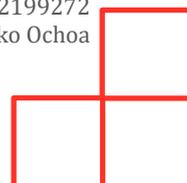


ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO HACIA LAS PERSONAS TRANS*

Trabajo de Fin de Máster del Máster de
Psicología general Sanitaria

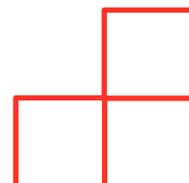
Alesya Beneroso Lara
Número de expediente: 22199272
Tutora del trabajo: Ilargi Blasko Ochoa



Resumen

En 2019 la OMS despatologiza las realidades trans*, considerándolas cuestiones relativas a la salud sexual, siendo el primer avance por parte de diferentes instituciones para dejar de relacionar las realidades trans* con una enfermedad. Igualmente, la realidad de las personas trans* hoy sigue viéndose afectada por su medicalización, encontrándose aún dentro de otros diferentes manuales de diagnósticos como un trastorno. La población trans* puede verse afectada por una visión patologizante de su realidad, pudiendo repercutir en la salud y confianza en los servicios de salud. Las habilidades sociales juegan un papel importante dentro de la comunicación, pudiendo ayudar a manejar mejor el trato hacia los pacientes, a pesar de que la realidad del paciente no sea conocida por el profesional. A través de cuestionarios autoinformados, hemos descrito la perspectiva, visión y actitudes por parte del personal sanitario hacia las personas trans*, además de las habilidades sociales de los mismos. Nos hemos centrado en esta población para conocer si estas actualizaciones marcadas por la OMS se están aplicando a nivel profesional, además de pertenecer a uno de los ámbitos en donde las personas trans* describen mayor discriminación percibida. En los datos recogidos encontramos cómo las habilidades sociales de planificación se encuentran inversamente relacionadas con la transfobia, y cómo las mujeres tienen mejores actitudes hacia las personas trans* que los hombres.

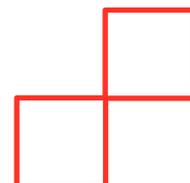
Palabras clave: trans, transgénero, autodeterminación de género, habilidades sociales, despatologización, diversidad de género



Abstract

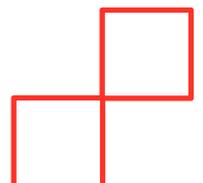
In 2019, the WHO depathologizes trans* realities, considering them as issues related to sexual health, being the first advance by different institutions to stop relating trans* realities to a disease. Likewise, the reality of trans* people today continues to be affected by their medicalization, still being found within other different diagnostic manuals as a disorder. The trans* population can be affected by a pathologizing vision of their reality, which can have an impact on health and confidence in health services. Social skills play an important role in communication, being able to improve the management of the treatment of patients, even if the patient's reality is not known by the professional. Through self-reported questionnaires, we have described the perspective, vision, and attitudes of health workers towards trans* people, as well as their social skills. We have focused on this population to know if these updates marked by the WHO are being applied at a professional level, in addition to belonging to one of the areas where trans* people describe greater perceived discrimination. In the data collected we find that social planning skills are inversely related to transphobia, and women have better attitudes towards trans* people than men.

Keywords: trans, transgender, gender self-determination, social skills, depathologization, gender diversity

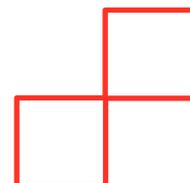


Contenido

Resumen.....	i
Abstract.....	ii
1. Introducción.....	1
1.1. Población del estudio.....	1
1.1.1. Conceptos Básicos.....	1
1.2. Personas trans* en la población.....	3
1.3. Personas trans* en España.....	5
1.4. Despatologización de las personas trans*.....	8
1.5. Atención médica a las personas trans* en España.....	11
1.6. Relación sanitario paciente.....	12
1.7. Relación sanitario-paciente en personas trans*.....	13
1.8. Justificación.....	16
2. Objetivos.....	16
2.1. Objetivos específicos.....	17
2.2. Hipótesis de estudio.....	17
3. Metodología.....	18



3.1.	Población y muestra.....	18
3.2.	Obtención de la muestra	19
3.3.	Instrumentos de recolección de datos	20
3.4.	Técnicas de procesamiento de datos.....	21
4.	Resultados	21
4.1.	Datos descriptivos.....	21
4.2.	Análisis de fiabilidad	29
4.3.	Correlaciones	31
5.	Conclusiones	32
5.1.	Limitaciones	34
6.	Bibliografía	37
7.	Anexos	44
7.1.	Tablas con criterios diagnósticos dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.....	44
7.2.	Formulario	60
7.2.1.	Variables sociodemográficas:	60
7.2.2.	TABS-S (Trans Attitudes and Beliefs Scale-Spanish).....	61



7.2.3. GTS-S (Gender and Transphobia Scale- Spanish).....64

7.2.4. Escala de Habilidades sociales.....65

Tablas

Tabla 321

Tabla 422

Tabla 523

Tabla 623

Tabla 724

Tabla 825

Tabla 926

Tabla 1027

Tabla 1130

Tabla 1230

Tabla 1331

Tabla 1431

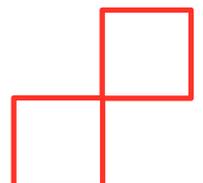
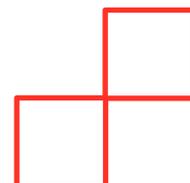


Tabla 15	32
Tabla 1	44
Tabla 2	57





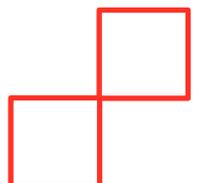
1. Introducción

Esta investigación tiene como objetivo describir las percepciones, creencias y actitudes que presenta el personal sanitario sobre las personas trans*, así como variables individuales que puedan influir en el trato hacia este colectivo. Para poder entender mejor el motivo de este estudio, vamos a hablar sobre la población sobre la cual se tienen esas creencias, de dónde pueden estar partiendo, y cómo influyen en el trato sanitario-paciente.

1.1. Población del estudio

1.1.1. Conceptos Básicos

Para poder entender diferentes conceptos a los que se hará referencia a lo largo del trabajo, vamos a revisar ciertas definiciones que aporta Susan Striker (2017) en “Historia de lo Trans” de sexo, género, identidad de género, expresión de género y transgénero. El sexo tiene muchos significados, pero el que nos interesa para este documento es el que se usa para describir las diferencias biológicas de capacidad reproductiva, o lo que es lo mismo, un cuerpo que produce espermatozoides de los que producen óvulos. Se suele clasificar el sexo en macho y hembra. El género muchas veces se confunde con el sexo, aunque no es lo mismo. En algunas ocasiones se puede observar cómo se usan indistinguiblemente, independientemente de a qué alude cada uno. Un ejemplo de ello es el cómo recoge la Real Academia Española una de las acepciones de la palabra género. Dice así: “Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido desde el punto de vista sociocultural en lugar de

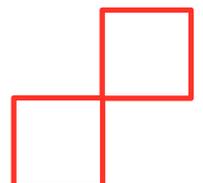


exclusivamente biológico” (Real Academia Española, 2023), o cómo en el inglés se han estado usando como sinónimos (Haig, 2004).

El género se considera cultural, no nadie nace como mujer u hombre, sino que se nos asigna un género con el que podemos identificarnos o no. En concreto, el género es la organización social de los cuerpos en distintas categorías de gente (Stryker, 2017). En nuestra sociedad existe la idea del binarismo de género: esto quiere decir que existen únicamente dos géneros sociales basados en dos, y únicamente dos sexos. Según esos dos géneros, hay unas expectativas de comportamiento y actividad adecuadas para cada uno de ellos. Es lo que conocemos como rol de género. Un ejemplo concreto es la creencia de que los hombres deben ser médicos o las mujeres han de ser enfermeras. Las representaciones que se realizan para expresar nuestro género, como pueden ser nuestro aspecto, formas de gesticular o intereses, es lo que se conoce como expresión de género, que pueden encajar con esos roles de género o no.

Muchas personas no encajan en ese binarismo de sexo, género, identidad de género, roles de género, expresión o representación de género siendo personas con experiencias de género no normativas, género *queer* o no binarias (Stryker, 2017). Cada persona tiene la percepción subjetiva de encajar, o no, en una categoría de género concreta. Esto es lo que se conoce como identidad de género. Las personas transgénero son la prueba de que muchas veces esa identidad no corresponde con el género que se asignó al nacer. El término transgénero hace referencia a aquellas personas que quieren cambiar su género social mediante un cambio en su expresión de género, aunque no incluya cirugía. Este último caso sería el de las personas transexuales.

Lucas Platero (2014) usa el término trans* como un “paraguas” en donde se pueden recoger diferentes expresiones e identidades de género, como las antes mencionadas.

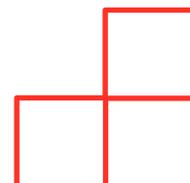


Este término viene de las bases de datos y la búsqueda en Internet, en las que el asterisco funciona como comodín. Utilizándose para la población trans*, señala la heterogeneidad de expresiones, de identidades y vivencias más allá de las normas binarias impuestas. También reconoce que tiene términos comunes, al tiempo que reconoce las discrepancias que pueden tender una única visión de lo que supone ser trans*.

En el uso de términos a los que se refiere a la población de este estudio encontramos que hay heterogeneidad, en este estudio usaremos el término trans* por ser el término que más inclusivo.

1.2. Personas trans* en la población

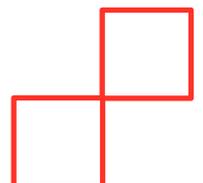
Si revisamos las Normas de Atención para la Salud de las Personas y con Variabilidad de Género (Coleman et al., 2022) se usa el término *transgénero* y *diversidad de género* para referirse a personas de todo el mundo cuyo género difiere del género social que se les asignó al nacer. Estos términos son dependientes de la cultura, no siendo equivalentes en todas las partes del mundo. En otras culturas, y con diferentes significados encontramos, por ejemplo, el término *hijra* en la India, en donde en 2011 se realizó un censo donde se contabilizaron cerca de 490.000 personas que se identificaban con esta etiqueta (Goel, 2016) o el término *muxe* en algunas regiones de México, estimándose tres mil personas en la región (Santillán, 2019). Existen muchas otras culturas no occidentales en donde se pueden encontrar términos para referirse a formas de género que no entran dentro de ese marco binario, o hacen referencia a características que son difíciles de poder trasladar a otras culturas. Dentro de nuestra cultura tenemos el término travesti, que en España es usado como un insulto hacia las personas trans*, aunque en Latinoamérica tiene otras connotaciones, ya que es una reapropiación del término que tiene también un significado político (Berkins, 2012). Ese



término viene de travestido, persona a quien le gusta vestirse puntualmente con ropa del género opuesto. El travestismo sigue siendo algo recogido como una patología por el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2022), considerándolo un trastorno parafílico, con especificaciones si tiene fetichismo hacia telas, materiales o prendas; o autoginefílico, que es excitación hacia pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer. Este concepto comparte clasificación con la pedofilia, el frotismo o el exhibicionismo. Como señala Jelley Winter (2009) en un artículo, se suele equiparar el travestismo con el fetichismo sexual y con los estereotipos de perversión. Esto sirve como un diagnóstico que no necesariamente necesita una connotación sexual. Travestirse para muchos hombres significa una expresión social de su propia identidad. Además, en la literatura científica vemos cómo se sigue considerando una característica diagnosticable, aunque no haya una motivación sexual y aunque no suponga un fetiche. De hecho, el término autoginefilia, como todo lo relacionado con la teoría de donde procede, no se recomienda ser utilizado por la estigmatización que produce (Serano, 2010). Se puede ver cómo en diferentes estudios en las personas transexuales pretransición aparecen con el cuerpo que desean en fantasías sexuales como mecanismo de afrontamiento (Barnes, 2001; Gooren, 2006; J. Serano, 2007), y cómo esas fantasías disminuyen después de transicionar (Lawrence, 2005).

Vemos cómo algunas realidades trans* todavía se siguen considerando como parte de patologías y que además se encuentran clasificadas dentro de enfermedades con un alto estigma social como es la pedofilia, como es el caso de trastorno travestista (APA, 2022). Más adelante se analizará cómo se encuentra el estado la despatologización de las realidades trans*, así como sus tipificaciones en diferentes manuales diagnósticos.

Dentro de Europa encontramos dificultades para estimar cuánta población trans* existe (Collin et al., 2016), debido a los diferentes cambios de la terminología usada para

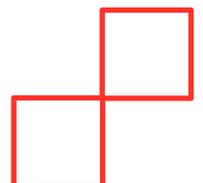


referirse a la misma. No tener un consenso claro para delimitar a una población produce que haya disparidad en los criterios de inclusión para la elegibilidad dentro de los estudios. En concreto se estima que sea un 4,6 por cada cien mil personas en Europa (Arcelus et al., 2015), el 3,9 en USA (Meerwijk & Sevelius, 2017), o el 1 en Reino Unido (Balarajan et al., 2011).

En general, vemos que es complicado delimitar a este conjunto de población. No es un colectivo de personas homogéneo, existiendo diferencias culturales y términos que no son generalizables a personas dentro del marco de la diversidad de género. También, encontramos dificultades a la hora de saber cuántas personas son trans*, ya que tampoco existe un consenso dentro de los criterios utilizados para incluir a estas personas dentro de estudios.

1.3. Personas trans* en España

Podemos ver a partir del artículo de Oscar Guasch y Jodi Mass (2014) cómo ha ido evolucionando la visión de las realidades trans* desde la época del franquismo hasta la actualidad. En España vemos cómo hay una diferenciación de los términos transexual, transgénero y travesti a nivel histórico una vez se diferencian de las experiencias homosexuales, ya que estos empiezan a estar aceptados socialmente después del franquismo, pero se alejan de la diversidad de género porque se consideraba que contaminaban ese proyecto de inclusión. Antes se entendía que las personas travestis eran el extremo de la homosexualidad, coincidiendo con las teorías de Haverlock Ellis (1913). Esta teoría refería a una inversión sexo-estética en términos de enfermedad. Entendían la homosexualidad desde una lógica heterocéntrica, en donde el sujeto se identificaba con rasgos psíquicos y físicos que recuerdan al género opuesto, sintiéndose de ese deseo, aunque su anatomía no encaje en esa idea. En la época del franquismo, el uso de la narrativa del travestismo permitía generar contextos donde apareciesen personas *queer*, pudiendo poner en pantalla evocaciones y

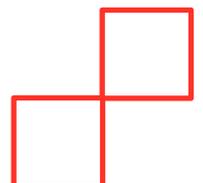


alusiones a la homosexualidad, ya que problematizaba la estructura binaria y tenía una vinculación con la conceptualización de la homosexualidad basándose en el paradigma de la inversión sexual. (Lomas Martínez, 2018). Después del franquismo fue aumentando la tolerancia (Kerman, 2003) en la diversidad sexual, mientras que la diversidad de género se ve envuelta por el modelo biomédico que diferencia entre transexuales y travestis, entre de aquellas personas que pasan por procesos médico para normalizar su cuerpo disidente o aquellas personas que no modifican su morfología corporal.

En 2007 entra en vigor la “Ley Reguladora de la Rectificación Registral de la Mención Relativa al Sexo de la Persona” (Jefatura del Estado), que permite no necesitar de una operación genital para cambiarse el nombre y el sexo registral en documentos legales. Sí que, para ello, se necesita un diagnóstico de disforia de género por un informe médico, además de llevar 2 años en tratamiento médico, como es el tratamiento hormonal. Además, en este momento no es común el uso de la palabra transgénero en España, porque muchas personas que rechazan esa operación genital se llaman a sí mismas transexuales (Guasch & Mas, 2014). La formulación de esta ley, aunque avanzada en su momento, reforzó más el modelo biomédico sobre las personas trans*.

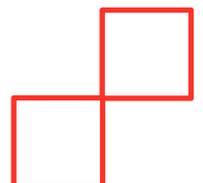
Por último, en 2023 entra en vigor la “Ley Para la Igualdad Real y Efectiva de Las personas Trans” y para la Garantía de los Derechos de las Personas LGTBI (2023). Esta ley permite la rectificación registral del sexo sin necesidad de un diagnóstico o un tratamiento hormonal. Esta ley, aunque es un avance y está realizada según las directrices de Clasificación Mundial de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2019), no incluye a las personas no binarias.

A través de las realidades trans* se ve cómo es una población donde no se les permite decidir por sí mismas en lo que respecta a su determinación de género, tanto médica



como social y legalmente. Por parte de las personas trans*, se ve como han existido críticas a esos procesos por los que la población trans* tiene que pasar para poder ser reconocidos como personas libres de patologías. Un ejemplo surge dentro del estado Español, en donde aparecen los primeros pasos hacia la movilización internacional con la campaña “Stop Trans Pathologization-2012” (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2009). Esta campaña tenía como objetivo la retirada del trastornos de identidad de género de los manuales de diagnóstico, la abolición de los tratamientos de normalización binaria a las personas intersexuales, el libre acceso a tratamientos hormonales y cirugías sin tutela psiquiátrica, la cobertura sanitaria pública para los procesos afirmativos y luchar contra la transfobia. Incluso en situaciones más recientes podemos ver cómo Paul B. (2020) denuncia en un discurso *en l’Ecole de la Cause freudienne* los abusos que surgen a partir de la palabra transexual. En este discurso relata cómo surgen las taxonomías de travesti y transexual. Especifica también cómo en el DSM establece criterios entre las travestis y mujeres transexuales, registrado por Ray Blanchard. En esta conceptualización es donde surge el término del que hemos hablado antes, la autoginefilia. Balchard distingue entre transexuales que son atraídos por hombres y transexuales atraídos por la idea de sí mismos como mujeres (Blanchard, 1989), que como ya se dijo sería una forma de señalar a las personas trans* como personas perversas que tienen que ser tratadas. Esta clasificación hace una diferenciación dentro de la conceptualización de Haverlock Ellis entre homosexuales a los que les atraen los hombres y hombres que fetichizan la idea de feminizarse.

Incluso dentro de las críticas realizadas a la patologización, algunas personas plantean otras posibles propuestas para comprender las realidades trans* fuera del marco biologicista. Dentro del libro “A la conquista del cuerpo equivocado” Miquel Missé (2018) plantea cómo la concepción de las personas trans*, aquellas que no quieren vivir dentro del género que

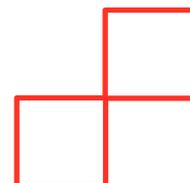


se les asignó al nacer, debería verse como una situación estructural del sistema de género, y no como una cuestión biomédica individual. Él pone el foco del malestar que puede vivir esta población en el reflejo de la sociedad que relaciona cada identidad de género con cierto cuerpo y ciertas expresiones de género, y no como una experiencia innata. A través de la metáfora del robo del cuerpo, comenta cómo a las personas trans* se les enseña que para poder vivir acorde a su identidad deben tener el cuerpo que se atribuye socialmente a esa identidad. Por esto, cree que, en el momento que una persona trans* quiere modificar su cuerpo para encajar con esa idea, le han robado el cuerpo, y debido a la fuerza que tienen las estructuras de género sobre nuestras vidas, es el propio sujeto quien realiza ese robo. Poner el foco en el cuerpo de las personas trans* las responsabiliza de su propio malestar, en vez de señalar la rigidez de la estructura de género.

1.4. Despatologización de las personas trans*

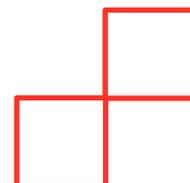
Como hemos ido contando hasta ahora, se observa cómo se va pasando de términos médicos para referirse a las personas trans* hacia términos que escapan de ese modelo, como puede ser el propio término trans* o en la conceptualización de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), que intenta evitar la patologización. Esto es fruto del cambio de paradigma sobre las personas trans* y expresiones de la diversidad de género, de cómo se va pasando de considerar como personas que tienen una patología, como fue en el pasado con la homosexualidad, a personas que pueden decidir sobre cómo es su expresión o si quieren someterse a intervenciones médicas. Este cambio también lo podemos ver en cómo se han ido actualizando los manuales diagnósticos de diferentes organizaciones.

Como observamos en la Tabla 14 y en la Tabla 15, ha ido cambiando el significado y los criterios de inclusión de la disforia de género, al igual que del trastorno travestismo a



lo largo de las diferentes ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). En la quinta edición del DSM (APA, 2014) se deja de llamar trastorno de identidad de género (como aparece en el DSM IV TR (APA, 1997)) y se llama disforia de género. Igualmente, sigue manteniendo términos como la autoginefilia (dentro del trastorno de travestismo). En la última versión publicada, el DSM V TR (APA, 2022), se incluye una definición de disforia de género que especifica que no todas las personas transgénero experimentan disforia de género, y que no tiene por qué presentarla en la infancia o pubertad. También es importante destacar la correcta utilización de los términos de género y de sexo, como a la hora de determinar los criterios de su anterior versión, no eran utilizados correctamente. Además, incluye que la afirmación de género que pueden o no desear las personas trans* ser social, legal, médica y/o quirúrgica; así como a las identidades no binarias. Igualmente, como comentamos con anterioridad, encontramos el trastorno de travestismo dentro de este manual, así como la autoginefilia como especificidad dentro del mismo.

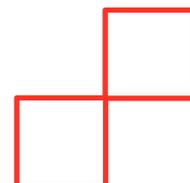
Si nos fijamos en la CIE-11 (WHO, 2019), vemos que también tiene se ha producido un cambio dentro de cómo considera a las personas trans* en su onceava edición con respecto a la décima. Después de consultar con diferentes organizaciones, que tenían como objetivo despatologizar y desestigmatizar a las personas trans*, así como posibilitar el tratamiento y servicios de salud accesibles a aquellas personas que lo necesiten, se cambia la etiqueta *“Transexualismo”* por *“Discordancia de Género en la Adolescencia y Adulthood”*, así como el *“Trastorno de identidad de Género en la Infancia”* pasa a ser *“Discordancia de Género en la Infancia”*. (Robles García & Ayuso-Mateos, 2019). Estos cambios, junto con la eliminación de la categoría *“Travestismo Fetichista”* y *“Travestismo de Doble Rol”*, permiten ver cambios que respaldan la intención de alcanzar el objetivo de la OMS para



despatologizar a este colectivo. El mover estas etiquetas de enfermedades mentales y comportamentales a un apartado nuevo, condiciones relativas a la salud sexual, permiten reducir el estigma que supone considerarlo una enfermedad mental, pero podría seguir permitiendo a las personas trans* acceder a terapias afirmativas, así como permite cubrirlos por los seguros médicos (WHO, 2022).

Como vemos, la despatologización de este colectivo es algo bastante reciente, además de no haber un consenso por parte de las organizaciones que se encargan de clasificar las enfermedades mentales. Las pautas que da la OMS todavía no coinciden con las directrices que se mueven otras organizaciones dentro del campo de la salud, como es el DSM de la Asociación de Psiquiatría Americana. Se puede considerar que la cuestión de la despatologización de las personas trans* es algo que todavía no se ha conseguido realizar, pero que se encuentra en camino de ser una realidad a nivel institucional en el ámbito sanitario.

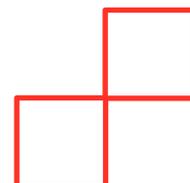
Dentro de España se ha actualizado recientemente el marco legal. Antes el cambio de sexo registral se regía por la Ley Estatal 3/2007 (Jefatura del Estado, 2007), de la que hemos hablado con anterioridad. Se pedía, dentro del reconocimiento legal de la identidad, el reconocimiento por parte de un médico para poder ser reconocida la identidad autopercibida de una persona. Esto va en contra de la despatologización, y en el momento de escribir este documento, se ha aprobado la “Ley Para la Igualdad Real y Efectiva de Las personas Trans y para la Garantía de los Derechos de las Personas LGTBI” (2023). Esta ley permite la rectificación registral del sexo sin necesidad de un diagnóstico o un tratamiento hormonal. En la propia ley se menciona como las realidades trans* ya no son consideradas por el CIE-11 como una patología. Igualmente, dentro de esta ley se han quedado fuera algunas realidades al no contemplarlas, como la de las personas no binarias. Además, depende de la



Administración General del Estado, las administraciones de las comunidades autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla y las Entidades Locales para integrar en sus respectivas competencias y en sus instrumentos de planificación la igualdad de trato y no discriminación por razón de las causas previstas en esta ley.

1.5. Atención médica a las personas trans* en España

En el estudio de Gómez Gil (2019) vemos cómo hace un repaso histórico de la atención médica a las personas trans* en el territorio español. En los 80 se realizan las primeras atenciones sanitarias en España. Aunque se atendía a las personas trans*, que se informaban por el boca a boca de personas que habían recibido atención, la primera unidad de identidad de género que se creó fue en Andalucía en 1999, siendo las siguientes las de Cataluña, Madrid, y Aragón en 2007, en Valencia, Alicante, País Vasco y Canarias en 2008 y en Navarra en 2010. En Castilla y León vemos cómo se crean en Valladolid y Salamanca en 2014 y en Burgos en 2018, a pesar de no tener leyes trans*. En Baleares, Castilla la Mancha (Consejería de Sanidad Castilla-La Mancha, 2021) y Galicia en 2017. En Cantabria no hay una unidad reconocida, pero hay un equipo multidisciplinar que atiende a la población trans*. En general, vemos cómo el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social decide dar cobertura a las personas por centros de referencia, en vez de aportarlo en la cartera de prestaciones generales del Sistema Nacional de Salud (Missé & Coll-Planas, 2010). En la reciente Ley 4/2023 (“Para La Igualdad Real y Efectiva de Las Personas Trans y Para La Garantía de Los Derechos de Las Personas LGTBI”, 2023) se menciona que se aportarán en la cartera de prestaciones aquellos tratamientos necesarios para la población LGTBI, pero en el apartado dedicado a las personas trans* no aparece ninguna mención sobre ello.

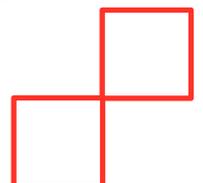


1.6. Relación sanitario paciente

La relación sanitario-paciente es la relación que se da cuando un paciente acude a cualquier servicio de salud. Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de la salud en la que existen varios tipos (Rodríguez Silva, 2006).

La relación entre médico y paciente está influenciada por la propia percepción del doctor en su función, por las expectativas del paciente y los aspectos estructurales que rigen la relación (Myfanwy, 2008). El primer aspecto que influye es la percepción del doctor. Esta puede estar más centrada en sí mismo, dando más importancia en las creencias propias; o centrada en el paciente, dando prioridad a las necesidades que expresa el paciente en esta situación. La segunda se ve mediada por las expectativas que tiene el paciente de la propia relación y por el grado de participación en la elección de su tratamiento que espera tener. En los aspectos estructurales de la relación, entran bastantes factores. Uno de ellos es si el paciente está pagando por el servicio. Otra son las posibles tensiones entre lograr una atención centrada en el paciente y las directivas profesionales y del centro que influyen directamente en la práctica clínica. Un ejemplo de esta última situación sería cuando el paciente quiere recibir un tratamiento concreto, pero la seguridad social no cubre ese tratamiento y el paciente sin esa ayuda no puede costearlo de forma externa.

Otros factores que pueden afectar a la relación entre el profesional y el paciente es la calidad de la relación. Esta calidad se asocia a las recomendaciones del tratamiento que ofrece el médico, centradas en la perspectiva del paciente y usando la empatía para que la comunicación sea más eficaz, y en cómo el paciente escoge entre esas recomendaciones, siendo importante que confíe en esa relación para que el paciente adopte esas recomendaciones de tratamiento (Orom et al., 2018; Wang et al., 2022). Dentro de la comunicación, se observa que media tanto la empatía cognitiva, es decir, la capacidad de



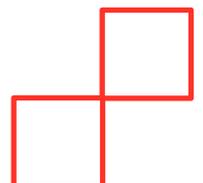
entender los sentimientos del paciente en consulta, y la empatía afectiva, que consiste en sentir lo que está sintiendo el paciente durante el tiempo que está en la consulta (Wang et al., 2022). Para que la comunicación con los pacientes sea satisfactoria, el terapeuta tiene que estar bien informado, ser amable, informativo, empático, cortés, mostrar respeto, ser abierto, capaz de expresar emociones a partir de comunicación no verbal, brindar apoyo, ser positivo, tratar a los pacientes por igual, mostrar que presta atención, mostrar un buen comportamiento, tener buena actitud y hacer que los pacientes se sientan valorados; además de ser sensible al movimiento corporal del paciente (Moslehpour et al., 2022).

En otra clase de profesionales sanitarios, encontramos en enfermería cómo las habilidades sociales constituyen un papel fundamental relacionado con las comunicaciones interpersonales. En este estudio se habla de los profesionales de la enfermería, ya que están continuamente en contacto y en relación con el paciente; por eso es importante que tengan facilidad de uso de técnicas de comunicación y habilidades sociales como la empatía (Ramón-García et al., 2012).

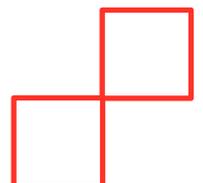
Observamos que dentro de la relación entre terapeuta y paciente pueden influir muchos factores, destacando la comunicación de la información al paciente. En esa comunicación, es importante que el terapeuta tenga una posición empática, prestando atención al paciente, y generando un espacio para que pueda expresar sus preocupaciones y éstas puedan ser resueltas.

1.7. Relación sanitario-paciente en personas trans*

En relación con las personas trans* y el trato sanitario-paciente no encontramos estudios que hagan referencia y que puedan generalizarse a la población sobre cómo puede verse afectada esta relación con un paciente trans*. Según lo mencionado anteriormente,



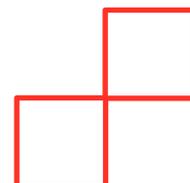
es necesario que el profesional sanitario capaz de establecer una relación comunicativa de confianza con el paciente, y en este caso concreto, tiene que ser capaz de comprender las particularidades del individuo al que está atendiendo. Otra variable que se debe tener en cuenta es las expectativas que tiene el paciente sobre la propia relación. En el informe de la FELGTBI+ “Personas Trans y su Relación con el Sistema Sanitario”(2019), en donde entrevistaron a 69 personas trans*, encontramos diferentes percepciones sobre esa relación. Ante la pregunta “acude a un centro de salud cuando tiene un problema de salud”, en aquellas personas que contestaron alguna vez o nunca, encontramos testimonios como “no tengo tarjeta sanitaria con mi nombre sentido”, “o me hacen sentir incómodo, o lo relacionan todo con las hormonas en vez de hacerme pruebas”, “es incómodo estar en la sala de espera y que te llamen por tu *deadname*...”. En estas experiencias vemos cómo el personal sanitario no comprende la situación particular del paciente, además de no reconocer la identidad del individuo. También encontramos un trato discriminatorio o poco adecuado por parte del personal sanitario en la mitad de la muestra que entrevistada, principalmente debido a que el personal sanitario no tenga un trato cercano, miradas despectivas o un trato relacionado centrado en tratamientos hormonales y no en sus necesidades. Es destacable mencionar que el 27,5% de las personas encuestadas dijeron que siempre era adecuado el trato dispensado en relación con su identidad de género, siendo el resto de las respuestas situaciones de discriminación al no reconocer quiénes son, llegando al punto de que un 33,3% contestaron nunca o casi nunca. Por último, la perspectiva que tienen las personas encuestadas sobre que conocimiento tienen los sanitarios sobre las realidades trans*, más de la mitad cree que el personal sanitario tiene un conocimiento muy bajo o bajo sobre estas realidades, siendo un 39,1% y 36,2% respectivamente.



En el informe del Ministerio de Igualdad (López Fómez & Tobalina Pardo, 2022) con respecto a las personas no binarias, en donde su encuesta online recibió 1903 participantes, encontramos que el 28.4% de las personas ha encontrado más difícil o problemático el proceso de transición/evolución en su género con personas en el entorno de un servicio de salud, siendo el tercer entorno más problemático después del educativo y el familiar. También es el tercer entorno en donde han encontrado limitaciones más importantes en términos de recursos (materiales/emocionales) para llevar a cabo su transición/evolución en el género, con un 34,3% de las respuestas. Además, es el tercer ámbito en el que sienten mayor limitación para poder experimentar y/o desarrollarse como persona, con un 43,3%, detrás del familiar y el laboral. Por último, vemos que en el ámbito sanitario es en el que mayor enmascaramiento hacen, con un 72% frecuentemente. Esto quiere decir que ocultan quiénes son para evitar situaciones de discriminación. Entre las prioridades que presentan las personas no binarias, encontramos que el 67,1% quieren que en las atenciones sanitarias se respeten su nombre y género con los que prefieren ser tratados y un 49% el acceso a especialidades sanitarias que no impongan requisitos binarios.

En un informe de Reino Unido sobre personas LGTB (Government Equalities Office, 2018) se ha puesto de manifiesto que el 40% de las personas trans* han tenido al menos una experiencia negativa, siendo la más citada, con un 21%, el ser ignorado en sus necesidades específicas o no siendo tenidos en cuenta; seguido de un 18% que han evitado el trato por miedo a la discriminación, y con el mismo porcentaje han recibido preguntas inapropiadas por curiosidad.

Aunque no se tienen datos directos sobre este tipo de relación, encontramos que para las personas trans*, sean o no binarias, el ámbito sanitario es uno de los lugares donde



encuentran mayores dificultades a la hora de recibir un trato cómodo, respetuoso y de calidad.

1.8. Justificación

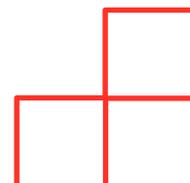
Por todas las cosas antes mencionadas, consideramos qué es interesante recoger que posibles percepciones tiene el personal sanitario sobre este colectivo de personas, para poder analizar qué es lo que ocurre por parte del personal sanitario hacia estas personas. En futuros estudios, se podrían idear intervenciones que puedan mejorar la empatía del personal sanitario y puedan repercutir en una mejor percepción de la relación por parte de los pacientes trans*.

2. Objetivos

Para la elaboración de este estudio, nos hemos inspirado en un estudio realizado en Puerto Rico (Francia-Martínez et al., 2017), en donde tenían como objetivo analizar cuáles son las actitudes u conocimientos de los profesionales de psicología en Puerto Rico con respecto a la comunidad trans*. También se explora si existen diferencias entre las actitudes y los conocimientos que informan esos profesionales y lo que comunica tanto la comunidad transgénero como la transexual.

En este estudio tenemos como objetivo principal analizar cuáles son las actitudes y conocimientos de los profesionales de la salud en lo que respecta a la comunidad trans*, comprobar si se corresponden con las experiencias recogidas de las personas trans* anteriormente citadas, así como si existe alguna relación entre las habilidades sociales de los mismos y estas actitudes.

Además, conocemos que la población LGTB presenta mejores aptitudes hacia las personas trans*, y en general tienen menos comportamientos negativos hacia las



personas homosexuales, bisexuales, así como mejor actitudes hacia las personas trans* (López-Sáez et al., 2020). Además, presentan menos pensamientos conservadores sociopolíticos, traduciéndose en menos creencias sexistas.

2.1. Objetivos específicos

Para poder lograr nuestro objetivo principal, se tienen los siguientes objetivos específicos:

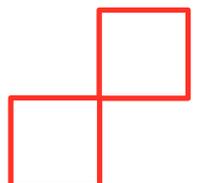
- Comparar las actitudes del personal sanitario con la experiencia descrita por las personas trans*;
- analizar las habilidades sociales del personal sanitario y observar si existe alguna relación con el trato que reciben las personas trans*;
- observar qué factores de las habilidades sociales del personal sanitario tienen un mayor impacto en el trato que reciben las personas trans*;
- describir si el puesto de trabajo o el sitio donde ejercen su labor tiene alguna relación con el posible trato a las personas trans*;
- identificar las creencias que tienen los sanitarios LGTBIQA+ sobre las personas trans*.

2.2. Hipótesis de estudio

Las hipótesis del estudio son:

H1. Se sigue manteniendo una visión patologizante desde el personal sanitario;

H2. las habilidades sociales del personal sanitario tendrán una relación directa en la percepción de las personas trans*;



H3. el personal sanitario con experiencias que salen de la cisheteronormatividad va a tener mejores actitudes hacia las personas trans* que aquellos que sus experiencias vitales están dentro de este marco.

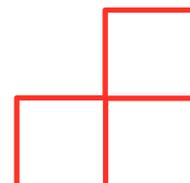
Por lo mencionado anteriormente, vemos que todavía la población trans* están en un momento donde todavía no se las reconoce como personas autónomas, y se sigue manteniendo una visión patologizante. Partiendo de estas ideas de la medicalización, y por lo expresado por las propias personas trans*, se cree que la percepción que pueden tener muchos profesionales de la salud puede ser desde ese marco biomédico y como una condición enferma.

También, debido a la importancia de la empatía y las habilidades sociales en las consultas, se plantea la hipótesis de que una baja habilidad en las habilidades sociales pueda producir errores en la comunicación. Al usar una terminología médica, pueden estar utilizando una forma de comunicación menos empática, resultando en malestar y dificultades para las personas trans* por la conceptualización que se tiene de forma historia dentro de este campo.

3. Metodología

3.1. Población y muestra

La población sobre la cual vamos a realizar el estudio es el personal sanitario. Dentro de las atenciones que puede recibir cualquier ciudadano se incluyen muchas clases de profesionales. Consideramos que limitar la muestra a una sola especialidad puede ser una muestra sesgada a la hora de conocer las diferencias entre la visión de las personas trans* y los profesionales de la salud.



3.2. Obtención de la muestra

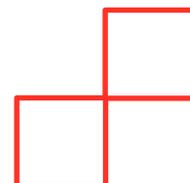
Se creó un formulario online en la plataforma Microsoft Forms. Es un formulario que se completa aproximadamente entre 10 y 15 minutos.

Para contactar con los participantes se han utilizado varios medios. El principal ha sido el contacto por correo electrónico, enviando el formulario a diferentes áreas de centros sanitarios en varias zonas del territorio español. Además, se ha enviado el formulario en diferentes grupos de WhatsApp de diferentes centros de formación, o en los que se realizan prácticas universitarias. También se compartió por redes sociales a través de Instagram y Twitter. Por último, se contactó con personas conocidas por los investigadores que querían participar en el estudio.

A todas las personas que se les envió el link al formulario, éste fue acompañado de un pequeño texto y de una imagen de difusión que contenía un código QR que permitía el acceso al formulario.

Aparte de los diferentes cuestionarios, descritos en detalle en el apartado de instrumentos, se preguntaron los siguientes demográficos:

- Edad
- Género
- Orientación sexual
- Código postal
- Ámbito de trabajo
- Puesto de trabajo
- Unidad de trabajo



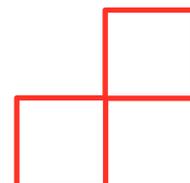
3.3. Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos, hemos utilizado tres instrumentos: dos de ellos para poder evaluar las percepciones hacia personas trans* y el otro para valorar las habilidades sociales de los encuestados.

La primera escala utilizada es la *Transgender Attitude and Beliefs Scale-Spanish* (TABS-S). Esta escala está formada 33 ítems de tipo Likert con 7 opciones de respuesta que miden las creencias y actitudes hacia personas trans*. La escala se encuentra formada por tres subescalas, siendo éstas la comodidad interpersonal, las creencias sobre sexo/género y el valor humano (Kanamori et al., 2017). En la validación al español, se encuentra formada por 29 ítems, manteniendo la misma estructura de tres factores y encontrando una consistencia mayor que la original (Kanamori et al., 2021).

La segunda escala utilizada es la escala *Gender and Transphobia Scale- Spanish* (GTS-S). Esta escala es un instrumento que en su versión original, presenta 32 ítems en formato de escala Likert con 7 opciones de respuesta que miden actitudes hacia personas trans*, incluyendo los factores cognitivos, afectivos y comportamentales (Hill & Willoughby, 2005). Esta escala se divide en dos subescalas, una de transfobia y sexismo y otra de agresiones por cuestiones de género. Sin embargo, en la validación al español se ha realizado un cuestionario de 12 ítems, que presenta mejores propiedades psicométricas y mantiene esas dos subescalas (Carrera-Fernández et al., 2014).

La tercera escala utilizada es la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein. Esta escala es un instrumento que presenta 50 ítems, en forma de escala Likert con 5 opciones de respuesta, que miden las habilidades sociales básicas, las habilidades sociales relacionadas



con el manejo de sentimientos, las habilidades sociales alternativas, las habilidades para hacer frente al estrés y las habilidades de planificación (Goldstein et al., 1989).

3.4. Técnicas de procesamiento de datos

Para realizar el análisis de los datos vamos a utilizar el programa de procesamiento estadístico SPSS 29.0 para Windows y el programa JASP 0.17.1.0. A excepción del análisis de validez, se han realizado todos los cálculos con el programa SPSS. A la hora de realizar las diferentes pruebas, se ha tenido en cuenta que la muestra no presenta una distribución normal dentro de los valores de las escalas, así que se han utilizado pruebas no paramétricas. Para poder comprobar la relación entre las habilidades sociales y las diferentes subescalas de las otras pruebas, se han realizado una Roh de Spearman. Después se comprobó si existe alguna relación entre las puntuaciones de las escalas GTS-S y TABS-S para los diferentes grupos de las variables género, orientaciones sexuales y ámbito de trabajo. Para ello se ha realizado la prueba de Kruskal-Wallis. En caso de encontrar diferencias entre los grupos, se ha procedido a realizar la comparación entre los grupos a partir de la prueba de Games-Howell.

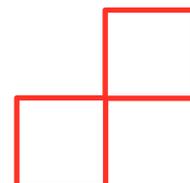
4. Resultados

4.1. Datos descriptivos

La muestra recogida se encuentra formada por 119 personas, de las cuales 2 personas no consintieron participar en el estudio (Tabla 1).

Tabla 1

Personas que consienten participar en el estudio



	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Consiento	117	98,3	98,3	98,3
No consiento	2	1,7	1,7	100,0
Total	119	100,0	100,0	

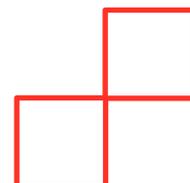
Después de eliminar esos dos casos, nos queda una base de datos con 117 casos.

En lo que respecta a la edad, existe una media de 40 años, con una desviación estándar de 12,459 años (Tabla 2).

Tabla 2

Datos descriptivos variable edad

N	Válido	110
	Perdidos	7
Media		40,11
Mediana		38,00
Moda		27
Desv. estándar		12,459
Varianza		155,236
Mínimo		22
Máximo		67



Respecto al género de las personas encuestadas, encontramos que el 27% son hombres cis (37), 69,2% son mujeres cis (81) y 3,4% personas no binarias (4) (Tabla 3).

Tabla 3

Datos descriptivos del género

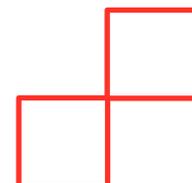
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre cis	32	27,4	27,4	27,4
Mujer cis	81	69,2	69,2	96,6
Persona no binaria	4	3,4	3,4	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Respecto a la orientación sexual (Tabla 4), encontramos que el 70,1% de la muestra son heterosexuales (82), el 16,2% bisexuales (19), 9,4% homosexuales (11), 2,6% asexuales (3) y el 1,7% otras (2).

Tabla 4

Datos descriptivos de orientación sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Asexual	3	2,6	2,6	2,6
Bisexual	19	16,2	16,2	18,8



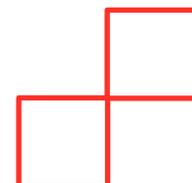
Heterosexual	82	70,1	70,1	88,9
Homosexual	11	9,4	9,4	98,3
Otra	2	1,7	1,7	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Respecto al ámbito de trabajo (Tabla 5), encontramos que los trabajadores de proveedores de asistencia sin intermediarios son el 55% de la muestra, seguido del 26,5% los trabajadores en centros hospitalarios y por último el 17,1% que pertenecen a servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria. En total hay 1 dato perdido.

Tabla 5

Datos descriptivos del ámbito laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hospital	31	26,5	26,7	26,7
	Proveedores de asistencia sin intermediario (centros de atención primaria, consultas médicas, ...)	65	55,6	56,0	82,8
	Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria	20	17,1	17,2	100,0
	Total	116	99,1	100,0	



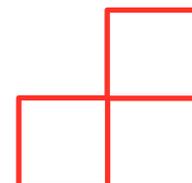
Perdidos	0	1	,9
Total		117	100,0

Respecto al puesto de trabajo (Tabla 6) el 23,9% de la muestra pertenece a enfermería (28), el 19,7% a psicología (23) al igual que el personal no sanitario (23), seguido del 15,4% de la muestra que son de medicina (18), un 10,3% es otro tipo de personal sanitario (12) y el 6,8% pertenecen a odontología (8). En total 5 casos perdidos

Tabla 6

Datos descriptivos puesto de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Personal no sanitaria	23	19,7	20,5	20,5
	Enfermería	28	23,9	25,0	45,5
	Odontología	8	6,8	7,1	52,7
	Medicina	18	15,4	16,1	68,8
	Psicología	23	19,7	20,5	89,3
	Otro personal sanitario	12	10,3	10,7	100,0
	Total	112	95,7	100,0	
Perdidos		5	4,3		
Total		117	100,0		

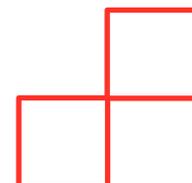


Respecto a la unidad donde trabajan (Tabla 7) el grupo de la muestra está conformado por diferentes áreas sanitarias siendo un 34% de la muestra (40), seguido del 14,5% en centros de atención a las adicciones (17), el 12% de la muestra pertenece a personal en centros de atención primaria (14), y el personal sanitario en unidades no sanitarias es el mismo porcentaje. Por último, tenemos un 10,3% de la muestra que trabaja en consultas psicológicas (12) y, por último, 6,8% de la muestra en consultas dentales (8). Un total de 10,3% de datos perdidos (12).

Tabla 7

Datos descriptivos unidad de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Consulta psicología	12	10,3	11,4	11,4
	Unidades no sanitarias	14	1,0	13,3	24,8
	Consulta Dental	8	6,8	7,6	32,4
	Atención primaria	14	12,0	13,3	45,7
	Centro de atención a las adicciones	17	14,5	16,2	61,9
	Otras unidades sanitarias	40	34,2	38,1	100,0
	Total	105	89,7	100,0	



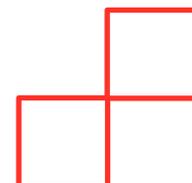
Perdidos	0	12	10,3
Total		117	100,0

Dentro de las variables de las diferentes pruebas encontramos los siguientes datos (Tabla 8). Las habilidades sociales tienen un mínimo de 138 y un máximo de 241 siendo la media de 198,54; con una desviación típica de 15, una asimetría de -,198 y una curtosis de 1,976. Respecto al test GTS-S, los valores se encuentran en un mínimo de 12 y un máximo de 68, con una media de 15,31; con una desviación típica de 7,182; una asimetría 3,726 y una curtosis de 22,191. En lo referente al TABS-S los valores se encuentran con un mínimo de 56 y un máximo de 203, con una media de 185, con una desviación típica de 21,622, una asimetría de -3,003 y una curtosis de 12,613.

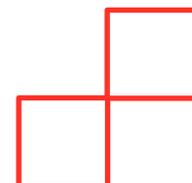
Tabla 8

Datos descriptivos diferentes pruebas utilizadas

		Estadístico	Error estándar
HS Total	Media	198,54	1,387
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	195,79
		Límite superior	201,29
	Media recortada al 5%	198,57	



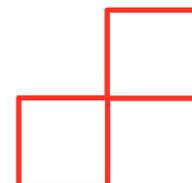
	Mediana		198,00
	Varianza		224,992
	Desv. estándar		15,000
	Mínimo		138
	Máximo		241
	Rango		103
	Rango intercuartil		20
	Asimetría	-1,198	,224
	Curtosis	1,976	,444
Total GTS-S	Media		16,62 ,664
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	15,31
		Límite superior	17,94
	Media recortada al 5%		15,68
	Mediana		13,00
	Varianza		51,581
	Desv. estándar		7,182
	Mínimo		12
	Máximo		68
	Rango		56



	Rango intercuartil		8
	Asimetría		3,726 ,224
	Curtosis		22,191 ,444
Total TABS-S	Media		185,48 1,999
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	181,52
		Límite superior	189,44
	Media recortada al 5%		188,54
	Mediana		192,00
	Varianza		467,528
	Desv. estándar		21,622
	Mínimo		56
	Máximo		203
	Rango		147
	Rango intercuartil		20
	Asimetría		3,003 ,224
	Curtosis		12,613 ,444

4.2. Análisis de fiabilidad

Al realizar los análisis de fiabilidad de los siguientes test, encontramos que el TABS-S de habilidades sociales presenta una Omega de McDonald de 0,935 en nuestra muestra



(Tabla 9); la escala GTS-S presenta una Omega de McDonald de 0,752 en nuestra muestra (

Tabla 10); y la escala Goldstein de Habilidades Sociales presenta una Omega de

McDonald de 0,904 en nuestra muestra (

Tabla 11).

Tabla 9

Análisis de fiabilidad TABS-S

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω
Point estimate	0.935
95% CI lower bound	0.918
95% CI upper bound	0.952

Tabla 10

Análisis de fiabilidad GTS-S

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω
Point estimate	0.752
95% CI lower bound	0.687
95% CI upper bound	0.816

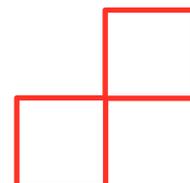


Tabla 11

Análisis de fiabilidad Goldstein en Habilidades Sociales

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω
Point estimate	0.904
95% CI lower bound	0.879
95% CI upper bound	0.929

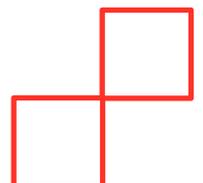
4.3. Correlaciones

Para realizar las correlaciones, se ha realizado su análisis una vez seleccionados los casos cuyos valores en transfobia son mayores a 6. Con la escala de Habilidades Sociales, encontramos que solo correlaciona de forma negativa las Habilidades de Planificación con la Transfobia (Tabla 12).

Tabla 12

Correlación entre transfobia y habilidades de planificación

		Transfobia	HSPlanificacion
Transfobia	Coefficiente de correlación	1,000	-,338*
	Sig. (bilateral)	.	,028



	N	42	42
HSPlanificacion	Coefficiente de correlación	-,338*	1,000
	Sig. (bilateral)	,028	.
	N	42	42

Al comparar las puntuaciones de las escalas y subescalas de los test TABS-S y GTS-S con la variable género, encontramos una diferencia significativa en el valor total del GTS-S (Tabla 13).

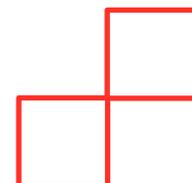
Tabla 13

Diferencias significativas atendiendo al género en las puntuaciones los test TABS-S y GTS-S

	Total GTS-S
H de Kruskal- Wallis	6,872
gl	2
Sig. asin.	,032

5. Conclusiones

Después de realizar los análisis, encontramos que la validez de las diferentes pruebas es aceptable. La prueba que menor fiabilidad tiene es el GTS-S que, aunque no se ha retirado ningún ítem, sigue manteniendo un valor alto.

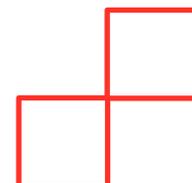


Dentro de los valores en las escalas GTS-S y TABS-S, encontramos una perspectiva muy favorable sobre la diversidad de género. Estos datos no coinciden con las experiencias que conocemos por parte de los usuarios trans*, ya que perciben el entorno sanitario como uno de los entornos más conflictivos para explorar su identidad. Esta diferencia que encontramos puede deberse a no tener una muestra generalizable a la población general, aparte de un posible sesgo de participación, siendo personas que se encuentran familiarizadas e interesadas con esta población las que han decidido participar.

Al comparar nuestros resultados con los del estudio en el que nos inspiramos para realizar este trabajo, hemos encontrado las mismas dificultades para obtener la muestra. En ese estudio se encuentra que el 80% de la muestra informan de prejuicios bajos hacia la población trans* (Francia-Martínez et al., 2017). A diferencia de ese estudio, en nuestra muestra no hemos encontrado que se reporten valores más bajos en la comodidad con las personas de la comunidad trans*.

A la hora de comparar los valores de nuestra muestra con los resultados de otros estudios de Estados Unidos (Kanamori & Cornelius-White, 2016), encontramos que los valores de la escala TABS-S son más altos. Aunque no podemos realizar una comparación directa debido a que la escala que se ha utilizado no es la misma a la TABS, encontramos que los valores que tenemos en nuestra muestra son mayores. Estas puntuaciones pueden deberse a un efecto techo de las puntuaciones de las personas que han participado en nuestro estudio, ya que gran parte de la muestra presenta puntuaciones muy altas sobre esta escala.

Además, encontramos como en Reino Unido la politización de las realidades trans* ha generado una división dentro de los terapeutas. En concreto, encontramos un pequeño sector con una tendencia a tener una edad más mayor, que mantiene y aplica en su trabajo



actitudes tránsfobas (Mollitt, 2022). En nuestra muestra, encontramos como nuestra muestra es relativamente joven.

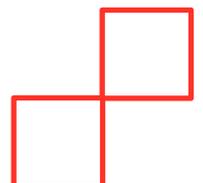
Dentro de las habilidades sociales que presenta nuestra muestra, encontramos que todos los participantes muestran unas puntuaciones muy altas dentro de las subescalas de habilidades sociales. No hemos encontrado que las habilidades sociales tengan diferencias significativas con alguna de las variables que hemos considerado a la hora de realizar este estudio, a excepción de las habilidades de planificación y la transfobia. Hemos encontrado que estas dos variables presentan una correlación inversamente proporcional. Las habilidades de planificación tienen que ver con tomar decisiones realistas, resolver problemas según su importancia y tomar de decisiones eficaces, por lo que creemos que tener en cuenta la identidad de los sujetos dándole la importancia que tiene para el propio individuo provocaría que se produzcan menos actitudes tránsfobas.

Dentro de las diferencias entre los centros donde trabajan los profesionales de la salud, no hemos encontrado diferencias. Creemos que estos resultados se deben a los muestra que hemos recogido, ya que la mayoría de las personas se encuentran en rangos altos de actitudes hacia las personas trans, siendo independiente de su centro o puesto de trabajo.

A la hora de comparar la población LBGTIQA+ de nuestra muestra, no hemos encontrado ninguna diferencia en torno a las actitudes hacia las personas trans*. Hemos encontrado diferencias significativas entre el grupo de hombres y mujeres, teniendo mejores actitudes las mujeres que los hombres, como se ve en otras muestras (Nisley, 2011).

5.1. Limitaciones

Una de las primeras limitaciones que hemos encontrado a la hora de realizar el estudio tiene que ver con la muestra. Gran parte de la muestra no presenta actitudes

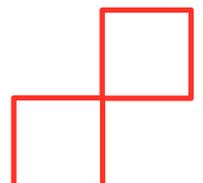


problemáticas hacia las personas trans*, generando un efecto techo en el TABS-S y un efecto suelo en el GTS-S. Esto puede deberse a que aquellas personas que no tienen cierta cercanía hacia esta población no han querido responder a la encuesta. Al compartir el cuestionario por listas de correo electrónico, hemos recibido algunas respuestas a la difusión, expresando actitudes discriminatorias hacia el colectivo trans*. Uno de los mensajes considera ofensivo plantear que el personal sanitario pueda actuar de diferentes formas atendiendo a la identidad de género de la persona, acompañado con una amenaza de denuncia a la agencia de protección de datos. Otra respuesta recibida considera que las preguntas son “sectarias”. Para futuros planteamientos, sería importante poder tener una mayor difusión y un mayor alcance.

Explorar la visión del personal sanitario hacia las personas trans* es una tarea que está cargada de dificultades. Puede que este personal no conozca con exactitud algunos de los conceptos que hemos estado manejando a lo largo de este trabajo, puede ser confuso preguntar sobre el conocimiento hacia esta población si no comprenden a que grupo nos estamos refiriendo en el estudio.

Además, las personas trans* hasta su despatologización se encontraban en una relación más activa-pasiva, en donde no se les permitía establecer una relación más participativa, al ser obligatorio un reconocimiento médico para autodeterminarse a nivel legal. Hasta no conseguir una despatologización completa de esta población, no se va a poder tener una relación de participación mutua, en donde se realice una transición médica más personalizada, en caso de que la persona desee algún tipo de proceso.

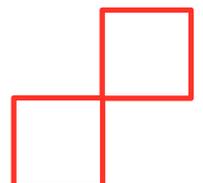
La reactividad que puede tener parte de la población general hacia este colectivo trans*, consideramos que está relacionada con el machaque ocurrido en medios de comunicación a raíz de la conocida como “Ley Trans”, resultando en una división de los movimientos feministas. Durante el desarrollo de esta ley, el debate público ha estado



cargado de polémicas dentro de los medios de comunicación, y ha polarizado opiniones sobre la autodeterminación de género. Por los sectores transinclusivos la visión ha sido favorable a la autodeterminación sin necesidad de ninguna clase de diagnóstico o tratamiento (COGAM, 2021), mientras que por otros sectores consideraban esto como una irresponsabilidad y que pone en peligro a otras poblaciones, como las mujeres, los adolescentes o las infancias (AMANDA, 2023).

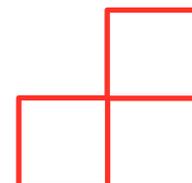
Otra de las limitaciones que hemos encontrado es la existencia de algunos ítems que pueden no ser transculturales. En concreto hablamos del ítem de la escala TABS-S, que dice “Dios hizo dos sexos y solo dos sexos”. Esta pregunta en la prueba original es debido a la importancia de la religión en un contexto estadounidense, pero dentro del contexto de España, a pesar de tener una tradición católica, puede no tener tanto peso. Esto podemos observarlo cuando un 40% de la población es creyente pero no practicante (Bescansa Hernández et al., 2012).

Por último, a la hora de definir las categorías dentro de la orientación sexual o la identidad de género, al ir hacia un sector de la población concreto, no hemos podido realizar una clasificación en mayor profundidad. Tampoco hemos encontrado en nuestra muestra mucha variabilidad en las identidades de género, siendo personas cis y personas no binarias, no encontrado nadie que sea trans* y binario. Dentro de la categoría orientaciones sexuales, podría ser interesante tener en consideración un abanico más amplio de opciones que podamos medir, para poder conocer en mayor profundidad las características de esta población en lo que respecta a las actitudes hacia las personas trans*.

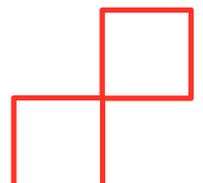


6. Bibliografía

- Decepcionadas y preocupadas. Posición de la Agrupación Amanda frente la Ley Trans, AMANDA (2023).
- American Psychiatric Association. (1997). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Mansson.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*.
- Amo Fernandez, M. C., Bertholt Álvarez, M. L., del Canto Álvarez, F., Gómez Perez, A., Navarro Córdoba, M., Oliver Arias, R., Pazos Toral, F., Pereda García, M. A., Prego Dorca, R., & Rodriguez Rúa, S. (2018). *Protocolo de atención a las personas transexuales en el Servicio Cántabro de Salud*.
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. In *European Psychiatry* (Vol. 30, Issue 6, pp. 807–815). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Asociación Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (Vol. 5).
- Balarajan, M., Gray, M., & Mitchell, M. (2011). *Monitoring equality : developing a gender identity question: Vol.* (1st ed.). Equality and Human Rights Commission.
- Barnes, K. (2001). Some observations on autogynephilia. *Transgender Tapestry*, 1(93), 24–62.



- Berkins, L. (2012). Travestis: una identidad política. In P. Montes (Ed.), *Pensando los feminismos en Bolivia Serie Foros 2* (pp. 211–227).
- Bescansa Hernández, C., Jerez Novara, A., & Universidad Complutense de Madrid. (2012). *Opiniones y actitudes de los españoles ante la dimensión cotidiana de la religiosidad y su gestión pública*.
- Blanchard, R. (1989). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior, 18*, 315–334.
- Carrera-Fernández, M. V., Lameiras-Fernández, M., Rodríguez-Castro, Y., & Vallejo-Medina, P. (2014). Spanish Adolescents' Attitudes toward Transpeople: Proposal and Validation of a Short Form of the Genderism and Transphobia Scale. *The Journal of Sex Research, 51*(6), 654–666. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.773577>
- COGAM. (2021, February 5). *COGAM pide al Gobierno coordinación con la Ley Trans para avanzar en la despatologización y la autodeterminación de género*. Cogam.Es.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health, 23*(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review. In *Journal of Sexual Medicine*



(Vol. 13, Issue 4, pp. 613–626). Elsevier B.V.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>

Consejería de Sanidad Castilla-La Mancha. (2021, November 13). *Castilla-La Mancha consolida como referencia regional la Unidad Multidisciplinar de Atención a Personas Trans del Hospital de Cuenca*. Notas de Prensa Sanidad Castilla La Mancha.
<https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/castilla-la-mancha-consolida-como-referencia-regional-la-unidad>

FELGTB. (2019). *Las Personas Trans y su Relación con el Sistema Sanitario*

Francia-Martínez, M., Esteban, C., Lespier, Z., Albizu, C., Juan, S., Rico, P., & del Turabo, U. (2017). *Actitudes, Conocimiento y Distancia Social del Psicoterapeuta con la Comunidad Transgénero y Transexual*

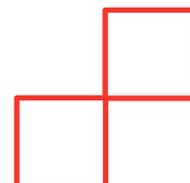
Goel, I. (2016). Hijra Communities of Delhi. *Sexualities*, 19(5–6), 535–546.

<https://doi.org/10.1177/1363460715616946>

Goldstein, A. , Sprafkin, R. , Gershaw, J., & Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia Un programa de enseñanza* (Martinez Roca, Ed.; 2nd ed.).

Gómez-Gil, E., Esteva De Antonio, I., Cruz Almaraz, M., Asenjo, N., Fernández Rodríguez, M., Hurtado, F., Pérez-Luis, J., Sanisidro, C., Gallardo, L., Montejo, A. L., Fernández-García, R., & Grupo Gidseen, Y. (2019). Atención Sanitaria en España a Personas Transexuales y con Variantes de Género: Historia y Evolución. *Psicosomática. Psiquiatría*, 11, 63–75. www.psicosomaticaypsiquiatria.com

Gooren, L. (2006). The biology of human psychosexual differentiation. *Hormones and Behavior*, 50, 589–601.



Government Equalities Office. (2018). *National LGBT Survey : Research Report*.

Government Equalities Office.

Guasch, Ó., & Mas, J. (2014). La construcción médico-social de la transexualidad en España (1970- 2014). *Gaceta de Antropología*, 30(3).

Haig, D. (2004). The Inexorable Rise of Gender and the Decline of Sex: Social Change in Academic Titles, 1945–2001. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 87–96.
<https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000014323.56281.0d>

Havelock Ellis, H. (1913). Sexo-Aesthetic Inversion. *Alienist and Neurologist*, 34.

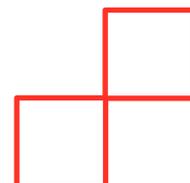
Hill, D. B., & Willoughby, B. L. B. (2005). The Development and Validation of the Genderism and Transphobia Scale. *Sex Roles*, 53(7–8), 531–544.
<https://doi.org/10.1007/s11199-005-7140-x>

Jefatura del Estado. (2007). Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. In *BOE* (Issue 65, pp. 11251–11253).

Kanamori, Y., & Cornelius-White, J. H. D. (2016). Big changes, but are they big enough? Healthcare professionals' attitudes toward transgender persons. *International Journal of Transgenderism*, 17(3–4), 165–175. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1232628>

Kanamori, Y., Cornelius-White, J. H. D., Pegors, T. K., Daniel, T., & Hulgus, J. (2017). Development and Validation of the Transgender Attitudes and Beliefs Scale. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1503–1515. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0840-1>

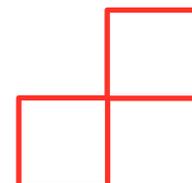
Kanamori, Y., Jiménez-Etxebarria, E., Cornelius-White, J. H. D., Ozamiz-Etxebarria, N., Wynne, K. N., & Gorrotxategi, M. P. (2021). Transgender Attitudes and Beliefs Scale-Spanish (TABS-S) Version: Translation and Initial Evaluation of



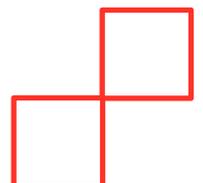
Psychometric Properties. *Journal of Homosexuality*, 1–20.

<https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2004797>

- Kerman, C. (2003). Actitudes sociales y homosexualidad en España. In O. Guasch & O. Viñuales (Eds.), *Sexualidades: diversidad y control social*. (pp. 299–323). Bellaterra.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 147–166.
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. (2023). In *BOE* (Vol. 51, pp. 30452–30514).
- Lomas Martínez, S. (2018). Travestismo, homosexualidad y autoría queer durante el Franquismo en Más bonita que ninguna (1965). *ZER - Revista de Estudios de Comunicación*, 23(44), 13–29. <https://doi.org/10.1387/zer.17945>
- López Fómez, I., & Tobalina Pardo, G. (2022). *ESTUDIO SOBRE LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LAS PERSONAS NO BINARIAS EN ESPAÑA*. www.igualdad.gob.es
- López-Sáez, M. Á., García-Dauder, D., & Montero, I. (2020). Correlate Attitudes Toward LGBT and Sexism in Spanish Psychology Students. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02063>
- McGinnis, E., & Goldstein, A. (1997). Skillstreaming the adolescent: New strategies and perspectives for teaching prosocial skills. In *Research Press*.
- Meerwijk, E. L., & Sevelius, J. M. (2017). Transgender population size in the United States: A meta-regression of population-based probability samples. In *American Journal of Public Health* (Vol. 107, Issue 2, pp. e1–e8). American Public Health Association Inc. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303578>



- Missé, M. (2018). *A la Conquista del Cuerpo Equivocado*. EGALES.
- Missé, M., & Coll-Planas, G. (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de Salud Menta*, VIII(38), 44–55.
- Mollitt, P. C. (2022). Exploring cisgender therapists' attitudes towards, and experience of, working with trans people in the United Kingdom. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(4), 1013–1029. <https://doi.org/10.1002/capr.12559>
- Moslehpour, M., Shalehah, A., Rahman, F. F., & Lin, K.-H. (2022). The Effect of Physician Communication on Inpatient Satisfaction. *Healthcare*, 10(3), 463. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030463>
- Myfanwy, M. (2008). The Doctor-Patient Relationship. In G. Scambler (Ed.), *Sociology as Applied to Medicine* (6th ed., pp. 55–71). Saunders Elsevier.
- Nisley, E. A. (2011). *Counseling professionals' attitudes toward transgender people and responses to transgender clients*. (Vol. 72).
- Orom, H., Underwood, W., Cheng, Z., Homish, D. L., & Scott, I. (2018). Relationships as Medicine: Quality of the Physician-Patient Relationship Determines Physician Influence on Treatment Recommendation Adherence. *Health Services Research*, 53(1), 580–596. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12629>
- Platero, L. (2014). *Trans*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*.
- Preciado, P. B. (2020). *Yo soy el monstruo que os habla*.
- Ramón-García, R., Segura-Sánchez, M. P., Palanca-Cruz, M. M., & Román-López, P. (2012). *Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el*



familiar = Social skills in nursing. The role of family-centred communication.

<http://www.aecs.es>.

Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española*. Género.

<https://dle.rae.es/género>

Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español. (2009). *Stop Patologización Trans*. [Https://Stp2012.Wordpress.Com](https://Stp2012.Wordpress.Com).

Robles García, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2019). CIE-11 and the depathologisation of the transgender condition. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 12(2), 65–67.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.002>

Rodríguez Silva, H. (2006). Physician-patient relationship. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4).

Santillán, M. L. (2019, November 4). *Los muxes nacieron biológicamente hombres, pero adoptan roles de mujer*. [Https://Ciencia.Unam.Mx/Leer/925/Los-Muxes-El-Tercer-Genero-](https://Ciencia.Unam.Mx/Leer/925/Los-Muxes-El-Tercer-Genero-) (Revisado El 07/11/2022).

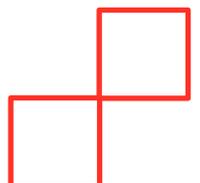
Serano, J. (2007). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scape goating of femininity*. Seal Press.

Serano, J. M. (2010). The case against autogynephilia. In *International Journal of Transgenderism* (Vol. 12, Issue 3, pp. 176–187).

<https://doi.org/10.1080/15532739.2010.514223>

Stryker, S. (2017). *Historia de lo Trans: Las raíces de la revolución de hoy*.

Wang, Y., Wu, Q., Wang, Y., & Wang, P. (2022). The Effects of Physicians' Communication and Empathy Ability on Physician–Patient Relationship from Physicians' and



Patients' Perspectives. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(4), 849–860. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09844-1>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.).

Winters, K. (2009). *Issues of Psychiatric Diagnosis of Cross-Dressers*. GID Reform

Advocates

([Http://Web.Archive.Org/Web/20090510090634/Http://Www.Gidreform.Org/Tf3023.Html](http://Web.Archive.Org/Web/20090510090634/Http://Www.Gidreform.Org/Tf3023.Html));

(<http://web.archive.org/web/20090510090634/http://www.gidreform.org/tf3023.html>).

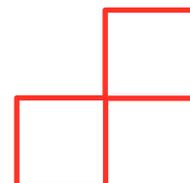
World Health Organization. (2022). *Gender incongruence and transgender health in the ICD*. [Https://Www.Who.Int/Standards/Classifications/Frequently-Asked-Questions/Gender-Incongruence-and-Transgender-Health-in-the-Icd](https://Www.Who.Int/Standards/Classifications/Frequently-Asked-Questions/Gender-Incongruence-and-Transgender-Health-in-the-Icd).

7. Anexos

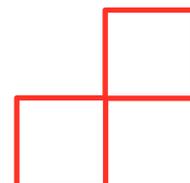
7.1. Tablas con criterios diagnósticos dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Tabla 14

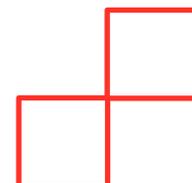
Diferencias entre criterios disforia de género en Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales a lo largo de diferentes ediciones.



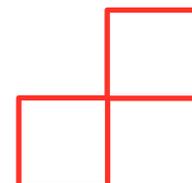
Criterios de trastorno de identidad sexual DSM IV TR (APA, 1997)	Criterios de disforia de género DSM 5 (APA, 2014)	Criterios de disforia de género DSM V TR (APA, 2022)
<p>A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales). En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos: (1) deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo (2) en los niños, preferencia por el travestismo o por simular vestimenta femenina; en las</p>	<p>Disforia de género en niños</p> <p>A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):</p> <p>1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de</p>	<p>Disforia de género en niños</p> <p>A. Una marcada incongruencia entre el género que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):</p> <p>1. Un poderoso deseo de ser del otro género o</p>



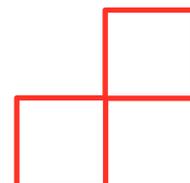
niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina (3) preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo (4) deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo (5) preferencia marcada por compañeros del otro sexo.	que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).	una insistencia de que él o ella es del género opuesto (o de un género alternativo distinto del que se le asigna al nacer).
En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por	2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.	2. En los chicos (genero asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (genero asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas



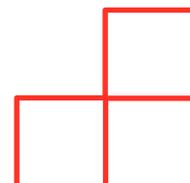
síntomas tales como	3.	típicamente
un deseo firme de	Preferencias	femeninas.
pertenecer al otro	marcadas y	3.
sexo, ser considerado	persistentes por el	Preferencias
como del otro sexo,	papel del otro sexo o	marcadas y
un deseo de vivir o	fantasías referentes a	persistentes por el
ser tratado como del	pertenecer al otro	papel del otro género
otro sexo o la	sexo.	en juegos de fantasía.
convicción de	4. Una	4. Una
experimentar las	marcada preferencia	marcada preferencia
reacciones y las	por los juguetes,	por los juguetes,
sensaciones típicas	juegos o actividades	juegos o actividades
del otro sexo.	habitualmente	habitualmente
B. Malestar	utilizados o	utilizados o
persistente con el	practicados por el	practicados por el
propio sexo o	sexo opuesto.	género opuesto.
sentimiento de	5. Una	5. Una
inadecuación con su	marcada preferencia	marcada preferencia
rol. En los niños la	por compañeros de	por compañeros de
alteración se	juego del sexo	juego del género
manifiesta por	opuesto.	opuesto.
cualquiera de los		



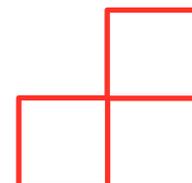
siguientes rasgos: en	6. En los	6. En los
los niños,	chicos (sexo	chicos (genero
sentimientos de que	asignado), un fuerte	asignado), un fuerte
el pene o los	rechazo a los	rechazo a los
testículos son	juguetes, juegos y	juguetes, juegos y
horribles o van a	actividades	actividades
desaparecer, de que	típicamente	típicamente
sería mejor no tener	masculinos, así como	masculinos, así como
pene o aversión	una marcada	una marcada
hacia los juegos	evitación de los	evitación de los
violentos y rechazo a	juegos bruscos; en	juegos bruscos; en
los juguetes, juegos	las chicas (sexo	las chicas (genero
y actividades propios	asignado), un fuerte	asignado), un fuerte
de los niños; en las	rechazo a los	rechazo a los
niñas, rechazo a	juguetes, juegos y	juguetes, juegos y
orinar en posición	actividades	actividades
sentada, sentimientos	típicamente	típicamente
de tener o de	femeninos.	femeninos.
presentar en el futuro	7. Un	7. Un
un pene, de no	marcado disgusto	marcado disgusto
querer poseer pechos	con la propia	con la propia
ni tener la regla o	anatomía sexual.	anatomía sexual.
aversión acentuada		



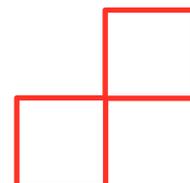
hacia la ropa	8. Un fuerte	8. Un fuerte
femenina. En los	deseo por poseer los	deseo por poseer los
adolescentes y en los	caracteres sexuales,	caracteres sexuales,
adultos la alteración	tanto primarios como	tanto primarios como
se manifiesta por	secundarios,	secundarios,
síntomas como	correspondientes al	correspondientes al
preocupación por	sexo que se siente.	sexo que se siente
eliminar las	B. El	B El
características	problema va	problema va
sexuales primarias y	asociado a un	asociado a un
secundarias (p. ej.,	malestar	malestar
pedir tratamiento	clínicamente	clínicamente
hormonal, quirúrgico	significativo o a un	significativo o a un
u otros	deterioro en lo social,	deterioro en lo social,
procedimientos para	escolar u otras áreas	escolar u otras áreas
modificar	importantes del	importantes del
físicamente los	funcionamiento.	funcionamiento.
rasgos sexuales y de	Especificar	Specify if:
esta manera	si:	Con
parecerse al otro	Con un	diferencias del
sexo) o creer que se	trastorno de	desarrollo sexual (p.
	desarrollo sexual (p.	ej., un trastorno



ha nacido con el	ej., un trastorno	adrenogenital
sexo equivocado.	adrenogenital	congénito como
C. La	congénito como	[E25.0] hiperplasia
alteración no	255.2 [E25.0]	adrenal congénita o
coexiste con una	hiperplasia adrenal	[E34.50] síndrome
enfermedad	congénita o 259.50	de insensibilidad
intersexual.	[E34.50] síndrome	androgénica).
D. La	de insensibilidad	Nota de
alteración provoca	androgénica).	codificación:
malestar	Nota de	Codificar la
clínicamente	codificación:	diferencia del
significativo o	Codificar el trastorno	desarrollo sexual y la
deterioro social,	del desarrollo sexual	disforia de género.
laboral o de otras	y la disforia de	Disforia de
áreas importantes de	género.	género en
la actividad del	Disforia de	adolescentes y
individuo.	género en	adultos
Codificar	adolescentes y	A. Una
según la edad actual:	adultos	marcada
Trastorno de	A. Una	incongruencia entre
la identidad sexual	marcada	el género que uno
en niños.	incongruencia entre	siente o expresa y el



<p>Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos.</p>	<p>el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses,</p>	<p>que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un</p>
<p>Codificar si (para individuos sexualmente maduros):</p>	<p>manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:</p>	<p>características siguientes:</p>
<p>Con atracción sexual por los varones</p>	<p>1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno</p>	<p>1. Una marcada incongruencia entre el género que uno siente o expresa y sus</p>
<p>Con atracción sexual por las mujeres</p>	<p>siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los</p>	<p>caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes,</p>
<p>Con atracción sexual por ambos sexos</p>	<p>adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios</p>	<p>los caracteres sexuales secundarios previstos).</p>
<p>Sin atracción sexual por ninguno.</p>	<p>previstos).</p>	<p>2. Un fuerte deseo por desprenderse de los</p>



(APA, 1997, pág

550-551)

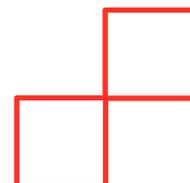
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).

3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios,

caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el género que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).

3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al género opuesto.

4. Un fuerte deseo de ser del otro



correspondientes al
sexo opuesto.

4. Un fuerte
deseo de ser del otro
sexo (o de un sexo
alternativo distinto
del que se le asigna).

5. Un fuerte
deseo de ser tratado
como del otro sexo
(o de un sexo
alternativo distinto
del que se le asigna).

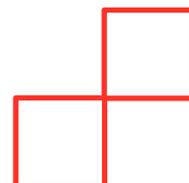
6. Una fuerte
convicción de que
uno tiene los
sentimientos y
reacciones típicos del
otro sexo (o de un
sexo alternativo
distinto del que se le
asigna).

género (o de un
género alternativo
distinto del que se le
asigna).

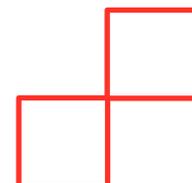
5. Un fuerte
deseo de ser tratado
como del otro género
(o de un género
alternativo distinto
del que se le asigna).

6. Una fuerte
convicción de que
uno tiene los
sentimientos y
reacciones típicos del
otro género (o de un
género alternativo
distinto del que se le
asigna).

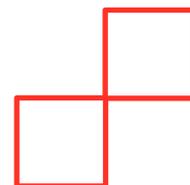
B. El
problema va
asociado a un



<p>Disforia de género</p> <p>B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal</p>	<p>malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con diferencias del desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).</p> <p>Nota de codificación:</p>
--	---



<p>congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).</p> <p style="text-align: center;">Nota de codificación:</p> <p>Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.</p> <p style="text-align: center;">Especificar si:</p> <p style="text-align: center;">Postransición:</p> <p>El individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el sexo deseado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para</p>	<p>Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.</p> <p style="text-align: center;">Especificar si:</p> <p style="text-align: center;">Postransición:</p> <p>El individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el género experimentado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) por lo menos a una intervención o tratamiento médico de cambio de sexo,</p>
---	---



someterse) por lo	por ejemplo, un
menos a una	tratamiento de
intervención o	afirmación de género
tratamiento médico	o a una intervención
de cambio de sexo,	quirúrgica de
por ejem-plo, un	afirmación de género
tratamiento continuo	para confirmar el
con hormonas del	género deseado (p.
sexo opuesto o a una	ej., penectomía,
intervención	vaginoplastia en un
quirúrgica de cambio	individuo asignado
de sexo para	hombre; mastectomía
confirmar el sexo	o faloplastia en un
deseado (p. ej.,	paciente asignado
penectomía,	mujer). (APA, 2022,
vaginoplastia en un	pág 513-514)
individuo nacido	
hombre; mastectomía	
o faloplastia en una	
paciente nacida	
mujer). (APA, 2014,	
pág. 452-453)	

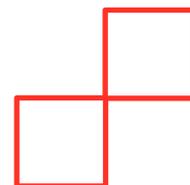
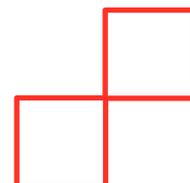


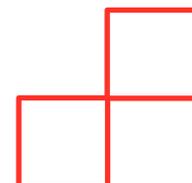
Tabla 15

Diferencias entre criterios en el trastorno de travestismo en Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales a lo largo de diferentes ediciones.

Criterios para el diagnóstico de fetichismo travestista DSMIV TR (APA, 1997)	Criterios para el diagnóstico de trastorno de travestismo (APA, 2014)	Criterios para el diagnóstico de trastorno de travestismo (APA, 2022)
A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de travestirse, en un varón heterosexual.	A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de travestirse, que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.	A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de travestirse, que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar	B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar	B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar

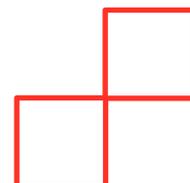


clínicamente	clínicamente	clínicamente
significativo o	significativo o	significativo o
deterioro social,	deterioro en lo	deterioro en lo
laboral o de otras	social, laboral u otras	social, laboral u otras
áreas importantes de	áreas importantes del	áreas importantes del
la actividad del	funcionamiento.	funcionamiento.
individuo.	Especificar	Especificar
Especificar	si:	si:
si: Con disforia	Con	Con
sexual: si el	fetichismo: Si la	fetichismo: Si la
individuo presenta	excitación sexual se	excitación sexual se
malestar persistente	produce con tejidos,	produce con tejidos,
con su papel o	materiales o prendas	materiales o prendas
identidad sexuales.	de vestir. Con	de vestir. Con
(APA, 1997, pág.	autoginofilia: Si la	autoginofilia: Si la
544)	excitación sexual se	excitación sexual se
	produce con	produce con
	pensamientos o	pensamientos o
	imágenes de uno	imágenes de uno
	mismo como mujer.	mismo como mujer.
	Especificar	Especificar
	si:	si:



En un	En un
entorno controlado:	entorno controlado:
Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de travestirse es limitada.	Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de travestirse es limitada.

En remisión	En remisión
total: No ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno	total: No ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno



no controlado. (APA,
2014, pág 700)

no controlado. (APA,
2022, pág. 799)

7.2. Formulario

7.2.1. *Variables sociodemográficas:*

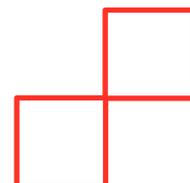
Edad:

Género

- Mujer cis
- Mujer trans
- Hombre cis
- Hombre trans
- Persona no binaria
- Otro:

Orientación sexual

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Asexual



- Otro:

Ámbito de trabajo:

- Hospitales
- Proveedores de asistencia sanitaria sin intermediario (centros de atención primaria, consultas médicas, consulta de otros profesionales sanitarios)
- Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria

Puesto de trabajo actual:

Unidad de trabajo:

7.2.2. TABS-S (*Trans Attitudes and Beliefs Scale-Spanish*)

Escala Likert con 6 opciones de respuesta donde:

1 es muy de acuerdo

2 de acuerdo

3 ni de acuerdo ni desacuerdo

4 algo desacuerdo

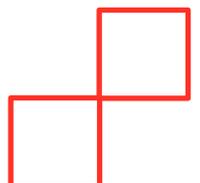
5 en desacuerdo

6 muy en desacuerdo.

La escala TABS-S se comprende por:

“Yo sentiría comodidad si mi compa o vecino/a/e de al lado fuera trans”

“Me parecería inaceptable que se molestara o maltratara a una persona trans”



“Si una persona es hombre o mujer depende estrictamente de sus órganos genitales externos”

“Aunque la mayor parte de la humanidad son hombres o mujeres, también hay otro tipo de identidades”

“Yo sentiría comodidad dentro de un grupo de personas trans”

“Una persona que no está segura de ser hombre o mujer está mentalmente enferma”

“Me molestaría si alguien que conozco desde hace mucho tiempo me revelara que antes había vivido con otra identidad de género”

“Si supiese que alguien es trans, tendería a evitar a esa persona”

“Incluso sabiendo que alguien es trans, estaría abierto a tener una amistad con esa persona”

“Yo sentiría comodidad trabajando para una entidad que da la bienvenida a personas trans”

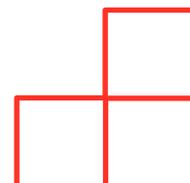
“Todos los adultos tienen que identificarse como hombre o mujer”

“Las personas trans son seres humanos valiosos, independientemente de cómo se sienta con respecto a los trans”

“Un/a/e bebe nacido con órganos genitales ambiguos debería ser identificada o bien como chico o bien como chica”

“Una persona no tiene que ser claramente hombre o mujer para ser normal y estar sana”

“En la humanidad sólo hay hombres o mujeres; no hay nada más”



“Si una persona trans optase a ser compañera de piso, la rechazaría”

“Si naces hombre, nada de lo que hagas cambiará eso”

“Yo sentiría comodidad comiendo con una persona trans en mi casa”

“Si mi hijo/a/e trajese a casa una amistad trans, sentiría comodidad al tener a esa persona en mi casa”

“Yo sentiría incomodidad trabajando estrechamente con una persona trans en mi lugar de trabajo”

“Si una persona es hombre o mujeres depende de cómo se sienta él o ella”

“Las personas trans deben tener el mismo acceso a la vivienda que cualquier otra persona”

“Si una persona trans se identifica como mujer (o con una mujer), debe tener derecho a casarse”

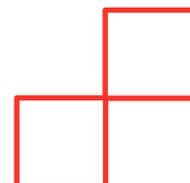
“Yo sentiría incomodidad si mi jefe/a/x fuese trans”

“Si alguien que conocía me revelase que es trans, probablemente me alejaría de esa persona”

“Las personas trans deben ser tratadas con el mismo respeto y dignidad que cualquier otra persona”

“Las personas trans son seres humanos con sus propias luchas, como el resto de la gente”

“Yo me sentiría incomodidad descubriendo que estoy solo con una persona trans”



“Si la persona que me atiende en mi centro de salud fuera trans, preferiría que me atendiera otra persona”

(Kanamori et al., 2021, pág 20)

7.2.3. *GTS-S (Gender and Transphobia Scale- Spanish)*

Escala Likert con 6 opciones de respuesta donde:

1 es muy de acuerdo

2 de acuerdo

3 ni de acuerdo ni desacuerdo

4 algo desacuerdo

5 en desacuerdo

6 muy en desacuerdo

La escala GTS-S se comprende por:

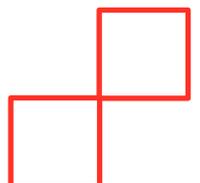
“He agredido físicamente a chicos que se comportan como maricas”

“Me he comportado violentamente con una chica por ser demasiado masculino”

“Me he burlado de un chico debido a su aspecto o comportamiento femenino”

“Si viese a un hombre en la calle que sospechara que es una mujer le preguntaría su sexo”

“Me he burlado de una chica debido a su aspecto o comportamiento masculino”



“Me he comportado violentamente con un chico por ser demasiado femenino”

“Dios hizo dos sexos y sólo dos sexos”

“No podría entender por qué una mujer se comporta de forma masculino

Un chico que se viste de mujer es un perverso”

“Los chicos femeninos me disgustan”

“Las personas son hombre o mujer”

“Es inmoral que una mujer se presente en público como un hombre”.

(Carrera-Fernández et al., 2014, pág 13)

7.2.4. Escala de Habilidades sociales

Escala con 4 opciones de respuesta donde:

1 nunca

2 muy pocas veces

3 algunas veces

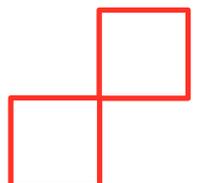
4 a menudo

5 siempre

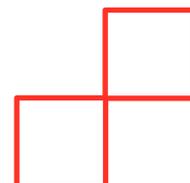
La escala de Habilidades Sociales se comprende por:

“Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te está diciendo”

“Hablas con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes”



- “Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos”
- “Clarificas la información que necesitas y se la pides a la persona adecuada”
- “Permites que los demás sepan que les agradeces los favores”
- “Te das a conocer a los demás por propia iniciativa”
- “Ayudas a que los demás se conozcan entre sí”
- “Dices que te gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza”
- “Pides que te ayuden cuando tienes alguna dificultad”
- “Eliges la mejor forma para integrarte en un grupo o para participar en una determinada actividad”
- “Explicas con claridad a los demás cómo hacer una tarea específica”
- “Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente”
- “Pides disculpas a los demás por haber hecho algo mal”
- “Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona”
- “Intentas reconocer las emociones que experimentas”
- “Permites que los demás conozcan lo que sientes”
- “Intentas comprender lo que sienten los demás”
- “Intentas comprender el enfado de la otra persona”
- “Permites que los demás sepan que te interesas o preocupas por ellos”



“Piensas porqué estás asustado y haces algo para disminuir tu miedo”

“Te dices a ti mismo o haces cosas agradables cuando te mereces una recompensa”

“Reconoces cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pides a la persona indicada”

“Te ofreces para compartir algo que es apreciado por los demás”

“Ayudas a quien lo necesita”

“Llegas a establecer un sistema de negociación que te satisface tanto a ti mismo como a quienes sostienen posturas diferentes”

“Controlas tu carácter de modo que no se te “escapan las cosas de la mano””

“Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu postura”

“Te las arreglas sin perder el control cuando los demás te hacen bromas”

“Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas”

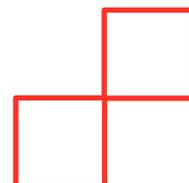
“Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte”

“Dices a los demás cuándo han sido los responsables de originar un determinado problema e intentas encontrar una solución”

“Intentas llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien”

“Expresas un sincero cumplido a los demás por la forma en que han jugado”

“Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido”



“Eres consciente cuando te han dejado de lado en alguna actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en ese momento”

“Manifiestas a los demás que han tratado injustamente a un amigo”

“Consideras con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hacer”

“Comprendes la razón por la cual has fracasado en una determinada situación y qué puedes hacer para tener más éxito en el futuro”

“Reconoces y resuelves la confusión que se produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen o hacen otras que se contradicen”

“Comprendes lo que significa la acusación y por qué te la han hecho y, luego, piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que te ha hecho la acusación”

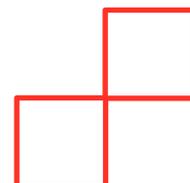
“Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista antes de una conversación problemática”

“Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta”

“Resuelves la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante”

“Reconoces si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo tu control”

“Tomas decisiones realistas sobre lo que eres capaz de realizar antes de comenzar una tarea”



“Eres realista cuando debes dilucidar cómo puedes desenvolverte en una determinada tarea”

“Resuelves qué necesitas saber y cómo conseguir la información”

“Determinas de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que deberías solucionar primero”

“Consideras las posibilidades y eliges la que te hará sentir mejor”

“Te organizas y te preparas para facilitar la ejecución de tu trabajo”.

(McGinnis & Goldstein, 1997, pág 269-302)

