. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.08.002>
- Dillon, M. (1946). *Self: A Study in Ethics and Endocrinology*. London: William Heinemann (Medical Books).
- Directiva 2000/78/CE del Consejo de 27 de noviembre de 2000 relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, Pub. L. No. DOUE-L-2000-82357* (2000). Recuperado de <https://www.boe.es/doue/2000/303/L00016-00022.pdf>
- Dondoli, G. (2016). Transgender persons' rights in Italy: Bernaroli's case. *International Journal of Transgenderism*, 18(3).  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247404>
- Dorsen, C. (2012). An Integrative review of nurse attitudes towards lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 44(3), 18–43.

- Dowshen, N., Meadows, R., Byrnes, M., Hawkins, L., Eder, J., & Noonan, K. (2016). *Policy Perspective: Ensuring Comprehensive Care and Support for Gender Nonconforming Children and Adolescents*. 1, 75–85. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0002>
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443–455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: Improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 377–391. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>
- Eady, A., Dobinson, C., & Ross, L. E. (2011). Bisexual people's experiences with mental health services: A qualitative investigation. *Community Mental Health Journal*, 47(4), 378–389. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9329-x>
- Earle, V. (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nursing Philosophy*, 11(4), 286–296. <https://doi.org/10.1111/J.1466-769X.2010.00458.X>
- Echabe, A. E. (2013). Relationship between implicit and explicit measures of attitudes: The impact of application conditions. *Europe's Journal of Psychology*, 9(2), 231–245. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i2.544>
- Eickhoff, C. (2021). Identifying Gaps in LGBTQ Health Education in Baccalaureate Undergraduate Nursing Programs. *The Journal of Nursing Education*, 60(10), 552–558. <https://doi.org/10.3928/01484834-20210729-01>
- Eliason, M. J., DeJoseph, J., Dibble, S., Deevey, S., & Chinn, P. (2011a). Lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning nurses' experiences in the workplace. *Journal of Professional Nursing*, 27(4), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.03.003>
- Eliason, M. J., DeJoseph, J., Dibble, S., Deevey, S., & Chinn, P. (2011b). Lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning nurses' experiences in the workplace. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American*

*Association of Colleges of Nursing*, 27(4), 237–244.  
<https://doi.org/10.1016/J.PROFNURS.2011.03.003>

Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, 33(3), 206–218.  
<https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>

Ercan Sahin, N., & Aslan, F. (2020). Nursing students' perspectives on the inclusion of course content on lesbian, gay, bisexual, and transgender health in the nursing curriculum: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*.  
<https://doi.org/10.1111/nhs.12742>

Esteva, I., Gonzalo, M., Yahyaoui, R., Domínguez, M., Bergero, T., Giraldo, F., Hernando, V., & Soriguer, F. (2006). Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 78, 65–70.

Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLOS ONE*, 12(8), e0183014.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>

Fantina, R. (2006). *Straight writ queer: Non normative expressions of heterosexuality in literature*. Carolina del Norte: McFarland & Company.

Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes: Why male and female are not enough. *The Sciences*, 33(2), 20-25.

Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*. Basic Books.

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos Sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*. Tenerife: Melusina.

Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology*,

*Diabetes and Obesity*, 23(2), 180–187.  
<https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000231>

- Fernández, M., Guerra, P., Martín, E., Martínez, N., Álvarez-Diz, J. A., & Gidseen, G. (2018). Atención sanitaria a adolescentes con disforia de género. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1–7
- Fish, J., & Bewley, S. (2010). Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health and Social Care in the Community*, 18(4), 355–362. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00902.x>
- Fisk, N. M. (1973). Gender dysphoria syndrome (the how, what and why of a disease). En P. W. H. Lemay (Ed.), *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome* (pp. 7–14). California: Stanford University Medical Center.
- Fisk, N. M. (1974). Gender dysphoria syndrome- the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1130142/>
- Fonseca, C., & Quintero, M. L. (2009). La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica*, 24(69), 43–60. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732009000100003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732009000100003)
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emlen, C. A. (2015). Successful aging among lgbt older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *Gerontologist*, 55(1), 154–168. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu081>
- Gabaldón, S. (2020). *Infancia y Adolescencia Trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Galofre, P. (2007). La nueva ley...¿ es tan buena como nos la venden? En M. García (Ed.), *Transexualidad: Situación actual y retos de futuro* (pp. 147–154). Oviedo: Concellu de la Moceda.

- Galván, V. (2017). De vagos y maleantes a peligrosos sociales: cuando la homosexualidad dejó de ser un delito en España (1970-1979). *Daimon. Revista Internacional de Filosofía, Suplemento 6*, 67–82. <https://doi.org/10.6018/daimon/290891>
- Garaizabal, C. (1998). La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante. En J. A. Nieto (Ed.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. (pp. 39–62). Madrid: Talasa.
- Garaizabal, C. (2010). Transexualidades, identidades y feminismos. En M. Missé & G. Coll-Planas (Eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. (pp. 125–140). Barcelona: Egales. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5254954>
- García, A. (2003). Conflictos de la identidad sexual en la infancia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 86, 2219–2214.
- García-Acosta, J. M., de Castro-Peraza, M. E., Arias-Rodríguez, M. de los Á., Llabrés-Solé, R., Lorenzo-Rocha, N. D., & Perdomo-Hernández, A. M. (2019). Atención sanitaria trans\* competente, situación actual y retos futuros. Revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 18(4), 529–541. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.18.4.357621>
- García-López, D. J. (2015). La intersexualidad en el discurso médico-jurídico. *Eunomía. Revista En Cultura de La Legalidad*, 8, 54–70.
- García-López, D. J. (2017). Politización de la vida y medicalización de la política: la producción del cuerpo intersexual1. *Eikasía: Revista de Filosofía*, 75, 139–157. Recuperado de <https://revistadefilosofia.org/75-07.pdf>
- Gates, G. J. (2011). How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender? *The Williams Institute, April*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.673639>
- Gibbons, M., Manandhar, M., Gleeson, C., & Mullan, J. (2007). *Recognising LGB Sexual Identities in Health Services*. Irlanda: Brunswick Press.
- Giddings, L. S., & Smith, M. C. (2001). Stories of lesbian in/visibility in nursing. *Nursing Outlook*, 49(1), 14–19. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.106906>

- Göçmen, İ., & Yılmaz, V. (2017). Exploring Perceived Discrimination Among LGBT Individuals in Turkey in Education, Employment, and Health Care: Results of an Online Survey. *Journal of Homosexuality*, 64(8), 1052–1068. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236598>
- Goldberg, L., Rosenburg, N., & Watson, J. (2018). Rendering LGBTQ+ Visible in Nursing: Embodying the Philosophy of Caring Science. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 36(3), 262–271. <https://doi.org/10.1177/0898010117715141>
- Goldschmidt, R. (1917). Intersexuality and the endocrine aspect of sex. *Endocrinology*, 1(4), 433–456. <https://doi.org/10.1210/endo-1-4-433>
- Gómez-Gil, E., & Esteva, I. (2006). *Ser transexual: Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M. C., Godás Sieso, T., Halperin, I., & Soriguer, F. (2011). Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. *Revista Clínica Española*, 211(5), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2011.02.002>
- Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M. C., Pasaro, E., Segovia, S., & Guillamon, A. (2009). Familiarity of Gender Identity Disorder in non-twin siblings. *Archives of Sexual Behavior* 2009 39:2, 39(2), 546–552. <https://doi.org/10.1007/S10508-009-9524-4>
- Gómez-Gil, E., Esteva, I., Cruz, M., Asenjo, N., Fernández, M., Hurtado, F., Pérez-Luis, J., Sanisidro, C., Gallardo, L., Montejo, A. L., Fernández-García, R., & Grupo Gidseen. (2019). Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: Historia y evolución. *Psicosomática y Psiquiatría*, 11, 63–75. Recuperado de [www.psicosomaticaypsiquiatria.com](http://www.psicosomaticaypsiquiatria.com)
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2008). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior* 2008 38:3, 38(3), 378–392. <https://doi.org/10.1007/S10508-007-9307-8>

- Gómez-Ortiz, O., Romo-Nava, F., Jaramillo, J. G., & Marín, E. (2019). Diferencias sexuales en la producción hormonal. *Revista Médica del Hospital General de México*, 82(1), 45-52. <https://doi.org/10.24245/rmhgm.v82i1.2964>
- Gonser, P. A. (2000). Culturally competent care for members of sexual minorities. *Journal of Cultural Diversity*, 7(3), 72–75.
- Granero-Andújar, Alejandro. (2019). *Presencia y tratamiento del colectivo LGBTIQ en la educación afectiva-sexual desarrollada en el marco del programa Forma Joven*. (Tesis doctoral). Universidad de Almería, Almería.
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). *Injustice at Every Turn. A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Recuperado de [https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS\\_Report.pdf](https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf)
- Greene, M. Z., France, K., Kreider, E. F., Wolfe-Roubatis, E., Chen, K. D., Wu, A., & Yehia, B. R. (2018). Comparing medical, dental, and nursing students' preparedness to address lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer health. *PLOS ONE*, 13(9), e0204104. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204104>
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R. N., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Grossoehme, D. H. (2014). Overview of qualitative research. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20, 109–122. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.925660>
- Guasch, O. (1987). Los tipos homófilos: una aproximación a los códigos de reconocimiento e interclasificación homosexuales. *Luego: Cuadernos de Crítica e Investigación*, 6–7, 91–109.
- Guasch, Ó., & Mas, J. (2014). La construcción médico-social de la transexualidad en España (1970-2014). *Gazeta de Antropología*, 30(3). <https://doi.org/10.30827/Digibug.33813>

- Guasp, A. (2011). *Gay and Bisexual Men's Health Survey*. Reino Unido: Stonewall.
- Haghir-Vijeh, R., McCulloch, T., Atack, L., & Bedard, G. (2020). The Impact of Positive Space Training on Students' Communication with LGBTTQ+ Communities. *Nursing Education Perspectives*, 41(2), 115–116. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000474>
- Halberstam, J. (2018). *Trans\*: a quick and quirky account of gender variability*. California: University of California Press.
- Hansbury, G. (2005). The Middle Men: An introduction to the transmasculine identities. *Studies in Gender and Sexuality*, 6(3), 241–264. <https://doi.org/10.1080/15240650609349276>
- Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A., & Houlberg, M. (2014). Adding silver to the rainbow: The development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. *Journal of Nursing Management*, 22(2), 257–266. <https://doi.org/10.1111/jonm.12125>
- HBIGDA (Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association). (1979). Standards of Care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Version 1. *Archives of Sexual Behavior*, 8(4), 298-357.
- HBIGDA (Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association). (1980). Standards of Care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Version 2. *The Journal of Sex Research*, 27(4), 651-694.
- HBIGDA (Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association). (1981). Standards of Care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Version 3. *Archives of Sexual Behavior*, 10(1), 79-90.
- HBIGDA (Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association). (1990). *Standards of Care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Version 4*. Minneapolis.
- HBIGDA (Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association). (1998). The Standards of Care for Gender Identity Disorders, Fifth Edition. *International Journey of Transgenderism*, 2(2).

- HBIGDA (Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association). (2005). *The Standards of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Edition. Journal of Psychology & Human Sexuality, 13*(1).
- Health Service Executive. (2009). LGBT Health: Towards Meeting the Health Care Needs of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People. *Governance An International Journal Of Policy And Administration*. <https://doi.org/10.1037/e552022006-007>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102*(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hennessy, K. (1992). *Addressing the queer man's role in the new world anarchy and the future of the men's movements in the Dis/United States: A letter to the media-identified men's movement*. San Francisco: Abundant Fuck Publications.
- Hernandez, M., & Fultz, S. L. (2006). Barrier to health care acces. En M. Shankle (Ed.), *The Handbook of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Public Health: A practitioner's guide to service* (pp. 177–200). Columbia: Harrington Park Press.
- Hojat, M. (2016). Empathy in Health Professions Education and Patient Care. In *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>
- Hollenbach, A., Eckstrand, K., & DrEger, A. (1913). Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD. A Resource for Medical Educators. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 60*(12), 931. <https://doi.org/10.1001/jama.1913.04340120057034>
- Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., M Hunter, & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people? *Quality in Primary Care, 20*(4), 263–274.

- Horton, M. A. (2008). *The Incidence and Prevalence of SRS among US Residents*. Paper presentado en el *Equal Workplace Summit, September 2008*, 1–11.
- Hswen, Y., Sewalk, K. C., Alsentzer, E., Tuli, G., Brownstein, J. S., & Hawkins, J. B. (2018). Investigating inequities in hospital care among lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) individuals using social media. *Social Science and Medicine*, 215, 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.031>
- Hunt, C. J., Piccoli, V., Gonsalkorale, K., & Carnaghi, A. (2015). Feminine Role Norms Among Australian and Italian Women: a Cross-Cultural Comparison. *Sex Roles*, 73, 533–542. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0547-0>
- Hunt, R., & Fish, J. (2007). *Prescription for change. Lesbian and bisexual women's health check 2008*. Reino Unido: Stonewall. <https://doi.org/10.1038/450320b>
- Hurtado, I. (2011). Una propuesta transgresora. *Cuadernos de Pedagogía*, 414, 62–64. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3681922&info=resumen&idoma=SPA>
- Husakouskaya, N. (2019). Geopolitical Transition of the European Body in Ukraine. *Anthropological Journal of European Cultures*, 28(1). <https://doi.org/10.3167/ajec.2019.280110>
- Hutchinson, M. K., Thompson, A. C., & Cederbaum, J. A. (2006). Multisystem Factors Contributing to Disparities in Preventive Health Care Among Lesbian Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35 (3), 393–402. <https://doi.org/10.1111/J.1552-6909.2006.00054.x>
- Iglesias, M. I., Ruiz, M., Guerrero, M., Macías, M., Bergero, T., Parres, C., Meléndez, C., Cano, G., & Asiain, S. (2010). P01-286 - Transgender Sexual Behaviors in a Health Care. *European Psychiatry*, 25(S1), 1–1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)70494-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)70494-6)
- IJC (Comisión Internacional de Juristas). (2007). *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Recuperado de [http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles\\_sp.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf)

- IJC (Comisión Internacional de Juristas). (2017). *The Yogyakarta Principles plus 10. Additional principles and State obligations on the application of International Humans Rights Law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. Recuperado de: [https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5\\_yogyakartaWEB-2.pdf](https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf)
- Institute of Medicine. (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People*. Washington: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13128>
- Instrucción de 23 de octubre de 2018, de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre cambio de nombre en el Registro Civil de personas transexuales*. (2018). Boletín Oficial del Estado, núm. 257, de 24 de octubre de 2018, 103340-103344. Recuperado de [https://www.boe.es/eli/es/ins/2018/10/23/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ins/2018/10/23/(1))
- Irwin, L., & Litt, M. (2007). Homophobia and heterosexism: implications for nursing and nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 1–7. <http://www.ajan.com.au/vol25/vol25.1-10.pdf>
- Jagose, A. R. (1996). *Queer Theory: An Introduction*. Melbourne: University of Melbourne Press.
- Jiang, J., Liu, S., & Li, J. (2021). The role of sex chromosomes in mammalian germ cell differentiation: Recent advances from single-cell sequencing studies. *Developmental Biology*, 473, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ydbio.2021.05.005>
- Johnson, M. P., & Rivera, S. (2015). *S.T.A.R. Acción Travesti Callejera Revolucionaria. Supervivencia, revuelta y lucha trans antagonista*. Madrid: Imperdible Editorial.
- Kaldheim, H. K. A., Fossum, M., Munday, J., Johnsen, K. M. F., & Slettebø, Å. (2021). A qualitative study of perioperative nursing students' experiences of interprofessional simulation-based learning. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1–2), 174–187. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15535>
- Kamen, C. S., Alpert, A., Margolies, L., Griggs, J. J., Darbes, L., Smith-Stoner, M., Lytle, M., Poteat, T., Scout, N., & Norton, S. A. (2019). “Treat us with dignity”: a qualitative study of the experiences and recommendations of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) patients with cancer. *Supportive Care*

*in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(7), 2525–2532. <https://doi.org/10.1007/S00520-018-4535-0>

- Karlsen, M. M. W., Gabrielsen, A. K., Falch, A. L., & Stubberud, D. G. (2017). Intensive care nursing students' perceptions of simulation for learning confirming communication skills: A descriptive qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 42, 97–104. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2017.04.005>
- Kauth, M. R., & Shipherd, J. C. (2016). Transforming a system: Improving patient-centered care for sexual and gender minority veterans. *LGBT Health*, 3(3), 177–179. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0047>
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM - Population Health*, 11. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
- Kellett, P., & Fitton, C. (2017). Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety. *Nursing Inquiry*, 24(1). <https://doi.org/10.1111/nin.12146>
- Kelley, L., Chou, C. L., Dibble, S. L., & Robertson, P. A. (2008). A critical intervention in lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Knowledge and attitude outcomes among second-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 20(3), 248–253. <https://doi.org/10.1080/10401330802199567>
- Keuroghlian, A. S., Ard, K. L., & Makadon, H. J. (2017). Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sexual Health*, 14(1), 119–122. <https://doi.org/10.1071/SH16145>
- King, D. (1998). Confusión de género: concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad. In J. A. Nieto (Ed.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura: antropología, identidad y género* (pp. 126–156). Madrid: Talasa.
- Kinsey, A. C. P., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Filadelfia: Saunders.

- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Filadelfia: Saunders.
- Kling, J., Gattario, K. H., & Frisen, A. (2017). Personality and Social Psychology Swedish women's perceptions of and conformity to feminine norms. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(3), 238–248. <https://doi.org/10.1111/sjop.12361>
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 271–275. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9452-5>
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., & Maness, K. (2013). Transgender Patient Perceptions of Stigma in Health Care Contexts. *Medical Care*, 51(9), 819–822. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31829fa90d>
- Kroning, M., Green, J., & Kroning, K. (2017). Dimensions of inclusive care. *Nursing Management*, 48(1), 22–26. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000511181.72676.0f>
- Kuzma, E. K., Graziano, C., Shea, E., Schaller, F. v., Pardee, M., & Darling-Fisher, C. S. (2019). Improving lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning health: Using a standardized patient experience to educate advanced practice nursing students. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(12), 714–722. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000224>
- La Cerra, C., Dante, A., Caponnetto, V., Franconi, I., Gaxhja, E., Petrucci, C., Alfes, C. M., & Lancia, L. (2019). Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(2). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-025306>
- Lamas, M. (2009). El fenómeno trans. *Debate Feminista*, 39, 3–13. <https://www.jstor.org/stable/42625541>
- Langarita, J. A., & Mas, J. (2017). Antropología y diversidad sexual y de género en España. Hacia la construcción de una especialidad disciplinaria. *Disparidades*.

- Langarita, J. A., Mas, J., & Albertín, P. (2021). Local government policies on sexual and gender diversity in Spain. Experiences from Alt Empordà. *Local Government Studies*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/03003930.2021.1932480>
- Lazarus, J. v., Baker, L., Cascio, M., Onyango, D., Schatz, E., Smith, A. C., & Spinnewijn, F. (2020). Novel health systems service design checklist to improve healthcare access for marginalised, underserved communities in Europe. *BMJ Open*, 10(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035621>
- Lelutiu-Weinberger, C., Pollard-Thomas, P., Pagano, W., Levitt, N., Lopez, E. I., Golub, S. A., & Radix, A. E. (2016). Implementation and Evaluation of a Pilot Training to Improve Transgender Competency Among Medical Staff in an Urban Clinic. *Transgender Health*, 1(1), 45–53. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0009>
- Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social. (1970). Boletín Oficial del Estado, núm. 187 de 6 de agosto de 1970, 12551. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1970-854>*
- Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía. (2014). Boletín Oficial del Estado, núm. 193, de 9 de agosto de 2014, 63930. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es-an/1/2014/07/08/2>*
- Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. (2011). Boletín Oficial del Estado, núm. 175, de 22 de julio de 2011. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/1/2011/07/21/20/con>*
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. (2015). Boletín Oficial del Estado, núm 180, de 29 de julio de 2015. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/1/2015/07/28/26/con>*
- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. (2007). Boletín Oficial del Estado, núm 65, de 16 de marzo de 2007. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/1/2007/03/15/3/con>*

- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.* (2007). Boletín Oficial del Estado, núm. 65, de 16 de marzo de 2007, 11251-11253. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/03/15/3>
- Ley 6/2021, de 28 de abril, por la que se modifica la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil.* (2021). Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 2021. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/04/28/6/con>
- Ley 77/1978, de 26 de diciembre, de modificación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social y de su Reglamento.* (1979). Boletín Oficial del Estado, núm. 10, de 11 de enero de enero de 1979, 658-659. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/1978/12/26/77>
- Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía.* (2018). Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 10, de 15 de enero de 2018. <https://www.boe.es/eli/es-an/l/2017/12/28/8/con>
- Ley de 15 de julio de 1954 por la que se modifican los artículos 2ª y 6ª de la Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933.* (1954). Boletín Oficial del Estado, núm. 198 de 17 de julio de 1954, 4862. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1954-10923>
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.* (1996). Boletín Oficial del Estado, núm 15, de 17 de enero de 1996, 64544-64613. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.* (2007). Boletín Oficial del Estado, núm. 68, de 20 de marzo de 2007, 11871-11909. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/19/2>
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.* (2015). Boletín Oficial del Estado, núm 175, de 23 de julio de 2015. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8222-consolidado.pdf>

- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.* (2021). Boletín Oficial del Estado, núm 134, de 05 de agosto de 2021. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con>
- Lim, F. A., & Bernstein, I. (2011). Promoting awareness of LGBT issues in aging in a Baccalaureate Nursing Program. *Nursing Education Perspectives*, 33 (3), 170–175.
- Lim, F. A., & Hsu, R. (2016). Nursing Students’ Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons. *Nursing Education Perspectives*, 37(3), 144–152. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000004>
- Lim, F. A., Brown, D. v., & Jones, H. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: fundamentals for nursing education. *The Journal of Nursing Education*, 52(4), 198–203. <https://doi.org/10.3928/01484834-20130311-02>
- Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual, and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144–152). <https://doi.org/10.5480/14-1355>
- Lindroth, M. (2016). ‘Competent persons who can treat you with competence, as simple as that’ – an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23–24), 3511–3521. <https://doi.org/10.1111/JOCN.13384>
- Llayton, C. K., & Caldas, L. M. (2020). Strategies for inclusion of Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex, and asexual (LGBTQIA+) education throughout pharmacy school curricula. *Pharmacy Practice*, 18(1). <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.1.1862>
- Logie, C. H., Lys, C. L., Dias, L., Schott, N., Zouboules, M. R., MacNeill, N., & Mackay, K. (2019). “Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination”: Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), 1204–1213. <https://doi.org/10.1111/HSC.12757>

- López, P. (2015). Tres debates sobre la homonormativización de las identidades gay y lesbiana. *Asparkia: Investigación Feminista*, 137–153.
- López-Galiacho, J. (1998). *La problemática jurídica de la transexualidad*. Madrid: McGraw Hill.
- Luvuno, Z. P. B., Ncama, B., & Mchunu, G. (2019). Transgender population's experiences with regard to accessing reproductive health care in Kwazulu-Natal, South Africa: A qualitative study. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.4102/PHCFM.V11I1.1933>
- MacKinnon, K., Marcellus, L., Rivers, J., Gordon, C., Ryan, M., & Butcher, D. (2015). Student and educator experiences of maternal-child simulation-based learning: a systematic review of qualitative evidence protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1), 14–26. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2015-1694>
- Madueño, F. J., Asensi, R., Callejas, E. J., Hoyos, R., López, M., López, J. P., Martínez, A., Rodríguez, E. M., Sanz, R., & Velázquez, A. (2016). *Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia [Recurso electrónico]: Proceso Asistencial Integrado*. Consejería de Salud. Recuperado de [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956dc5c6d\\_trans\\_infancia\\_adolescencia\\_29\\_06\\_2017.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dc5c6d_trans_infancia_adolescencia_29_06_2017.pdf)
- Magalhães, M., Aparicio-García, M. E., & García-Nieto, I. (2020). Transition trajectories: Contexts, difficulties and consequences reported by young transgender and non-binary spaniards. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6859. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186859>
- Magar, V., Heidari, S., Zamora, G., Coates, A., Simelela, P. N., & Swaminathan, S. (2019). Gender mainstreaming within WHO: not without equity and human rights. *The Lancet*, 393(10182), 1678–1679. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30763-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30763-9)
- Mahdi, I., Jeverson, J., Schrader, R., Nelson, A., & Ramos, M. M. (2014). Survey of New Mexico School Health. *Journal of School Health*, 84(1), 18–24. <https://doi.org/10.1111/josh.12116>
- Malatino, H. (2020). *Trans Care*. Minneapolis: University of Minnesota Press

- Marañón, G. (1930). *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid: Morata.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1986). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, *51*(4), 291-303.
- Martínez Pozo, L. (2018). Disidencias sexuales y corporales: Articulaciones, rupturas y mutaciones. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, *17*(1), 1–11. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol17-Issue1-fulltext-1141>
- Martínez, M. (2005). Mi cuerpo no es mío. Transexualidad masculina y presiones sociales de sexo. En C. Romero Bachiller, S. García Dauder, & C. Bargeiras Martínez (Eds.), *El eje del mal es heterosexual: figuraciones, movimientos y prácticas feministas*. (pp. 113–129). Traficantes de Sueños.
- Maruca, A. T., Diaz, D. A., Stockmann, C., & Gonzalez, L. (2018). Using Simulation With Nursing Students to Promote Affirmative Practice Toward the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Population: A Multisite Study. *Nursing Education Perspectives*, *39*(4), 225–229. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000302>
- Mas, J. (2014). *Subjetividades y cuerpos gestionados. Un estudio sobre la patologización y medicalización del transgénero*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Mateos, C. (2017). Binarismo. En L. Platero, M. Rosón, & E. Ortega (Eds.), *Barbarismos “queer” y otras esdrújulas* (pp. 82–88). Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Mayock, P., Bryan, A., Carr, N., & Kitching, K. (2008). *Supporting LGTB lives: a study of mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender people*. Dublin, Irlanda: Gay and Lesbian Equality Network (GLEN) and BeLonG To Youth Service.
- McCave, E. L., Aptaker, D., Hartmann, K. D., & Zucconi, R. (2019). Promoting Affirmative Transgender Health Care Practice Within Hospitals: An IPE Standardized Patient Simulation for Graduate Health Care Learners. *MedEdPORTAL : The Journal of Teaching and Learning Resources*, *15*, 10861. [https://doi.org/10.15766/MEP\\_2374-8265.10861](https://doi.org/10.15766/MEP_2374-8265.10861)

- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *Trans Mental Health and Emotional Wellbeing Study 2012*. Edimburgo: Scottish Transgender Alliance. Recuperado de [http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/trans\\_mh\\_study.pdf](http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/trans_mh_study.pdf)
- McNiel, P. L., & Elertson, K. M. (2018). Advocacy and awareness: Integrating LGBTQ health education into the prelicensure curriculum. *Journal of Nursing Education*, 57(5), 312–314. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180420-12>
- Mejía, N. (2006). Transgenerismos: una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica. En L. Platero, M. Rosón, & E. Ortega (Eds.), *Transgenerismos* (pp. 11-32). Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Mérida, R. M. (2016). Transbarcelonas: cultura, género y sexualidad en la España del siglo XX. *Athenea Digital* (3), 121-144. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Merryfeather, L., & Bruce, A. (2014). The invisibility of gender diversity: Understanding transgender and transsexuality in nursing literature. *Nursing Forum*, 49(2), 110–123. <https://doi.org/10.1111/NUF.12061>
- Mikulak, M., Ryan, S., Ma, R., Martin, S., Stewart, J., Davidson, S., & Stepney, M. (2021). Health professionals' identified barriers to trans health care: a qualitative interview study. *The British Journal of General Practice*, 71(713), e941. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0179>
- Missé, M. (2013). *Transexualidades: Otras miradas posibles*. Barcelona: Egales.
- Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Barcelona: Egales.
- Missé, M., & Coll-Planas, G. (2010a). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales.
- Missé, M., & Coll-Planas, G. (2010b). La patologización de la transexualidad: Reflexiones críticas y propuestas. *Norte de Salud Mental*, 8(38), 44–55.
- Mogul-Adlin, H. (2015). Unanticipated : Healthcare Experiences Of Gender Nonbinary Patients And Suggestions For Inclusive Care. *Public Health Theses*, 1197.
- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96(6).

- Montijo-Arriola, A. L., Cortes-Hernández, M., Quintana-Zavala, M. O., García-Puga, J. A., Figueroa-Ibarra, C., & Valle-Figueroa, M. del C. (2020). Nivel de satisfacción de estudiantes de licenciatura en enfermería ante la simulación clínica. *SANUS*, *13*, 1–10. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi13.143>
- Moreno, Á., & Pichardo, J. I. (2006). Homonormatividad y existencia sexual. Amistades peligrosas entre género y sexualidad. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, *1*(1), 143–156. Recuperado de [www.aibr.org](http://www.aibr.org)
- Moreno, O., & Puche, L. (2013). Transexualidad, adolescencias y educación: miradas multidisciplinares. En O. Moreno & L. Puche (Eds.) *Transexualidad, adolescencias y educación: miradas multidisciplinares*. Barcelona: Egales.
- Muckler, V. C., Leonard, R., & Cicero, E. C. (2019). Transgender Simulation Scenario Pilot Project. *Clinical Simulation in Nursing*, *26*, 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.10.007>
- Müller, A. (2013). Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: Addressing the gap. *BMC Medical Education*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-174>
- Muller, A. (2014). Professionalism is key in providing services to lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex South Africans. *South African Medical Journal*, *104*(8), 558–559. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.8447>
- Nair, J. M., Waad, A., Byam, S., & Maher, M. (2021). Barriers to Care and Root Cause Analysis of LGBTQ+ Patients' Experiences: A Qualitative Study. *Nursing Research*, *70*(6), 417–424. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000541>
- Neville, S., & Henrickson, M. (2006). Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, *55*(4), 407–415. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2006.03944.X>
- Ng, C. G., Yee, A., Subramaniam, P., Loh, H. S., & Moreira, P. (2015). Attitudes toward homosexuality among nursing students in a Public University in Malaysia: the religious factor. *Sexuality Research and Social Policy*, *12*(3), 182–187. <https://doi.org/10.1007/s13178-015-0182-0>

- Nieto, J. A. (1998). Transexualidad, transgenerismo y cultura. In *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa.
- Nieto, J. A. (2006). Transexualidad: sus supuestas causas innatas. *Sistema: Revista de Ciencias Sociales*, 193, 75–96.
- Nieto, J. A. (2008). *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: Ediciones Bellatera.
- Niklison, L. M. (2020). Lo que la RAE no nombra no existe: Una mirada glotopolítica sobre las respuestas de la RAE al lenguaje inclusivo/no sexista. *Cuadernos de la ALFAL*, 12(1), 13–32.
- Olyslager, Femke., & Conway, Lynn. (2007). On the calculation of the Prevalence of Transsexualism. *WPATH 20th International Symposium*. [https://doi.org/10.1016/0041-5553\(63\)90289-1](https://doi.org/10.1016/0041-5553(63)90289-1)
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos, 217 [III] A*. Recuperado de <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights>
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *Laryngoscope*, 116(4), 655-660. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59>
- Ortega, E. (2014). *La cuestión de sexo/género en medicina: Tecnologías de reasignación de sexo y valores de género en España*. (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Ortega, E., Romero-Bachiller, C., & Ibáñez, R. (2014). Discurso activista y estatus médico de lo trans: hacia una reconfiguración de cuidados y diagnósticos. En E. Pérez & E. Ortega (Eds.), *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología* (pp. 521–572). Madrid: Cátedra.
- Ozkara, E., Maneval, R., Gross, R. E., & Myers, P. (2019). Transgender Standardized Patient Simulation: Management of an Oncological Emergency. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 627–635. <https://doi.org/10.1177/1043659619849479>

- Paige, J. T., Garbee, D. D., Brown, K., & Rojas, J. D. (2015). Using Simulation in Interprofessional Education. *Surgical Clinics of North America*, 95(4), 751-766. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2015.04.004>
- Paley, J. (1997). Husserl, phenomenology and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 187–193. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026187.x>
- Paradiso, C., & Lally, R. M. (2018). Nurse Practitioner Knowledge, Attitudes, and Beliefs When Caring for Transgender People. *Transgender Health*, 3(1), 47–56. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0048>
- Parlamento Europeo. (2014). *Resolución del Parlamento Europeo, de 4 de febrero de 2014, sobre la hoja de ruta de la UE contra la homofobia y la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género (2013/2183(INI))*. Recuperado de [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2014-0062\\_ES.pdf](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2014-0062_ES.pdf)
- Parra, N. (2018). *Sexualidad: cuerpos, identidades y orientaciones*. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Igualdad del Gobierno de Canarias. Recuperado de <https://www.laspalmasgc.es/web/bibliojuven/Salud/Sexualidad/Diversidad/SEXUALIDAD%20MUJERES-IDENTIDAD.pdf>
- Peate, I. (2008a). The health-care needs of bisexual people. *Practice Nursing*, 19(4), 197–201.
- Peate, I. (2008b). The older gay, lesbian and bisexual population. *Nursing and Residential Care*, 10(4), 192–194. <https://doi.org/10.12968/nrec.2008.10.4.28883>
- Pérez Sánchez, G. (2004). El Franquismo, ¿un régimen homosexual? *Orientaciones. Revista de Homosexualidades.*, 7, 29–48.
- Pérez, K. (2013). Las personas variantes de género en la educación. En O. Moreno & L. Puche (Eds.), *Transexualidad, adolescencias y educación: miradas multidisciplinares* (pp. 293–304). Barcelona: Egales.
- Peterson, N. B., Friedman, R. H., Ash, A. S., Franco, S., & Carr, P. L. (2004). Faculty self-reported experience with racial and ethnic discrimination in academic medicine. *Journal of General Internal Medicine*, 19(3), 259–265. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.20409.x>

- Pichardo, J. I., & Puche, L. (2019). Universidad y diversidad sexogenérica: barreras, innovaciones y retos de futuro. *Metodos Revista de Ciencias Sociales*, 7(1). <https://doi.org/10.17502/m.rcs.v7i1.287>
- Pichardo, J. I., de Stéfano, M., Sánchez, M., Puche, L., Molinuevo, B., Moreno, O. (2015). *Diversidad sexual y convivencia: Una oportunidad educativa*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Pillet, S. (2011). Don't ask, don't tell? The unique needs of GLBT patients with cancer. *ONS Connect*, 26(1), 8–12.
- Platero, R. (Lucas), & Gómez, E. (2007). *Herramientas para combatir el bullying homofóbico*. Madrid: Talasa.
- Platero, R. (Lucas). (2007a). Matrimonio entre personas del mismo sexo e identidad de género: Los límites de la igualdad. *América Latina En Movimiento*, 420, 32–34. <http://alainet.org/images/alai420w.pdf>
- Platero, R. (Lucas). (2007b). The Limits of Equality The Intersectionality of Gender and Sexuality in Spanish Policy Making. *Kvinder, Køn & Forskning*, 1. <https://doi.org/10.7146/kkf.v0i1.27937>
- Platero, R. (Lucas). (2008). Outstanding challenges in a post-equality era: The same-sex marriage and gender identity laws in Spain. *International Journal of Iberian Studies*, 21(1), 41–49. [https://doi.org/10.1386/ijis.21.1.41\\_3](https://doi.org/10.1386/ijis.21.1.41_3)
- Platero, R. (Lucas). (2009). Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización. *Política Y Sociedad*, 46(1), 107–128.
- Platero, R. (Lucas). (2010). Estrategias de afrontamiento frente al acoso escolar: una mirada sobre las chicas masculinas. *LES Online*, 2(2), 35–51. [http://www.lavozdeg Galicia.es/galicia/2007/10/27/0003\\_6264134.htm](http://www.lavozdeg Galicia.es/galicia/2007/10/27/0003_6264134.htm)
- Platero, R. (Lucas). (2011). The narratives of transgender rights mobilization in Spain. *Sexualities*, 14(5), 597–614. <https://doi.org/10.1177/1363460711415336>
- Platero, R. (Lucas). (2014). *Trans\*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

- Platero, R. (Lucas). (2020). Redistribution and recognition in spanish transgender laws. *Politics and Governance*, 8(3), 253–265. <https://doi.org/10.17645/pag.v8i3.2856>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Social Science & Medicine Managing uncertainty : A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>
- Proposición de Ley Orgánica de igualdad social de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, de protección de la realidad trans y de no discriminación por razón de orientación sexual, identidad o expresión de género o características sexuales.* (2020). Boletín Oficial de las Cortes Generales. Recuperado de [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-132-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-132-1.PDF)
- Proposición de Ley para la reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para permitir la rectificación registral de la mención relativa al sexo y nombre de los menores transexuales y/o trans, para modificar exigencias establecidas en el artículo 4 respecto al registro del cambio de sexo, y para posibilitar medidas para mejorar la integración de las personas extranjeras residentes en España.* (2017). Boletín Oficial de las Cortes Generales, núm. 91-1 1. Recuperado de [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-91-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-91-1.PDF)
- Proposición de Ley sobre la protección jurídica de las personas trans y el derecho a la libre determinación de la identidad sexual y expresión de género.* (2018). Boletín Oficial de las Cortes Generales, núm. 220-1 1. Recuperado de [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-220-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-220-1.PDF)
- Prunas, A., Bandini, E., Fisher, A. D., Maggi, M., Pace, V., Quagliarella, L., Todarello, O., & Bini, M. (2016). Experiences of Discrimination, Harassment, and Violence in a Sample of Italian Transsexuals Who Have Undergone Sex-Reassignment Surgery. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–16(14), 2225–2240. <https://doi.org/10.1177/0886260515624233>

- Puche, L. (2015). Transexualidad y diversidad de expresiones de género en la escuela: retos para la investigación y la intervención socioeducativas. En J. J. Leiva, V. M. Martín, E. S. Vila, & J. E. Sierra (Eds.), *Género, Educación y Convivencia* (pp. 103-109). Madrid: Dykinson.
- Puche, L., Moreno, E., & Pichardo, J. I. (2012). Adolescentes transexuales en la escuela. Aproximación cualitativa y propuestas de intervención desde la perspectiva antropológica. En O. Moreno & L. Puche (Eds.), *Transexualidades, adolescencias y educación: Miradas multidisciplinares*. (pp. 189–265). Barcelona: Egales.
- Pyne, J. (2014). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(1). <https://doi.org/10.3138/cjhs.23.1.CO1>
- Ramos, J. (2003). Las asociaciones de transexuales. En A. Becerra Fernández (Ed.), *Transexualidad. La búsqueda de una identidad* (pp. 125–142). Madrid: Díaz de Santos.
- Rands, K. E. (2009). Considering transgender people in education: A gender-complex approach. *Journal of Teacher Education*, 60(4), 419–431. <https://doi.org/10.1177/0022487109341475>
- Ravetllat, I., Vivas, I., & Cabedo, V. (2020). La realidad de la infancia y la adolescencia trans en España a propósito de la Sentencia del Tribunal Constitucional español 99/2019, de 18 de julio: avances y retrocesos. *Ius et Praxis*, 26(1). <https://doi.org/10.4067/S0718-00122020000100310>
- Real Academia Española. (n.d.). *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.4 en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es>
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P., & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Reino Unido, Gender Identity Research and Education Society. Recuperado de <https://itgl.lu/wp-content/uploads/2015/04/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Bhasin, S., Bockting, W., Brown, G. R., Feldman, J., Garofalo, R., Kreukels, B., Radix, A., Safer, J. D., Tangpricha, V., T’Sjoen, G., & Goodman, M. (2016). Advancing methods for US transgender health research.

- Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(2), 198–207.  
<https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000229>
- Resolución sobre la discriminación de los transexuales*, (1989). Diario Oficial de las Comunidades Europeas, núm. 256, de 9 de agosto de 1989. Recuperado de <https://www.parlament.cat/document/intrade/15457>
- Rogers, B. A. (2018). Drag as a resource Trans\* and Nonbinary Individuals in the southeastern United States. *GENDER & SOCIETY*, 1–22.  
<https://doi.org/10.1177/0891243218794865>
- Roman, P., Rodriguez-Arrastia, M., Molina-Torres, G., Márquez-Hernández, V. V., Gutiérrez-Puertas, L., & Ropero-Padilla, C. (2020). The escape room as evaluation method: A qualitative study of nursing students' experiences. *Medical Teacher*, 42(4), 403–410. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1687865>
- Romero-López, A., & Granero-Andújar, A. (2019). Aprendizaje sobre identidades afectivas-sexuales y de género en estudiantes de 1º de Grado de Enfermería de la Universidad de Almería. En F. R. Jiménez López, M. D. Ruiz Fernández, & F. L. Montes Galdeano (Eds.), *VI Jornadas Internacionales de Graduados en Ciencias de la Salud* (pp. 61–61). Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Rondahl, G. (2009). Students' Inadequate Knowledge about Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1). <http://doi.org/10.2202/1548-923X.1718>
- Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 373–381. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04018.x>
- Rossi, L. M. (2011). “Happy” And “Unhappy” performatives images and norms of heterosexuality. *Australian Feminist Studies*, 26(67), 9–23.  
<https://doi.org/10.1080/08164649.2011.546325>
- Rossman, K., Salamanca, P., & Macapagal, K. (2017). A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1390–1410.  
<https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321379>

- Roth, L. T., Friedman, S., Gordon, R., & Catalozzi, M. (2020). Rainbows and “Ready for Residency”: Integrating LGBTQ Health Into Medical Education. *MedEdPORTAL : The Journal of Teaching and Learning Resources*, 16, 11013. [https://doi.org/10.15766/MEP\\_2374-8265.11013](https://doi.org/10.15766/MEP_2374-8265.11013)
- Rowniak, S. (2014). Creating a strategic partnership for educating nurse practitioner students about sexual health. *Creative Education*, 05(15), 1377–1382. <https://doi.org/10.4236/ce.2014.515156>
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Revista Nueva Antropología*, 8(30), 95–145.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. Vance (Ed.), *Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 113–190). Madrid: Editorial Revolución.
- Sabin, J. A., Riskind, R. G., & Nosek, B. A. (2015). Health care providers’ implicit and explicit attitudes toward lesbian women and gay men. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1831–1841. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302631>
- Sáez, J. (2004). *Teoría Queer y psicoanálisis*. Madrid: Síntesis.
- Saleh, L. D., Operario, D., Smith, C. D., Arnold, E., & Kegeles, S. (2011). “We’re going to have to cut loose some of our personal beliefs”: Barriers and opportunities in providing HIV prevention to African American men who have sex with men and women. *AIDS Education and Prevention*, 23(6), 521–532. <https://doi.org/10.1521/aeap.2011.23.6.521>
- Sallans, R. K. (2016). Lessons from a transgender patient for health care professionals. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1139–1146. <https://doi.org/10.1001/JOURNALOFETHICS.2016.18.11.MNAR1-1611>
- Samuels, E. A., Tape, C., Garber, N., Bowman, S., & Choo, E. K. (2018). “Sometimes You Feel Like the Freak Show”: A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 170-182.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.05.002>

- Sanchez, N. F., Rabatin, J., Sanchez, J. P., Hubbard, S., & Kalet, A. (2006). Medical students' ability to care for lesbian, gay, bisexual, and transgendered patients. *Family Medicine*, 38(1), 21–27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16378255>
- Sánchez, N. F., Rankin, S., Callahan, E., Ng, H., Holaday, L., Mcintosh, K., Poll-Hunter, N., & Sánchez, J. P. (2015). LGBT trainee and health professional perspectives on academic careers - Facilitators and challenges. *LGBT Health*, 2(4), 346–356. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0024>
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health*, 99(4), 713–719. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132035>
- Sausa, L. A. (2005). Translating Research into Practice: Trans Youth Recommendations for Improving School Systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 2005. [https://doi.org/10.1300/J367v03n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J367v03n01_04)
- Schilder, A. J., Kennedy, C., Goldstone, I. L., Ogden, R. D., Hogg, R. S., & O'Shaughnessy, M. v. (2001). “Being dealt with as a whole person.” Care seeking and adherence: The benefits of culturally competent care. *Social Science and Medicine*, 52(11), 1643–1659. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00274-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00274-4)
- Schlossberg, L. (2001). Introduction: Rites of Passing. En M. C. Sánchez & L. Schlossberg (Eds.), *Passing: Identity and Interpretation in Sexuality, Race, and Religion* (pp. 1–12). Nueva York: New York University Press.
- Schuster, M. A. (2012). On being gay in medicine. *Academic Pediatrics*, 12(2), 75–78. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.005>
- Schuster, M. A., Reisner, S. L., & Onorato, S. E. (2016). Beyond Bathrooms. Meeting the Health Needs of Transgender People. *The New England Journal of Medicine*, 375(2), 101–3. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1605912>
- Sedgwick, E. K. (1985). *Between Men: English Literature and Male Homosocial Desire*. Nueva York: Columbia University Press.

- Sedgwick, E. K. (1993). Queer Performativity: Henry James's *The Art of the Novel*. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 1(1), 1–16. <https://doi.org/10.1215/10642684-1-1-1>
- Sengoopta, C. (1998). Glandular politics. Experimental biology, clinical medicine, and homosexual emancipation in fin-de-siècle central Europe. *Isis; an International Review Devoted to the History of Science and Its Cultural Influences*, 89(3), 445–473. <https://doi.org/10.1086/384073>
- Sentencia 99/2019, de 18 de julio de 2019. Cuestión de inconstitucionalidad 1595-2016. Planteada por la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo respecto al artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Derechos a la integridad física y moral, a la intimidad y a la protección de la salud, en relación con la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad; inconstitucionalidad del precepto legal.* (2019). Boletín Oficial del Estado, núm. 192 de 12 de agosto de 2019, 89782 a 89810. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2019/08/12/pdfs/BOE-A-2019-11911.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud, & Consejería de Salud. (2016). *Procedimiento de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el cambio de nombre de personas transexuales en la Base de Datos de Usuarios de Andalucía (BDU) y emisión de documentos de acreditación.* Recuperado de [http://sites.uhs2.com/uploads/websRepositorio/repositorio\\_obj\\_33\\_1465558509.pdf](http://sites.uhs2.com/uploads/websRepositorio/repositorio_obj_33_1465558509.pdf)
- Servicio Andaluz de Salud. (2018a, May 2). *Cartera de Servicios de Atención Hospitalaria. Cirugía plástica y reparadora.* Recuperado de <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros/carteraservicioshospitalaria/default.asp?IdEspecialidad=14&IdAreaEspecificas=140&pagina=default.asp&accion=prev&CodCentro=16471&IdCentro=34>
- Servicio Andaluz de Salud. (2018b, May 2). *Cartera de Servicios de Atención Hospitalaria. Cirugía plástica y reparadora - Atención a las personas transexuales.* Recuperado de <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/centros/carteraservicioshospitalaria/default.asp?IdEspecialidad=14&IdAreaEspecificas=140&pagina=default.asp&accion=prev&CodCentro=16471&IdCentro=34>

[cioshospitalaria/default.asp?IdEspecialidad=14&IdAreaEspecificica=141&pagina=default.asp&accion=prev&CodCentro=16471&IdCentro=34](http://cioshospitalaria/default.asp?IdEspecialidad=14&IdAreaEspecificica=141&pagina=default.asp&accion=prev&CodCentro=16471&IdCentro=34)

- Sharek, D. B., Mccann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2015). Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 230–240. <https://doi.org/10.1111/OPN.12078>
- Smolinski, K. M., & Colón, Y. (2008). Silent Voices and Invisible Walls. *Journal of Psychosocial Oncology*, June 2014, 37–41. <https://doi.org/10.1300/J077v24n01>
- Snelgrove, J. W., Jasudavicius, A. M., Rowe, B. W., Head, E. M., & Bauer, G. R. (2012). “Completely out-at-sea” with “two-gender medicine”: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-110/PEER-REVIEW>
- Solá, M., & Urko, E. (2013). *Transfeminismos: Epistemes, fricciones y flujos*. Navarra: Txalaparta Editorial.
- Soley-Beltran, P. (2009). *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Soley-Beltran, P., & Coll-Planas, G. (1998). “Having words for everything”. Institutionalizing gender migration in Spain. *Sexualities*, 14(3), 334–353. <https://doi.org/10.1177/1363460711400811>
- Sosa, M., Jódar, E., Arbelo, E., Domínguez, C., Saavedra, P., Torres, A., Salido, E., Limiñana, J. M., Gómez, M. J., & Hernández, D. (2004). Serum lipids and estrogen receptor gene polymorphisms in male-to-female transsexuals: effects of estrogen treatment. *European Journal of Internal Medicine*, 15(4), 231–237. <https://doi.org/10.1016/J.EJIM.2004.04.009>
- Spidsberg, B. D. (2007). Vulnerable and strong - Lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 478–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04439.x>

- Spidsberg, B. D., & Sørli, V. (2012). An expression of love - midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 796–805. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05780.x>
- Stewart, K., & O'Reilly, P. (2017). Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Education Today*, 53, 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.008>
- Stockmann, C., & Diaz, D. A. (2017). Students' Perceptions of the Psychological Well-Being of a Transgender Client Through Simulation. *The Journal of Nursing Education*, 56(12), 741–744. <https://doi.org/10.3928/01484834-20171120-07>
- Stokes, M. (2005). White Heterosexuality: A Romance of the Straight Man's Burden'. En Ingraham (Ed.), *Thinking Straight: The Power, Promise and Paradox of Heterosexuality* (pp. 131–150). Londres, Reino Unido: Routledge.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. Londres, Reino Unido: Karnack Books.
- Stroumsa, D. (2014). The state of transgender health care: Policy, law, and medical frameworks. *American Journal of Public Health*, 104(3), 31–38. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301789>
- Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Nueva York: Perseus.
- Stryker, S., & Whittle, S. (2006). *The transgender studies reader*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Revista de Estudios Sociales*, 49, 128–143. <https://doi.org/10.7440/RES49.2014.10>
- Suess, A. (2015). *“Transitar por los géneros es un derecho”: Recorridos por la perspectiva de despatologización*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Suess, A. (2020). The trans depathologization perspective: a contribution to public health approaches and clinical practices in mental health? SESPAS Report 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.002>

- Tartavouille, T., & Landry, J. (2021). Educating Nursing Students About Delivering Culturally Sensitive Care to Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioning/Queer, Intersex, Plus Patients: The Impact of an Advocacy Program on Knowledge and Attitudes. *Nursing Education Perspectives*, 42(4), 15–19. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000819>
- Taylor, C. L. (2003). *Women, writing, and fetishism. 1890-1950: Female cross-gendering*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Taylor, V., & Rupp, L. J. (2004). Chicks with Dicks, Men in Dresses. *Journal of Homosexuality*, 46, 113–133. [https://doi.org/10.1300/J082v46n03\\_07](https://doi.org/10.1300/J082v46n03_07)
- Thornton, M. (2018). LGBT Older Adults and Nurse Administrators: An Opportunity for Advocacy. *Nursing Administration Quarterly*, 42(2), 129–135. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000282>
- Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que(e) rying undergraduate medical curricula: a cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12909-021-02532-Y>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Torres, C. G., Renfrew, M., Kenst, K., Tan-McGrory, A., Betancourt, J. R., & López, L. (2015). Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: Results from a qualitative analysis of providers. *BMC Pediatrics*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0505-6>
- Torres, E., Asensi, R., Collado, J., Mangas, M. Á., Martínez, M. Á., Moreno, P., Noriega Barreda, C. M., Redondo, C., Rodríguez Salamanca, E. M., Sánchez, L., Sánchez, S., Sanz, R., Torre, C., Velázquez, A., & Vozmediano, R. (2016). *Atención sanitaria a personas transexuales adultas [Recurso electrónico]: Proceso Asistencial Integrado*. Consejería de Salud. Recuperado de [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af1956dbff62\\_trans\\_adultos\\_29\\_06\\_2017.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dbff62_trans_adultos_29_06_2017.pdf)

- Tortora, G. J., Derrickson, B. H., & Tortora, G. J. (2017). *Principios de anatomía y fisiología* (15ª ed.). Barcelona: Médica Panamericana.
- Transgender Europe (TGEU), (2021). *Trans Murder Monitoring (TMM)*. Transrespect Versus Transphobia Worldwide. <https://transrespect.org/en/trans-murder-monitoring/tmm-resources/>
- Turner, K. L., Wilson, W. L., & Shirah, M. K. (2001). Lesbian, gay, bisexual, and transgender cultural competency for public health practitioners. *The Handbook of LGBT Public Health, January 2006*, 59–83.
- UE (Unión Europea). (2014). Informe sobre la hoja de ruta de la UE contra la homofobia y la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género, Pub. L. No. 2013/2183(INI). Recuperado de: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-7-2014-0009\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-7-2014-0009_ES.html)
- Unión Europea. (2000). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, Pub. L. No. 2012/C 326/02. Recuperado de [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf)
- Valcuende, J. M., Río, D., Marco, M. J., David, M., & Rubio, A. (2013). *Estudios sobre diversidad sexual en Iberoamérica*. Sevilla: Aconcagua Libros.
- Vanderleest, J. G., & Galper, C. Q. (2009). Improving the Health of Transgender People: Transgender Medical Education in Arizona. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.003>
- Vázquez, F., & Cleminson, R. (2012). *Los hermafroditas. Medicina e identidad sexual en España (1850-1960)*. Granada: Editorial Comares.
- Veale, J. F. (2008). Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(10), 887–889. <https://doi.org/10.1080/00048670802345490>
- Vicente, A. (2019). La exclusión de los menores trans en el ámbito de la Ley 3/2007, de 15 de marzo. *Anuario Facultad de Derecho - Universidad de Alcalá*, 12, 117–148.
- Vijlbrief, A., Saharso, S., & Ghorashi, H. (2020). Transcending the gender binary: Gender non-binary young adults in Amsterdam. *Journal of LGBT Youth*, 17(1), 89–106. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1660295>

- Walsh, D., & Hendrickson, S. G. (2015). Focusing on the “T” in LGBT: An online survey of related content in texas nursing programs. *Journal of Nursing Education*, 54(6), 347–351. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150515-07>
- Ward, B. W., Ph, D., Dahlhamer, J. M., Ph, D., Galinsky, A. M., Ph, D., & Joestl, S. S. (2014). Sexual Orientation and Health Among U.S. Adults : National Health Interview Survey , 2013. *National Health Statistics Reports*, 77.
- Warren, J. N., Luctkar-Flude, M., Godfrey, C., & Lukewich, J. (2016). A systematic review of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcomes in nurse practitioner programs. *Nurse Education Today*, 46, 99–108. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2016.08.023>
- Whitehead, D. M., & Schechter, L. S. (2020). History of Gender Identity and Surgical Alteration of the Genitalia. En D. Bluebond-Langner, L. S. Schechter, & K. W. Deutsch (Eds.), *Gender Confirmation Surgery* (pp. 23-34). Nueva York: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-29093-1\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-29093-1_3)
- WHO (World Health Organization). (1975). *International statistical classification of diseases and related health problems (9th ed.)*. World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). (1990). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*. World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). (2019). *Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents*. World Health Organization. Recuperado <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515078>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedecker, D., Van de Peer, F., Toye, K., ... & T'Sjoen, G. (2014). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2993-3001. <https://doi.org/10.1111/jsm.12776>
- Wittig, M. (1980). The straight mind. *Feminist Issues*, 1(1), 103–111. <https://doi.org/10.1007/BF02685561>

- Wosinski, J., Belcher, A. E., Dürrenberger, Y., Allin, A. C., Stormacq, C., & Gerson, L. (2018). Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. *Nurse Education Today*, *60*, 67–74. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2017.08.015>
- WPATH (World Professional Association for Transgender Health). (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People. 7th Version. *International Journal of Transgenderism*, *13*(4), 165–232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- WPATH (World Professional Association for Transgender Health). (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23*(1), 1-260. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Yingling, C. T., Cotler, K., & Hughes, T. L. (2017). Building nurses' capacity to address health inequities: incorporating lesbian, gay, bisexual and transgender health content in a family nurse practitioner programme. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(17–18), 2807–2817. <https://doi.org/10.1111/jocn.13707>
- Zaccagnini, M., & White, K. (2010). *The Doctor of Nursing Practice Essentials: A New Model for Advanced Practice Nursing*. Burlington, Estados Unidos: Jones & Bartlett Learning.
- Zunner, B. P., & Grace, P. J. (2012). The Ethical Nursing Care of Transgender Patients. *AJN, American Journal of Nursing*, *112*(12), 61–64. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000423514.58585.a3>

## 10. ANEXOS

### 10.1. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



Ref:UALBIO2019/023

D. DIEGO LUIS VALERA MARTÍNEZ, presidente de la Comisión de Bioética de la Universidad de Almería

#### INFORMA QUE:

Tras estudiar el informe presentado por el Comité de Bioética de Investigación Humana, en la reunión de la Comisión de Bioética de 19 de septiembre de 2019, y que fue discutido, esta Comisión evalúa positivamente y emite **Informe Favorable** para el siguiente estudio:

Título del estudio	Investigador/a principal
El Escape Room como método de evaluación en estudiantes de Ciencias de la Salud	Pablo Román López

Y a los efectos oportunos lo firmo en Almería a 19 de septiembre de 2019



Diego Luis Valera Martínez  
Presidente de la Comisión de Bioética  
Universidad de Almería



Universidad de Almería  
Comisión de Bioética  
Carretera Sacramento s/n  
Edificio de Gobierno y Paraninfo  
04120, La Cañada de San Urbano, Almería  
Planta 1, Despacho 112

Puede verificar la autenticidad, validez e integridad de este documento en la dirección: <a href="https://verificarfirma.ual.es/verificarfirma/code/juvmzu5A8/d7AKgp8TQEpA==">https://verificarfirma.ual.es/verificarfirma/code/juvmzu5A8/d7AKgp8TQEpA==</a>			
Firmado Por	Diego Luis Valera Martinez	Fecha	19/09/2019
ID. FIRMA	blade39adm.ual.es	PÁGINA	1/1
 juvmzu5A8/d7AKgp8TQEpA==			

## **10.2. INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

**ESTUDIO:** Atención al paciente trans\* en estudiantes de enfermería: un estudio cualitativo descriptivo.

Antes de proceder a la firma del consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

**OBJETIVO:** Este estudio tiene como finalidad explorar las actitudes del alumnado de enfermería respecto a la atención al paciente trans\*. Y como objetivos específicos, identificar los prejuicios y estereotipos hacia la atención del colectivo LGTBI+ en el alumnado de enfermería; determinar las barreras relacionadas con la atención sanitaria al paciente trans\* detectadas por el alumnado de enfermería durante la atención simulada a un paciente trans\*; investigar el impacto del uso de la atención simulada al paciente trans\* en el alumnado de enfermería, conocer las actitudes del alumnado de enfermería durante la atención simulada a un paciente trans\* y describir las vivencias del alumnado de enfermería durante la atención simulada al paciente trans\*.

**METODOLOGÍA:** Para el abordaje de los objetivos marcados se realizará un diseño cualitativo descriptivo llevado a cabo mediante una serie de grupos focales tras la realización de una intervención educativa y simulación llevada a cabo en la asignatura Género, Multiculturalidad y Salud del 1º curso del Grado de Enfermería.

**VOLUNTARIEDAD:** La participación en este estudio es de carácter voluntario, así como posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento. La participación en este estudio no repercutirá de ninguna manera en la calificación de la asignatura.

**RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO:** Esta investigación no supone ningún riesgo para el participante.

**CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS:** Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Sus datos personales serán utilizados para la elaboración de dicho estudio, teniendo acceso a ellos únicamente el investigador principal del estudio. Sus datos personales no serán ni publicados ni puestos en conocimiento a ningún otro profesional o persona. La información recogida en las entrevistas de los participantes será tratada de manera confidencial, ningún participante será identificado personalmente.

**GRABACIÓN DE LA ENTREVISTA:** Durante el transcurso de la entrevista esta será grabada mediante grabación digital. El archivo de audio resultante de la misma será tratado atendiendo a la misma normativa citada en el punto anterior. El acceso a los mismos se llevará a cabo únicamente por el investigador principal y serán destruidos tras la finalización del estudio.

**TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA:** Tras la realización de la entrevista se realizará una transcripción fiel de la misma. Posteriormente se concertará una segunda cita con el participante para realizar una puesta en común del relato. Se realizarán las modificaciones necesarias si no se está de acuerdo con lo reflejado en la misma. Tras la aceptación de la transcripción se procederá al análisis por parte del investigador principal. Algunos fragmentos de la entrevista podrán ser incluidos en la publicación final con el propósito de dar mayor riqueza al estudio y favorecer la comprensión de los lectores de la vivencia de los participantes en la investigación, siempre de manera anónima.

**PERSONA DE CONTACTO:** Si tiene alguna duda o pregunta en relación al estudio, o necesita contactar por algo relacionado con el mismo, puede hacerlo con la persona responsable: Francisco Luis Montes Galdeano, mediante el Tel. 6xxxxxxx o el correo electrónico: frmontesgaldeano@gmail.com.

### 10.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**ESTUDIO: Atención al paciente trans\* en estudiantes de enfermería: un estudio cualitativo descriptivo.**

Yo (Nombre y Apellidos): .....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información para los participantes del estudio).
- He podido hacer preguntas sobre el estudio: **Atención al paciente trans\* en estudiantes de enfermería: un estudio cualitativo descriptivo.**
- He recibido suficiente información acerca de la investigación en la que acepto participar.
- He hablado con el investigador principal: Francisco Luis Montes Galdeano.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me han informado sobre que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforma establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Autorizo a participar en la entrevista y a grabarlas en audio para facilitar su posterior análisis.

- Se me ha informado sobre que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - o Cuando quiera.
  - o Sin tener que dar explicaciones.
  - o Sin que esto repercuta en la calificación en la asignatura.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Participante.....

Investigador principal.....

Fecha.....

Fecha .....

## 10.4. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DERIVADA DE LA INVESTIGACIÓN

Montes-Galdeano F, Roman P, Ropero-Padilla C, Romero-López A, Ruiz-González C, Rodríguez-Arrastia M. Improving the care management of trans patients: Focus groups of nursing students' perceptions. J Nurs Manag. 2021 Jan;29(1):75-84. doi: 10.1111/jonm.13160. Epub 2020 Oct 4. PMID: 32969544.

Impact Factor: 3.325

Ranking: Q1 3/125 (Nursing); Q1 3/123 (Nursing (Social Science)); Q2 111/228 (Management)

2021 JOURNAL IMPACT FACTOR

**4.680**

[View calculation](#)

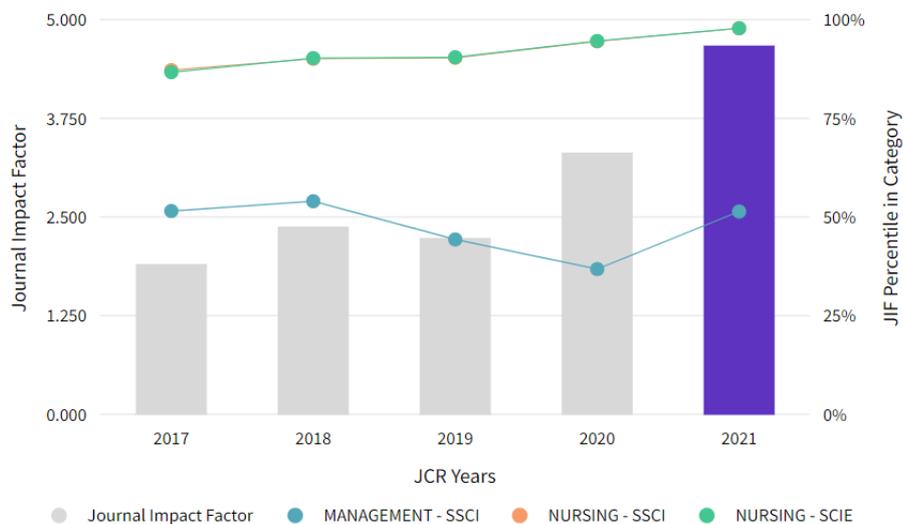
JOURNAL IMPACT FACTOR WITHOUT SELF CITATIONS

4.082

[View calculation](#)

Journal Impact Factor Trend 2021

[Export](#)



## Rank by Journal Impact Factor

Journals within a category are sorted in descending order by Journal Impact Factor (JIF) resulting in the Category Ranking below. A separate rank is shown for each category in which the journal is listed in JCR. Data for the most recent year is presented at the top of the list, with other years shown in reverse chronological order. [Learn more](#)

EDITION

Social Sciences Citation Index (SSCI)

CATEGORY

MANAGEMENT

111/228

JCR YEAR	JIF RANK	JIF QUARTILE	JIF PERCENTILE	
2021	111/228	Q2	51.54	
2020	143/226	Q3	36.95	
2019	126/226	Q3	44.47	
2018	100/217	Q2	54.15	
2017	102/210	Q2	51.67	

EDITION

Science Citation Index Expanded (SCIE)

CATEGORY

NURSING

3/125

JCR YEAR	JIF RANK	JIF QUARTILE	JIF PERCENTILE	
2021	3/125	Q1	98.00	
2020	7/124	Q1	94.76	
2019	12/123	Q1	90.65	
2018	12/120	Q1	90.42	
2017	16/118	Q1	86.86	

## Rank by Journal Impact Factor

Journals within a category are sorted in descending order by Journal Impact Factor (JIF) resulting in the Category Ranking below. A separate rank is shown for each category in which the journal is listed in JCR. Data for the most recent year is presented at the top of the list, with other years shown in reverse chronological order. [Learn more](#)

EDITION

Social Sciences Citation Index (SSCI)

CATEGORY

NURSING

3/123

JCR YEAR	JIF RANK	JIF QUARTILE	JIF PERCENTILE	
2021	3/123	Q1	97.97	
2020	7/122	Q1	94.67	
2019	12/121	Q1	90.50	
2018	12/118	Q1	90.25	
2017	15/115	Q1	87.39	

# Improving the care management of trans patients: Focus groups of nursing students' perceptions

Francisco Montes-Galdeano MSc, RN, Registered Nurse<sup>1,2</sup> | Pablo Roman MSc, PhD, RN, Vice Dean and Lecturer<sup>1,3,4</sup>  | Carmen Ropero-Padilla MSc, PhD, RN, Lecturer<sup>5,6</sup> | Agustín Romero-López BA, MA, Lecturer<sup>7,8</sup> | Cristófer Ruiz-González MSc, RN, Registered Nurse<sup>1,2</sup> | Miguel Rodríguez-Arrastia MSc, PhD, RN, Lecturer<sup>5,6</sup> 

<sup>1</sup>Department of Nursing Science, Physiotherapy and Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Almería, Almería, Spain

<sup>2</sup>Torreardenas University Hospital, Almería, Spain

<sup>3</sup>Health Research Centre, University of Almería, Almería, Spain

<sup>4</sup>Research Group CTS-451 Health Sciences, University of Almería, Almería, Spain

<sup>5</sup>Pre-Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Jaume I University, Castello de la Plana, Spain

<sup>6</sup>Research Group CYS, Faculty of Health Sciences, Jaume I University, Castello de la Plana, Spain

<sup>7</sup>Department of Geography, History and Humanities, Faculty of Humanities, University of Almería, Almería, Spain

<sup>8</sup>Research Group HUM-472 Laboratory of Social and Cultural Anthropology, University of Almería, Almería, Spain

## Correspondence

Pablo Roman, Department of Nursing Science, Physiotherapy and Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Almería, Ctra. Sacramento s/n, 04120, La Cañada de San Urbano, Almería, Spain.  
Email: pablo.roman@ual.es

Carmen Ropero-Padilla, Pre-Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Jaume I University, Castello de la Plana, Av. Sos Baynat, 12071, Castello de la Plana, Spain.  
Email: ropero@uji.es

## Abstract

**Aim:** To know the perspectives of nursing students in trans patients' care and their access to health services and how to improve the quality of care in trans patients, related to the barriers identified by nursing students.

**Background:** Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and plus (LGBTQ+) find barriers related to the health care access, including stigma, discrimination and lack of education. In addition, to the transphobia reported in some health care providers.

**Methods:** A descriptive qualitative study was performed through 12 focus group interviews in nursing students. Data analysis was based on content analysis.

**Results:** 124 first-year nursing students participated. The qualitative analysis resulted in three major themes: (a) *Exposing an invisible reality*, (b) *Interprofessional communication: a starting point to arise awareness* and (c) *Care with pride as a link between individuality and professionalism*.

**Conclusions:** Our findings suggest that both LGBTQ+ content and institutional resources are the cornerstone for nursing students and professionals' practice in order to develop and provide a well-informed and high-quality care delivery to these patients.

**Implications for Nursing Management:** Policymakers, senior charge nurses and other managers should be aware of the structural-level changes identified and ongoing mentoring needed to guarantee trans patients' privacy and safety.

## KEYWORDS

attitudes, LGBTQ persons, nursing students, transgenders

## 1 | INTRODUCTION

Transgender or trans\* is an umbrella term that includes all the people who do not fit with the prevailing gender binary categorization of male or female. In this vein, the person's gender identity or expression

differs from their birth sex (Gridley et al., 2016), which might include non-cisgender, genderqueer, gender variant, gender non-conforming, gender non-binary and agender (Sharek et al., 2020).

Approximately, a total of 25 million of people worldwide identify as trans (Winter et al., 2016). Nevertheless, the current prevalence

of gender identity is the tip of the iceberg, in which its estimated rate worldwide is ranged only between 0.1% and 0.6% (Karalexi et al., 2020; Scheim et al., 2020). Besides that, lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and plus (LGBTQ+) find three barriers related to the health care access: stigma, discrimination and lack of education. Likewise, there are other barriers, given that trans-people avoid the use of health services because they perceived a lack of formative and experience about LGBTQ+ care in health care professionals (Paradiso & Lally, 2018). In that manner, some of them reported negative experiences (Prunas et al., 2016), mostly related to the presumption of risky practices (Kuzma et al., 2019) and the use of heterosexist language (Bonvicini, 2017), invalidating their trans-identity (Stewart & O'Reilly, 2017). According to these experiences, the documentation and health history do not usually report the felt gender identity (McNeil et al., 2012). This cissexism makes difficult to get access to certain services such as urology or gynaecology (American Psychological Association, 2015).

In relation to the health care staff, the literature has reported mainly the nonexistence or a lack of specific training in the care LGBTQ+ patients (Spidsberg & Sørli, 2012). Although several studies have reported the importance of this content to improve therapeutic relationships, however gender diversity competences in curriculums are inadequate, poor or poorly formulated, if present (Paradiso & Lally, 2018). Nursing staff is considered by trans-people as open, receptive, respectful and supportive (Stewart & O'Reilly, 2017), but it is often that some nursing staff have to confront others co-workers in defence of trans-people, trying to improve patient care and reduce stigma (Schuster, 2012). In general, men health care providers usually show significantly higher levels of transphobia than women. Yet, the perceived discrimination is higher in transwomen compared to transmen, as well as the religious fundamentalism is associated with transphobia (Fisher et al., 2017).

Taking into account the increase in trans-reality and their attention in different nursing units, as an improvement in the gender diversity study plan, the aim of this study was to know the perspectives of nursing students in trans patients' care and their access to health services and how to improve the quality of care in trans patients, related to the barriers identified by nursing students.

## 2 | MATERIALS AND METHODS

### 2.1 | Design and setting

In March 2019, a descriptive qualitative study was performed through focus group interviews. The study was conducted in the Faculty of Health Sciences (University of Almería, Spain) between students enrolled in Gender, Multicultural and Health (6 ECTS), a first-year subject in which students received theoretical and practical lessons about the LGBTQ+ patients care and specific attitudes to care this population, between other competences. Data collection was conducted after performing a clinical simulation scenario, in which aim was to understand the needs of trans patients by

interacting with a real patient. In a first phase, students had to perform a nursing assessment to a trans standardized patient who was admitted for a bilateral mastectomy, and the personal information on the clinical history was wrongly misplaced in relation to his gender. The patient had to show an attitude of weariness and anger if students were mistakenly referring to him, either by name or by gender. After the assessment, students had to do the handover with a fellow nurse who made discriminatory and transphobic comments.

### 2.2 | Participants

Participants were selected by a convenience sampling. The inclusion criteria were those students who: (a) assisted at least 80% of lessons, (b) participated in the clinical simulation and (c) were willing to provide written informed consent.

### 2.3 | Data collection

A total of 12 focus groups (FG) interviews were carried out, where 9–11 students participated in each one. Previously to this, informed consent was obtained. Each focus group was led by two researchers, one specialist in lead group dynamics and the other who assisted him and took the field notes. A semi-structured interview guide was developed (Table 1). Each focus group lasted between 40 and 60 min and was recorded. It finalized when no new themes emerged.

### 2.4 | Data analysis

Data analysis was based on content analysis, supported by the software program ATLAS.ti 8.4. First, a transcription of the focus groups was done, followed by an in-depth analysis using the Colaizzi's six steps (Wirihana et al., 2018): (a) review and familiarize oneself with the data; (b) identify significant statements; (c) formulate a meaning of the statements within the context; (d) group and organise the identified meanings into clusters of themes. This step will reveal common patterns or trends in the data; (e) a full and inclusive description of the feelings and ideas of participants about each theme and each participant; and (f) the researcher elaborates a fundamental structure or theory.

### 2.5 | Validity, reliability and rigour

Recommendations of the Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) were followed. The validity and triangulation were checked by performing an independent content analysis (MRA and CRP), and in case of doubt, a third researcher (PR) was also consulted. Additionally, in the data collection process, a moderator and observer were present with the aim of monitoring the non-verbal communication of the participants.

**TABLE 1** Script for focus groups

Stages for the interview	Topics	Examples
Introduction	Purpose of the study	<i>My colleague and I form part of a study to understand nursing students' perfectives while assisting minority communities such as trans patients. We believe this population is a reality in our practice and your experiences may be useful to explore new measures to deliver a high-quality and well-informed care to these patients</i>
	Objectives	<i>Carry out and publish research based on these experiences during a trans patient's care</i>
	Ethical considerations	<i>In order to carry out our research, our conversation will be recorded only for research purposes. Just to remember, the participation remains voluntary and if you decide so, you might withdraw at any moment. Everything said during this focus group will be completely confidential, anonymized and accessible only for the research team</i>
	Verbal and formal consent	<i>Granted if the participant agreed verbally and signed the formal consent</i>
Development	Focus group grid	<i>Please, could you describe how your experience was when you faced the patient?</i>
		<i>What strategies did you use to solve the situation? What kind of difficulties have you had when doing your nursing assessment?</i>
		<i>Please, tell me more about how you think the patient felt with the care delivered. What aspects do you think these patients may demand from us?</i>
		<i>What conflicts have you had when assisting the patient? What did you know about caring these patients?</i>
		<i>How did you plan to do your handover? How did you finally do the handover to your colleague? How did you colleague react during the handover?</i>
		<i>What aspects would you change to improve your outcomes? And your handover?</i>
Closing	Final questions	<i>Do you have anything else to add that might be relevant? Anything to clarify before we end?</i>
	Acknowledgements	<i>Thank you for your time and interest. Certainly, your statements will be useful for the research</i>
	Considerations	<i>Please, let us know if you need anything else</i> <i>Once the study is finished, we will send you a copy</i>
Translation	Retro-translations	<i>Interview statements will be translated by one bilingual researcher to English. Then, another bilingual research will back-translate them to Spanish and compared with the original transcripts to maintain their accuracy</i>

**2.6 | Ethical considerations**

The study was approved by the Ethics Committee of the University of Almeria (Spain), and all ethical aspects of the Declaration of Helsinki were taken into account. Additionally, the participants were informed that their experiences, perceptions and opinions would have any influence in their scores.

**3 | RESULTS**

**3.1 | Participant characteristics**

We conducted a total of 12 FGs where 124 first-year nursing students participated from a total of 135 students ( $n = 91.85\%$ ). The students' average age was 19.87 years old ( $SD = 4.78$ ), with a range from 18 to 54 years. Overall, 77.4% of participants ( $n = 96$ ) identified as female and 22.6% as male ( $n = 28$ ), whereas 88.7% ( $n = 110$ ) self-reported as heterosexual and 11.4% ( $n = 14$ ) as LGBTQ+. The

qualitative analysis resulted in 3 major themes that are summarized in Table 2.

**3.2 | Theme 1: Exposing an invisible reality**

This first theme consisted of 2 subthemes and illuminated participants' first experience assisting a trans patient while doing their nursing assessment for his transitioning process. Particularly, our data revealed what communication skills our participants perceived as having, as well as both the level of self-awareness in trans patients care and a need for further knowledge.

**3.2.1 | Subtheme 1.1: The communication as a core stone in nursing care**

For most of the participants, the nursing assessment of a real trans patient was a fascinating and trendy experience, which helped them

**TABLE 2** Themes, subthemes, number of extracts and representative quotes

Main theme	Subthemes	Representative quotes
Exposing an invisible reality	The communication as a core stone in nursing care	<i>I was shocked with the experience. I was freeze because it was our first case with a real person, and I didn't expect a case of this kind. I've been surprised, but I loved the exercise. G10-P10</i>
		<i>I knew that the case was about a trans, but it didn't make any difference in how I treated him. I've been paralyzed because I didn't know what to do nor what to ask. I felt very nervous and uncomfortable because of the prolonged silences and you could notice that the patient wasn't comfortable either. I didn't know how to manage the situation. G4-P3</i>
	Integrating LGBTQ + content in nursing curricula	<i>I was a bit nervous and lost because I didn't know what question I should ask him. I didn't know how to act in that situation as I didn't know what to ask, but I could ask him some things step by step. G5-P4</i>
		<i>I think it's been productive and useful, but that's made us realise that we still have many things to learn and these contests are barely included in our curricula. To be honest, when it came to the case, I didn't know much about it, neither how to care a trans patient nor about the care that they need specifically. G3-P3</i>
Interprofessional communication: a starting point to arise awareness	When preparedness becomes essential	<i>I did know barely nothing until today. We read something about nursing assessment, but it's been a new experience when carrying it out about a real patient. I also knew nothing about the transition process, for example. G9-P2</i>
	Shortcomings during the handover	<i>I knew nothing about how to assist a real patient and less with this specific problematic until the activity itself. It's been very helpful, maybe more activities like this could be done to build-up our knowledge. G6-P2</i>
		<i>For the handover, I thought about explaining how the patient was for my colleague to be aware of the situation, especially all the info regarding his transition process. This part was the key to avoid similar mistakes that we made harmlessly. G8-P1</i>
Care with pride as a link between individuality and professionalism	Learning in LGBTQ+ terminology and its implications	<i>I knew something about how to carry the interview, so I could give a lot of information to my colleague during the handover, but nothing about how to attend this kind of patient from a nursing point of view and less about what he was going through. G7-P2</i>
		<i>I think he's been a bit discriminatory. When I told him that the patient's name was Antonio [a man], he told me "Is he a man? Because if he is a man it's not possible to do a mastectomy if it's not a tumour o something like that." G1-P6</i>
	Confronting diversity normalization	<i>I think that he might have been offended at some point because I assigned a female pronoun to him and he had to correct me. I apologised, but unfortunately the damage was done. G12-P9</i>
		<i>I wouldn't consider for him to be alone in a room as he might feel banned or something. I would suggest to share the room with a woman as they are more respectful and tolerant in these situations. G5-P7</i>
The need for a change in the management of transgender patients		<i>It's been a shocking and interesting situation. I think we were able to learn a lot. On the other hand, I also felt insecure about how to deal with this kind of patients because it's been a totally new experience. In spite of that, it's something that I'm curious about and I hope I can continue to get more training about it, especially to be able to deliver a good care and research about what we can do to change our working settings. G8-P6</i>
		<i>We're familiarised with it [transgenderism] because it's become more and more common, and it's strange who hasn't got a friend who is gay or trans ... Imagine professionals from other generations ... That has to be shocking and they're more reluctant to deal with it. Hospitals should form a specific unit or something with professionals with values and attitudes for the specific and sensitive care of these patients. G4-P7</i>
		<i>These patients more than others need to create a nurse-patient bond. Then, they should be guarantee to have a professional as a referee who would be their contact in the system, as a guide ... Otherwise, the system itself will make the patient leave. G5-P6</i>

to gain a better understanding of this kind of patients care since they had to deal with an unknown situation until then:

It's been something completely new. I have blanked out because this was the first time that we make an assessment to this kind of patient and I didn't where to start with. I have felt very helpless because I didn't know how to act as I didn't have knowledge about caring trans patients. G3-P5

In this matter, one common aspect stated among participants was their lack of experience when communicating with patients in general, but more specifically with trans patients in order to assess their needs during their nursing assessment:

I didn't know how to act because of my lack of experience doing clinical cases. At that moment, I was a bundle of nerves because I didn't know what to ask him and how to carry out the nursing assessment properly. After that, I felt awful due to the bad management of the situation and the giggling that might have bothered him. G4-P1

It's been a shocking experience; I didn't know what to say. I felt a bit awkward at some moments of silence as I didn't know which questions to ask. G8-P1

### 3.2.2 | Subtheme 1.2: Integrating LGBTQ+ content in nursing curricula

On the other hand, most participants also stated that the need of including LGBTQ+ contents into their curricula is essential from their first year of nursing education. At the moment of their experience, they perceived knowledge gaps both personal and professional in caring trans patients and even felt bad in their lack of nursing skills when performing their nursing assessment:

The interview has been a challenge because I didn't know so well how focus the questions, to be honest. At the beginning, I addressed him as Luz [a woman], until he told me how he wanted to be called. I missed a few words addressing him in feminine. That is when I realised the gap in our training about this kind of patient. G3-P4

Likewise, some participants emphasized the effectiveness and helpfulness of these practice-based learning content in their formation as nurses as it helped them to be self-aware when caring trans patients and be able to provide a well-informed care to LGBTQ+ individuals:

I think this kind of practice-based learning is very useful, especially for situations that are likely to make us uncomfortable if we haven't done it before. So, we have been able to learn important things like the problems these patients face during their transition process and the care they may need. G12-P14

## 3.3 | Theme 2: Interprofessional communication: a starting point to arise awareness

This second theme explores the attitudes and perceptions of participants from their experience during a nursing handover with a fellow nurse. More interestingly, it describes how participants perceived others' attitudes towards trans patients and their own reactions.

### 3.3.1 | Subtheme 2.1: When preparedness becomes essential

Most participants understood that their preparedness before the handover was essential in order to provide as much relevant information as possible for their fellow nurse to care the patient appropriately:

I thought to prepare the handover with naturalness and giving as much information as possible about the patient, having in mind everything that the patient told us during the interview. It is important for our colleague to have as much information as possible to avoid a slip-up and be able to offer a good care delivery. G9-P5

In this vein, our participants emphasized the importance of taking the demands of these patients into account, especially when doing their handover at the end of their shift to prevent misunderstandings as happened to them. As they remind, some of them focused their intervention into his gender identity mismatch rather than his health condition, which clearly caused discomfort to their patient when using a wrong name or pronoun:

I beard in mind to tell my colleague everything I registered and what my experience was. During the interview, I missed a few female pronouns even when he told me that wanted to be called as Antonio [a man]. In the end, I was more concerned about his name rather than the real problem he had. G3-P4

I wanted my colleague to be aware that the patient's name was Antonio [a man] and not Luz [a woman] as shown wrongly in his history records, which I wasn't aware from when I came into the patient's room. Despite being corrected by the patient, I had a lot of

troubles changing the correct pronoun, which I was approaching him with. I think he become offended. G5-P6

### 3.3.2 | Subtheme 2.2: Shortcomings during the handover

Nevertheless, some participants described how their lack of experience and knowledge, both assessing the patient and doing their handover, might have not been enough. Some pointed out they have tried to find some information regarding trans patients, but most of them lacked knowledge of trans patients' transitioning process and other related treatments such as hormones or some type of surgery:

To be honest, I didn't have a clue to carry questions in the nursing assessment. After that and during the handover, I realised that there were important aspects that I didn't know and they were essentials, like being able to explain that Antonio [a man] was transitioning to my colleague. G11-P8

Moreover, almost all participants identify their colleague's discrimination attitudes during their handover. Participants described how their colleague used his position to deprecate their patients for his condition and other gender stereotypes. Despite this, almost none of the participants corrected or confronted their fellow nurse's attitudes:

My colleague's reaction during the handover created an awkward situation because he called him "tranny," in a disparagingly way. He commented if the patient wanted her breast to be removed "for pleasure or not." I was freeze and I didn't know how to react when it was clearly discriminatory. G7-P6

My colleague asked if the patient "had a tumour," assuming that a surgery only can be performed for a bad thing and not for psychological well-being. Moreover, he referred to the patient as "tranny." It was a nasty situation and I felt powerless. I didn't know how to react. G8-P4

## 3.4 | Theme 3: Care with pride as a link between individuality and professionalism

This theme encompasses participants' understating of transgender issues with health care providers and changes needed as result of their introspection and self-reflection to provide an equitable care. These include the importance of knowledge in terminology,

recalibrating gender categories and promoting inclusive and trans-specific informed care throughout culturally sensitive health professionals.

### 3.4.1 | Subtheme 3.1: Learning in LGBTQ+ terminology and its implications

As mentioned, there is a paucity among participants' understanding of LGBTQ+ terminology, ignoring most of the time the patient's gender identity and taking into account only his gender expression. Participants expressed a confusion about which pronoun to use when caring their trans patient, which was sometimes extended to what room should be assigned:

It has been a problem for me when making a proper use of pronouns, changing my mind-chip to speak in masculine, for example. I have made a few mistakes, but they were not intended. Even so, the fact that I confused him with a woman made me feel a bit awkward as I didn't know how to fix the situation. G1-P9

Some participants presented separate rooms as a possible solution for trans patients in order to keep everyone's comfort or avoid further problems, while others saw this separation as a kind of isolation:

I would avoid sharing his room with an elderly person or anyone who doesn't share his opinion and beliefs. So, we could avoid problems from both sides as he doesn't deserve have a hard time because of others' beliefs. Nothing would happen if the patient stayed alone in his room either way. G12-P10

I wouldn't treat him differently from other patients, so he could share a room. Identifying himself as a man, he could share a room with another man, although he could be provided with a single room. Nevertheless, I would try to avoid this last option because I think we shouldn't isolate him just because he "might" cause some problems or make feel uncomfortable to others. G2-P3

The complexity of transgender patients coupled with this participants' lack of knowledge, which is also identified by them as a potential personal and professional bias that might have an influence in their care delivery:

The truth is that I couldn't say with whom he could share the room, for example, but I would try it with someone in his same situation. All of this is quite complex and I think I lack a lot of knowledge on the subject. I may not be totally objective in assessing the patient. G2-P8

### 3.4.2 | Subtheme 3.2: Confronting diversity normalization

As one of the best approaches, participants' responses reinforce the need to include gender diversity in order to change the nursing practice. They recognized their interventions lacked of a framework that allowed them to provide an individualized and comprehensive care independently of their condition:

I didn't have much knowledge, even less about how to care from a nursing point of view and nothing about the process he was going through. It was quite challenging to think he had a different identity that he already had, mostly when talking to him. Nonetheless, all of this makes me want to train more and be able to offer an equitable and quality care to LGBTQ+ individuals and others. G11-P2

Many of them also identified the need of an important structural-level change to provide privacy and any other options for those who might feel uncomfortable with the current gendered spaces available:

I didn't consider myself to be able to care patients with these characteristics until today class. Nevertheless, I don't think I was prepared enough to deal with this kind of patient, but either to have resources like neutral spaces at hospitals to deliver a good quality of care. Many things need to be changed at all levels. G1-P1

### 3.4.3 | Subtheme 3.3: The need for a change in the management of trans patients

In this matter and in order to guarantee a safe high-quality care to these patients, participants suggested the need to include professional management into the formula. As they identified, senior charge nurses and other health administrators play an essential role to monitor and support their professionals' knowledge and attitudes towards these communities:

They're patients like any other with cancer or appendicitis ... They have enough issues as to add emotional problems because of us. Administrators need to identify professionals and train them to make these kinds of patients feel like one patient more and not some weirdo. We need to evolve. G6-P8

Yet, most participants believed these managers and administrators are in a position to help overcome inequalities in these patients' access to health care system and support them throughout their transitioning process. This help would work both through structural-level changes and professionals' continuous professional development:

Health administrations are limited to a basic attention process to trans patient, if they have such thing, but the problem isn't the surgery for a sex change, it's all what there is before and after. Many patients dilate or ignore their own health issues because of shame or fear. That's unacceptable. Our managers should do something! G2-P10

## 4 | DISCUSSION

The aim of this study was to know the perspectives of nursing students in trans patients' care and their access to health services and how to improve the quality of care in trans patients, related to the barriers identified by nursing students. Once our results were analysed, almost all participants reported that their self-awareness about LGBTQ+ individuals' health care needs was increased as a result of the practice-based learning intervention and the importance of their approaches to achieve a positive impact on transgender patients' predisposition to seek help in nurses. These findings are in line with Muckler et al. (2019) and García-Acosta and collaborators' results (2019), who introduced these practice-based learning scenarios to practice therapeutic communication towards trans patients in nurses and final-year nursing students, increasing their confidence and comfort during their care delivery to these patients.

Moreover, these interventions might help nursing students to train transgender-specific attitudes, in order to develop a professional and organisational culture towards these patients (Brown et al., 2018; Stewart & O'Reilly, 2017). Although most participants had positive and respectful attitudes towards LGBTQ+ individuals, negative attitudes of the nurse during the handover were not criticized by the majority of them. One possible explanation for these findings may be reflective of the own participants' societal attitudes, which includes homophobia, sexism, racism and genderism, and where this kind of learning becomes more relevant (Hojat, 2016; Lim & Hsu, 2016). Likewise, these positive and negative attitudes might be defined by two independent attitude components, but both modifiable in different grades. On one side, an implicit attitude resulted from an encounter, which would trigger an automatic reaction. And from another, an explicit attitude resulted from a conscious evaluation and, therefore, a learned attitude (Echebarria-Echabe, 2013).

In line with other studies, our participants emphasized the need of promoting a positive health care team communication and respectfully towards patients above all without prejudices and bias in order to build a mutual patient-nurse relationship (Bonvicini, 2017; Haghiri-Vijeh et al., 2020). However, many of them pointed out a lack of communication skills with LGBTQ+ individuals as they stumbled on the correct use of pronouns and felt uncomfortable asking questions in their nursing assessment. For these reasons, LGBTQ+ content on communication in nursing curricula is more essential than ever (Gridley et al., 2016).

Nevertheless, it was found in our findings that participants stated a shortcoming on LGBTQ+ topics in their education. In this

sense, a scarce of curricula content addressing these issues might have caused a lack skills needed to provide an equitable informed care and, respectively, communication (Muckler et al., 2019). This would be similar to other studies where some barriers were found to implement this kind of topic-specific competencies. Overall, the lack of institutional support and limited curricular time emerged as main barriers, but also the discrete one-time intervention that many times is used for this kind of content, which pedagogical efficacy would be clearly undermined (Paradiso & Lally, 2018).

This scant LGBTQ+ content in nursing curricula may explain the paucity of students' understanding of gender-related terminology. Because of this, participants faced the challenge to differentiate appropriately between terms such as gender identity or sexual expression during their nursing assessment, which was perceived as a barrier for their care by the students (Maruca et al., 2018). Concordantly, the existing literature suggests that knowledge of LGBTQ+ terminology is crucial to understand and provide a culturally competent care to trans patients, as well as identifying professional and personal bias (Abeln & Love, 2019). Both educators and senior charge nurses in different organisations have an important role to support and prepare their future and present nurses to create an environment of transinclusivity at work (Carabez et al., 2015; Kcomt et al., 2020).

As recommended by our participants, not only does addressing trans patients' issues begin by educating nurses, but also calling for structural-level changes in order to mitigate heteronormality and cisgenderism. These structural changes include initiatives within health care contexts, such as adopting gender-inclusive record-keeping systems, policies and procedures. For example, decisions on the gendered space for patients often based on staff discretion are frequently taken inappropriately for trans patients (Willging et al., 2019). In this sense, these structural-level changes could advocate for neutral or safe spaces, which guarantee anyone's privacy and options against the current highly gendered spaces (Kellett & Fitton, 2017; Thornton, 2018). Furthermore, those who do not cluster themselves into a binary model might find these inclusive spaces as a safe place, and therefore, these might serve as a model of awareness for those nursing students who do their clinical rotations in those institutions. This kind of advocacy model in practicum settings may play an important role to empower nursing's inclusive attitudes and responsibility in their own practice (Kcomt et al., 2020; Lim et al., 2015). Having said that, educators, administrators and other health care managers arise as one of the cornerstones in trans patients' care delivery. They are a key element to support and guide nursing professionals and students in their practice and professional development, which includes LGBTQ+ individuals' needs. In the end, these patients usually attend health services with fear and shame, and there is where the importance of having well-educated professionals and a good management lies (Korpaisarn & Safer, 2018; Lazarus et al., 2020).

However, there are various limitations into this study to be considered when interpreting our results. First, there is a limited research to our knowledge investigating first-year nursing students'

experiences assisting trans patients, which has limited our discussion. And second, only first-year nursing students participated in our study. It would be interesting to explore educators' experiences and perceptions towards barriers found integrating LGBTQ+ content in nursing curricula what mechanisms they use to equip nursing students to provide a well-informed and culturally competent care to these patients. Rather than concluding this issue, this study offers an opportunity to address trans patients' perspectives more in detail to gain a deeper understanding of their complex needs or to determine how even these health care needs are perceived in LGBTQ+ older patients.

## 5 | CONCLUSIONS

The integration of LGBTQ+ content into nursing curricula could be a useful and supportive initiative from its first year. Likewise, it would be helpful in their clinical practice as part of continuous professional development, notably when practice-based learning scenarios are used. These findings highlight that this content is a key component to develop students and professionals' self-awareness, confidence, nursing skills and sensitivity towards trans patients and other LGBTQ+ individuals in order to provide a competent and well-informed care. Similarly, health care organisations required structural-level changes such as unisex bathrooms or a transgender alternative for male/female checkboxes on standards forms among other measures are needed to facilitate safe or neutral spaces. As suggested in our results, these spaces would guarantee both trans patients' privacy and safety, and a model for nursing students and professionals' inclusive attitudes in their daily practice.

### 5.1 | Implications for nursing management

Since nursing is usually the first point for health care, its role becomes crucial in LGBTQ+ individuals and other minorities' experiences within the health system (McNiel & Elertson, 2018). In this scenario, both educators, senior charge nurses and other health service managers need to support this leadership role in these patients' care (Carabez et al., 2016). Besides structural-level changes, nurse managers should consider ongoing mentoring for experienced nurses who might have limited information about these populations' health needs in order to be equipped enough to provide a high-quality and culturally competent care (Abeln & Love, 2019; Carabez et al., 2015).

### CONFLICT OF INTEREST

The authors have no conflict of interest to report.

### ETHICAL APPROVAL

The study was approved by the Ethics Committee of the University of Almeria (UALBIO2019/023).

**ORCID**

Pablo Roman  <https://orcid.org/0000-0002-5966-0498>

Miguel Rodriguez-Arrastia  <https://orcid.org/0000-0001-9430-4272>

**REFERENCES**

Abeln, B., & Love, R. (2019). Bridging the gap of mental health inequalities in the transgender population: The role of nursing education. *Issues in Mental Health Nursing, 40*(6), 482–485. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1565876>

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist, 70*(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>

Bonvicini, K. A. (2017). LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient Education and Counseling, 100*(12), 2357–2361. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.003>

Brown, S., Kucharska, J., & Marczak, M. (2018). Mental health practitioners' attitudes towards transgender people: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism, 19*(1), 4–24. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1374227>

Carabez, R. M., Eliason, M. J., & Martinson, M. (2016). Nurses' knowledge about transgender patient care. *Advances in Nursing Science, 39*(3), 257–271. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000128>

Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M., & Scott, M. (2015). Does your organization use gender inclusive forms? Nurses' confusion about trans\* terminology. *Journal of Clinical Nursing, 24*(21–22), 3306–3317. <https://doi.org/10.1111/jocn.12942>

Echebarria-Echabe, A. (2013). Relationship between implicit and explicit measures of attitudes: The impact of application conditions. *Europe's Journal of Psychology, 9*(2), 231–245. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i2.544>

Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Giovanardi, G., Carone, N., Fanni, E., Mosconi, M., Ciocca, G., Jannini, E. A., Ricca, V., Lingiardi, V., & Maggi, M. (2017). Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, the general population and health care providers. *Journal of Endocrinological Investigation, 40*(3), 263–273. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0552-3>

García-Acosta, J. M., Castro-Peraza, M. E., Arias Rodríguez, Á., Perez-Cánovas, M. L., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R., Perdomo-Hernández, A. M., & Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Impact of a formative program on transgender healthcare for nursing students and health professionals. Quasi-experimental intervention study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(17), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173205>

Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R. N., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health, 59*(3), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>

Haghiri-Vijeh, R., McCulloch, T., Attack, L., & Bedard, G. (2020). The impact of positive space training on students' communication with LGBTQ+ communities. *Nursing Education Perspectives, 41*(2), 115–116. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000474>

Hojat, M. (2016). Empathy in health professions education and patient care. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0*

Karalexli, M. A., Georgakis, M. K., Dimitriou, N. G., Vichos, T., Katsimpris, A., Petridou, E. T., & Papadopoulos, F. C. (2020). Gender-affirming hormone treatment and cognitive function in transgender young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology, 119*, 104721. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104721>

Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Ssm–population Health, 11*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>

Kellett, P., & Fitton, C. (2017). Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: Embracing cultural safety. *Nursing Inquiry, 24*(1). <https://doi.org/10.1111/nin.12146>

Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19*, 271–275. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9452-5>

Kuzma, E. K., Graziano, C., Shea, E., Schaller, F. V., Pardee, M., & Darlingfisher, C. S. (2019). Education improving lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning health: using a standardized patient experience to educate advanced practice nursing students. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 31*(12), 714–722.

Lazarus, J. V., Baker, L., Cascio, M., Onyango, D., Schatz, E., Smith, A. C., & Spinnewijn, F. (2020). Novel health systems service design checklist to improve healthcare access for marginalised, underserved communities in Europe. *British Medical Journal Open, 10*(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035621>

Lim, F. A., & Hsu, R. (2016). Nursing students' attitudes toward lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: An integrative review. *Nursing Education Perspectives, 37*(3), 144–152. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000004>

Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual, and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives, 36*(3), 144–152. <https://doi.org/10.5480/14-1355>

Maruca, A. T., Diaz, D. A., Stockmann, C., & Gonzalez, L. (2018). Using simulation with nursing students to promote affirmative practice toward the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: A multisite study. *Nursing Education Perspectives, 39*(4), 225–229. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000302>

McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *Trans mental health and emotional wellbeing study 2012*. Scottish Transgender Alliance. [http://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans\\_mh\\_study.pdf](http://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf)

McNiel, P. L., & Elertson, K. M. (2018). Advocacy and awareness: Integrating LGBTQ health education into the prelicensure curriculum. *Journal of Nursing Education, 57*(5), 312–314. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180420-12>

Muckler, V. C., Leonard, R., & Cicero, E. C. (2019). Transgender simulation scenario pilot project. *Clinical Simulation in Nursing, 26*, 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.10.007>

Paradiso, C., & Lally, R. M. (2018). Nurse practitioner knowledge, attitudes, and beliefs when caring for transgender people. *Transgender Health, 3*(1), 47–56. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0048>

Prunas, A., Bandini, E., Fisher, A. D., Maggi, M., Pace, V., Quagliarella, L., Todarello, O., & Bini, M. (2016). Experiences of discrimination, harassment, and violence in a sample of Italian transsexuals who have undergone sex-reassignment surgery. *Journal of Interpersonal Violence, 33*(14), 2225–2240. <https://doi.org/10.1177/0886260515624233>

Schein, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health, 5*(4), e196–e203. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3)

Schuster, M. A. (2012). On being gay in medicine. *Academic Pediatrics, 12*(2), 75–78. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.005>

Sharek, D., McCann, E., & Huntley-Moore, S. (2020). The design and development of an online education program for families of trans young

- people. *Journal of LGBT Youth*, 1–23. <https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1712296>
- Spidsberg, B. D., & Sørli, V. (2012). An expression of love—Midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 796–805. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05780.x>
- Stewart, K., & O'Reilly, P. (2017). Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Education Today*, 53, 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.008>
- Thornton, M. (2018). LGBT older adults and nurse administrators: An opportunity for advocacy. *Nursing Administration Quarterly*, 42(2), 129–135. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000282>
- Willging, C., Gunderson, L., Shattuck, D., Sturm, R., Lawyer, A., & Crandall, C. (2019). Structural competency in emergency medicine services for transgender and gender non-conforming patients. *Social Science and Medicine*, 222, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.031>
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- Wirihana, L., Welch, A., Williamson, M., Christensen, M., Bakon, S., & Craft, J. (2018). Using Colaizzi's method of data analysis to explore the experiences of nurse academics teaching on satellite campuses. *Nurse Researcher*, 25(4), 30–34. <https://doi.org/10.7748/nr.2018.e1516>

**How to cite this article:** Montes-Galdeano F, Roman P, Ropero-Padilla C, Romero-López A, Ruiz-González C, Rodríguez-Arrastia M. Improving the care management of trans patients: Focus groups of nursing students' perceptions. *J. Nurs. Manag.* 2020;00:1–10. <https://doi.org/10.1111/jonm.13160>

## 10.5. ESTANCIAS INTERNACIONALES

### 10.5.1. ESTANCIA EN LA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DEL INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA (PORTUGAL)



#### CERTIFICADO DE ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA MENCIÓN INTERNACIONAL

Dra. Adília Maria Pires da Silva Fernandes, Directora de la Escola Superior de Saúde del Instituto Politécnico de Bragança (Portugal) certifica que el doctorando Francisco Luis Montes Galdeano, con DNI 45600711Z, quien actualmente está realizando sus Estudios de Doctorado en el Programa de Doctorado de Salud, Psiquiatría y Psicología de la Universidad de Almería, ha realizado una estancia de investigación para la Mención internacional, bajo la tutela del Dr. Leonel São Romão Preto en dos periodos comprendidos desde el 1 de mayo al 31 de junio de 2015 (2 meses) y desde el 10 de octubre al 10 de noviembre de 2015 (1 mes).

La realización de esta estancia de investigación ha permitido al doctorando Francisco Luis Montes Galdeano el desarrollo de las siguientes actividades:

- Recogida de datos mediante diversos cuestionarios y test con el alumnado de la Escola Superior de Saúde del Instituto Politécnico de Bragança (Portugal) relacionados con las siguientes temáticas:
  - Expectativas laborales e intención de migración de estudiantes de enfermería.
  - Reconocimientos de signos de alerta o deterioro del paciente.
  - Estigma hacia el paciente de salud mental.
  - Actitudes hacia la inmigración.
  - Miedo a la muerte.
  - Ansiedad ante las prácticas asistenciales.
  - Conocimientos sobre VIH e infecciones de transmisión sexual.
  - Conocimientos sobre la homosexualidad.
  - Actitudes del personal sanitario hacia el paciente LGBTI+.
  - Actitudes hacia las personas trans\*.
  - Generismo y transfobia.
- Diseño y planificación de futuras investigaciones con el objetivo de dar continuidad a las investigaciones iniciadas, así como al desarrollo de nuevas líneas de estudio.

Esta estancia ha tenido como finalidad la recogida de datos para el desarrollo de su Tesis Doctoral y la solicitud de la Mención Internacional. Está enmarcada dentro del Programa de Doctorado de Salud, Psiquiatría y Psicología de la Universidad de Almería. Siendo dirigida esta Tesis Doctoral por el Dr. Gabriel Aguilera Manrique y el Dr. Pablo Román López.

Bragança, a 15 de noviembre de 2021

La Directora de la Escuela Superior de Salud

  
(Professora Adília Pires da Silva Fernandes)

## 10.5.2. ESTANCIA EN LA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LA UNIVERSIDAD DE AVEIRO (PORTUGAL)



### DECLARACIÓN

A todos los efectos, se hace constar que Francisco Luis Montes Galdeano, alumno de Doctorado de la Universidad de Almería, visitó la Escola Superior de Saúde de la Univesidad de Aveiro, en el periodo del 21 de septiembre al 5 de octubre de 2015, donde ha participado en diversas actividades, relacionadas con la recogida de datos para su Tesis Doctoral, con los estudiantes de 2º, 3º y 4º curso de la licenciatura en enfermería, e impartió los siguientes seminarios:

- Organización de los Servicios de Urgencias en España.
- Cuidados de Enfermería al Paciente Sometido a Endoscopia Digestiva.

Aveiro, 5 de octubre de 2015

El Director de la Escola Superior de Saúde

