

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 1 de julio de 2020
 Aceptado: 15 de septiembre de 2020
 Publicado: 16 de noviembre de 2020

NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA PARA LAS PERSONAS TRANSGÉNERO EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: DEMANDAS, CONTROVERSIAS Y REFLEXIONES

Esther Gómez-Gil (1), Isabel Esteva de Antonio (2), María Fernández Rodríguez (3), Maricruz Almaraz Almaraz (2), Felipe Hurtado Murillo (4), Marcelino Gómez Balaguer (5), Nuria Asenjo Araque (6), Mireia Mora Porta (7), Irene Halperin Rabinovich (7), Rosa Fernández García (8), Ángel Luis Montejo González (9) y Grupo GIDSEEN (10)

- (1) Servicio de Psiquiatría. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic. IDIBAPS. Barcelona. España.
 (2) Servicio de Endocrinología. Hospital Regional Universitario. Málaga. España.
 (3) Servicio de Salud Mental. Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Asturias. España.
 (4) Servicio de Psicología. Hospital Peset. Valencia. España.
 (5) Servicio de Endocrinología. Hospital Peset. Valencia. España.
 (6) Servicio de Psicología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.
 (7) Servicio de Endocrinología. Hospital Clínic. Barcelona. España.
 (8) Centro de Investigaciones Científicas Avanzadas (CICA). Departamento de Psicología. Universidade da Coruña. A Coruña. España.
 (9) Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic Universitario. Universidad de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Salamanca. España.
 (10) Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

La atención sanitaria a las personas transgénero en España se ha establecido de manera progresiva desde 1999, año en que Andalucía crea la primera unidad multidisciplinar para el tratamiento integral de la reasignación de sexo. Este documento analiza los cambios sociales, las demandas y debates entre usuarios y profesionales y los nuevos modelos de atención sanitaria, y también plantea reflexiones sobre la situación actual.

La apertura social en España en la concepción de la diversidad sexual y de género es bastante favorable. Las demandas de los usuarios no son uniformes y no siempre coinciden con los criterios de los profesionales. En algunas comunidades autónomas la asistencia sanitaria se está distanciando del modelo recomendado internacionalmente, que basa la atención en equipos especializados o Unidades de Identidad de Género (UIG). Estos nuevos modelos centran la asistencia en la Atención Primaria, además de en endocrinólogos y pediatras de área sin una evaluación coordinada con Salud Mental. Los principales factores contribuyentes al cambio reciente han sido las demandas desde algunas asociaciones de “despatologización” y “descentralización”.

Los profesionales que integran las unidades de género, si bien reconocen la necesidad de una visión amplia de la realidad transgénero, alertan del riesgo que supone tratar a personas trans sin una colaboración de especialistas en Salud Mental o por profesionales de área con escasa experiencia. Además, anticipan que la descentralización no facilita el estudio de grandes cohortes, dificultando el avance del conocimiento y la evaluación contrastada con países del entorno. En resumen, los nuevos modelos sanitarios, aunque ofrecen la atención en proximidad, no garantizan mejoras en la calidad ni promueven el análisis comparado de los resultados.

Palabras clave: Transgénero, Transexualidad, Disforia de género, Incongruencia de género, Variante de género, Modelo sanitario, Unidades de Identidad de Género, Sistema Nacional de Salud español.

ABSTRACT

New care models for transgender people in the Spanish Health System: demands, controversies and reflections

Health care for transgender people in Spain has been progressively established since 1999 when the first multidisciplinary unit for the treatment of sex reassignment was created in Andalusia. In this document, the social changes, the demands and debates of users and professionals, the new models of health care for trans people, and reflections on the current situation, have been analysed.

The social openness in Spain regarding sexual and gender diversity has evolved quite positively. The health demands of the transgender users are not uniform and do not always match with the criteria of the professionals. In some Spanish regions, health care is distancing itself from the internationally recommended multidisciplinary model. The new healthcare models have been established under the aegis of primary care and/or endocrinologist in the area, without a required psychological assessment. The main contributing factors for this change of model have been the pressure from some associations with demands for “depathologization” and “decentralization”.

The professionals of gender units, while recognizing the need for a broader vision of trans reality, warn of the risk of treating trans people without the involvement of mental health specialists or by professionals in proximity with little experience. Moreover, the decentralization would not allow acting on large cohorts, which hinders the advance of knowledge and contrasted evaluations with neighbouring countries. In summary, the new health models, although intended to facilitate care through proximity, do not guarantee improvements in quality and difficult to make a comparative evaluation of the results.

Key words: Transgender, Transsexualism, Gender dysphoria, Gender incongruence, Gender variant, Health care model, Gender units, Spanish National Health Service.

Correspondencia:
 Esther Gómez Gil
 Servicio de Psiquiatría
 Instituto de Neurociencias
 Hospital Clínic
 08036 Barcelona, España
 esgomez@clinic.cat

Cita sugerida: Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Fernández Rodríguez M, Almaraz Almaraz MC, Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Asenjo Araque N, Mora Porta M, Halperin Rabinovich I, Fernández García R, Montejo González AL, Grupo GIDSEEN. Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el Sistema Sanitario Español: demandas, controversias y reflexiones. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 16 de noviembre e202011123.

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria a las personas transexuales y transgénero (personas trans) en España se ha establecido progresivamente. La creación de Unidades de Identidad de Género (UIG) multidisciplinares para el tratamiento integral de la afirmación de género dentro del Sistema Nacional de Salud comienza en la comunidad de Andalucía en 1999, y progresivamente se establecen nuevas UIG en Madrid, Cataluña y Aragón (2006), Asturias (2007), País Vasco, Comunidad Valenciana y Canarias (2008), Navarra (2010) y Castilla y León (2014), aunque no todas ofertan la cirugía genitoplástica^(1,2,3,4).

En este documento, profesionales sanitarios de estas UIG, de los ámbitos de la Endocrinología, Psicología, Pediatría, Psiquiatría y Sociología, algunos con más de veinte años de experiencia en el tema, analizan los cambios sociales en la concepción de la diversidad sexual y de género, las demandas y debates entre usuarios, asociaciones y profesionales y los nuevos modelos de atención clínica a las personas transgénero. También plantean reflexiones y preocupaciones sobre estos cambios y sus posibles consecuencias. La metodología se basó en grupos de discusión y reflexión dentro de las jornadas de trabajo del grupo GIDSEEN entre los años 2016 al 2019. Se trata, por lo tanto, de un artículo de opinión basado en la experiencia clínica previa y en el análisis de la casuística atendida.

CAMBIOS SOCIALES EN LA CONCEPCIÓN DE LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE GÉNERO

En los últimos años en España se han experimentado numerosos cambios en la concepción de la diversidad sexual. En el ámbito social existe una mayor visibilidad del tema en

medios de comunicación, un creciente interés por ahondar en el conocimiento en numerosos ámbitos, como la educación, la antropología, el arte o la moda, y un mayor reconocimiento de la diversidad sexual y de género, pasando de una visión binaria a una visión de todo el espectro de variantes de género, con acento en la inclusividad y la no discriminación⁽⁵⁾. En el ámbito sanitario se incluye la atención integral, iniciada ya en 1999 en Andalucía, y se amplía con la progresiva acreditación de UIG multidisciplinares en otras comunidades autónomas, adoptando guías clínicas internacionales^(6,7) y nacionales⁽⁸⁾. Desde entonces la demanda ha ido en aumento⁽⁹⁾, y también se han objetivado cambios en el perfil sociodemográfico de los usuarios^(10,11,12,13,14). En el ámbito familiar se crean asociaciones de familias que apoyan y velan por los derechos de las personas trans, la demanda de los menores se incrementa^(15,16,17,18,19), y se comienzan a evaluar aspectos éticos y legislativos para estas edades tempranas en nuestro entorno⁽²⁰⁾. Y en el ámbito legislativo, se han aprobado sucesivos anteproyectos o leyes centrados especialmente en los derechos de las personas transexuales e intersexuales en varias comunidades⁽²¹⁾. En conjunto, todos estos factores han condicionado que en la actualidad España sea uno de los países con más aceptación de la diversidad sexual.

DEMANDAS DE USUARIOS Y PROFESIONALES

Con frecuencia se observan diferentes perfiles de demanda de las personas trans, según provengan de los usuarios de las UIG o de los pertenecientes a asociaciones (tabla 1). También los profesionales plantean otras demandas (tabla 2). Aunque estos perfiles no son rígidos, y muchos de los puntos reivindicados pueden solaparse, otros pueden llegar a ser contrapuestos, como se analiza a continuación.

Tabla 1 Demandas más frecuentes de las personas transgénero al Sistema Sanitario Español.	
Demandas de las personas transgénero usuarias de las UIG	Demandas de personas transgénero que provienen del activismo y asociaciones
Solicitud de recursos sanitarios y disminución de listas de espera quirúrgicas.	Solicitud de despatologización y autodeterminación de género y de tratamiento.
Solicitud de atención por profesionales sanitarios con experiencia (equipos especializados de referencia).	Solicitud de descentralización, y por lo tanto asistencia en proximidad en Atención Primaria o especialista de área.
Evaluación inicial, asesoramiento y acompañamiento psicológico.	Autodeterminación de género y de tratamiento.
Identificación mayoritariamente binaria (hombre-mujer) y en consecuencia tratamientos de afirmación de género masculinizantes o feminizantes.	Críticas al modelo binario y desmedicalización.
Deseo de invisibilización e inclusión social.	Deseo de visibilidad y empoderamiento trans

Tabla 2 Demandas más frecuentes de los profesionales pertenecientes a las Unidades de Identidad de Género del Sistema Sanitario Español en relación a la atención a personas transexuales y transgénero.
Decisiones legislativas y sanitarias no basadas en posicionamientos ideológicos.
Evaluación multidisciplinar por profesionales con experiencia que garantice la calidad y seguridad en el proceso de reafirmación de género.
Participación de profesionales de psicología y salud mental.
Actuaciones basadas en evidencias científicas disponibles y en guías clínicas.
Incremento de los recursos sanitarios.
Regulación sanitaria y protección legal ante tratamientos hormonales no incluidos en ficha técnica, o en abordajes basados en la autodeterminación de tratamiento.

A) Demandas más frecuentes de los usuarios que acuden a las UIG.

La mayoría de usuarios que solicitan atención sanitaria en las UIG no pertenecen a asociaciones. Sus demandas principales, expresadas a los profesionales, se focalizan en varios puntos (tabla 1).

i) Oferta sanitaria, recursos y listas de espera: las quejas se centran, por una parte, en que aún hay comunidades sin equipos especializados o UIG, y los usuarios deben ser remitidos a UIG de otras comunidades, o atendidos por profesionales de área sin experiencia en el tema. En aquellas comunidades que sí se han creado UIG, las listas de espera suelen afectar con frecuencia a todos los pasos de la transición, pero principalmente para el acceso a la cirugía. En las UIG que incluyen cirugías genitoplásticas (vaginoplastias y faloplastias), el número de actos quirúrgicos suele ser escaso y las listas de espera de varios años⁽³⁾; otras UIG sólo realizan algunas cirugías de menor complejidad, tipo histerectomía o mastectomía, y la mayoría no contemplan otras intervenciones como la cirugía de la voz, mamoplastias de aumento o cirugía de feminización facial^(1,3). Finalmente, cada vez es mayor la demanda de acceso a técnicas reproductivas, pues el deseo de maternidad/paternidad es alto⁽²²⁾ pero, en general, tampoco están disponibles en la cartera sanitaria.

ii) Profesionales sanitarios con experiencia: los usuarios desean y agradecen ser atendidos por especialistas formados en identidad de género, conocedores de la realidad trans y que les aporten información sobre el proceso de transición, los pasos a seguir, la seguridad terapéutica, las consecuencias futuras, las limitaciones de las terapias y los resultados de los tratamientos hormonales y quirúrgicos.

iii) Evaluación inicial, asesoramiento y acompañamiento psicológico: en situaciones iniciales del proceso, sobre todo en menores, los padres solicitan evaluaciones y asesoramiento

para el día a día, especialmente sobre aspectos educacionales y de transición social. La mediación que realizan los sanitarios con el profesorado también favorece el apoyo para un trato sin discriminación en los entornos educativos. En la adolescencia, los progenitores solicitan consejo psicológico para manejar cualquier incertidumbre, desde la posible confusión identitaria, hasta los efectos hormonales irreversibles o que condicionen su fertilidad. Y sobre todo, porque están aumentado los casos de inicio rápido (“*rapid onset gender dysphoria*”)^(23,24,25), que plantean todavía más dudas en la familia y los profesionales. Y a cualquier edad, la mayoría de personas transsexuales y transgénero, en general, agradecen este apoyo psicológico ante la toma de decisiones, así como el afrontamiento laboral, familiar y de pareja, porque les ayuda a adaptarse a los cambios de su tránsito social.

iv) Tratamientos masculinizantes o feminizantes: la mayoría de los usuarios de las UIG expresan una identificación con el concepto binario “*me siento y soy hombre*”, “*me siento y soy mujer*”, por lo que solicitan tratamiento hormonal masculinizante o feminizante. Con respecto al tratamiento quirúrgico, aún con una identificación marcadamente binaria, un porcentaje de mujeres trans no solicitan la cirugía genital feminizante y desean preservar su genitalidad y su actividad sexual. Y un porcentaje de hombres trans no solicitan faloplastia, sobre todo porque conocen las limitaciones y posibles complicaciones de esta cirugía. No obstante, si bien en los últimos años se ha incrementado en las UIG la demanda de personas transgénero con una identificación no binaria, personas *genderqueer* o no conformes con el género, estos usuarios son aún minoritarios y su demanda no siempre se acompaña de solicitud de tratamiento hormonal ni mucho menos quirúrgico.

v) Invisibilización: finalmente, la mayoría de estas personas que acuden a las UIG se caracterizan por su deseo de invisibilización.

Su objetivo es hacer una transición rápida, y tras ella, pasar inadvertidas e integrarse de la forma más discreta posible.

B) Demandas más frecuentes desde el activismo y las asociaciones. Suelen diferir de las mencionadas anteriormente (tabla 1), aunque no son uniformes en todas las asociaciones y pueden solaparse con las del apartado anterior. Son las siguientes:

i) Despatologización: es una de las exigencias más frecuentes desde el activismo y se traduce en la solicitud de que se elimine la transexualidad de los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) o de enfermedades (CIE), porque al clasificarla se identifica como una patología en vez de una cuestión de diversidad^(26,27,28). En respuesta a esta demanda, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM*, que utilizaba el término *trastorno de la identidad de género* (DSM-IV), lo ha sustituido en su última versión por *disforia de género* (DSM-5) con el fin de evitar la palabra *trastorno*. Y el término *transsexualismo* (CIE-10) es denominado en la última versión *incongruencia de género* (CIE-11), y ha pasado a formar parte de un epígrafe nuevo catalogado como “*condiciones relativas a la salud sexual*”⁽²⁹⁾. El término *transgenerismo*, frecuentemente utilizado en la actualidad, hace referencia a todo el espectro de personas con variantes de género, y no está presente como diagnóstico en dichos manuales⁽³⁰⁾.

ii) Autodeterminación de género y de tratamiento: esta demanda a nivel sanitario implica que estas personas, en el caso de que demanden terapias de reasignación o afirmación sexual, no sean sometidas a un diagnóstico por un profesional. Esta petición, incluso recogida en algunas leyes autonómicas⁽²¹⁾, está generando muchas controversias en el ámbito de la actuación médica, y se aborda más adelante.

iii) Descentralización: otra demanda es el acercamiento de los recursos al usuario con una atención en proximidad en vez de en UIG centralizadas. Ello implica una asistencia centrada en la Atención Primaria (médicos de familia) y en los facultativos especialistas de área, solicitud que se ha tenido en cuenta en algunas comunidades en los últimos años⁽¹⁾, y será también debatida más adelante.

iv) Críticas al modelo binario: con frecuencia, desde las asociaciones se realiza una crítica al modelo binario (identificación con ser hombre o mujer), sugiriendo que no se tiene en cuenta el espectro amplio de expresiones y roles de género vigentes^(31,32,33). Es una realidad que la identidad de género en las personas trans no siempre es con el “otro género” sino que también puede ser con “géneros alternativos” o con “ningún género”⁽³⁰⁾. Esta crítica al binarismo no debe ser atribuida o recaer sobre el ámbito sanitario, ya que va variando según el constructo social de género de la época y obliga, por tanto, a contextualizar la atención sanitaria de cada solicitante.

v) Desmedicalización: desde el activismo se ha realizado una crítica al discurso biomédico y se promueve la desmedicalización argumentando que ser una persona trans es cuestión de diversidad, y no de patología, no requiriendo, por lo tanto, tratamiento. La desmedicalización es factible en muchos casos de diversidad de género, como por ejemplo en personas que se identifican con un género no binario, porque no necesitan de forma tan relevante una atención biomédica, buscan actuaciones médicas más parciales, y con frecuencia sólo piden cambios registrales o legislativos. Esta demanda contrasta con la realidad de que la mayoría de las personas que acuden a las UIG siguen solicitando tratamientos médicos para favorecer la transición al otro sexo⁽³⁴⁾. En un estudio alemán, sólo el 3,4% de 415 personas

trans que solicitaron atención sanitaria no deseaban cirugía de afirmación de género⁽³⁵⁾.

vi) Visibilización: finalmente, desde el activismo y el asociacionismo se anima al orgullo, visibilidad y empoderamiento trans.

C) Demandas y debates de los profesionales sanitarios de las Unidades de Género. Los profesionales sanitarios implicados en la asistencia a estas personas en las UIG multidisciplinares también plantean un debate interno para una mejor atención (tabla 2):

i) Decisiones legislativas de temas sanitarios no basadas en posicionamientos ideológicos: los profesionales consideran que se están legislando aspectos sanitarios en base más a la presión de las asociaciones, posicionamientos ideológicos o intereses políticos, que a las recomendaciones de la literatura científica o a los conocimientos que pueden aportar los expertos sanitarios que trabajan en el tema, y que, a posteriori, son los que deben dar respuesta y asumir la responsabilidad de la atención.

ii) Evaluación multidisciplinar por profesionales con experiencia: los autores expresan que la atención integral biopsicosocial a la diversidad de género es un proceso complejo en el que sólo se pueden garantizar la calidad y seguridad tras una evaluación multidisciplinar y continuada, mediante equipos que integren a profesionales formados y reconocidos en diversidad e identidad de género y con una responsabilidad compartida. Y que, al menos hasta el momento presente, la situación actual de la sanidad pública en España no permite aún descentralizar, es decir, hacer recaer en la Atención Primaria y en especialistas de área dicha responsabilidad. La descentralización total no sería una decisión favorable ni para el colectivo trans ni para los médicos de familia y pediatras, porque, a día de hoy, en las áreas básicas de salud aún existe escasa formación en el tema y, además, porque

la baja prevalencia en consultas individuales no favorece una gran experiencia.

iii) Participación de profesionales de psicología y Salud Mental: la demanda de autodeterminación de género y, en consecuencia, de tratamiento, “obliga” al profesional endocrinólogo, pediatra, ginecólogo o cirujano a realizar una actuación médica o a prescribir un tratamiento hormonal o quirúrgico sin incorporar una evaluación previa por algún profesional de la Salud Mental con experiencia, aún en los casos en que un especialista del equipo tenga dudas sobre el beneficio del tratamiento en ciertas personas, o incluso desaconseje esta intervención. Además, supone no tener en cuenta que la identidad de género puede estar influida por factores externos sociológicos, psicopatológicos, o que puede ser inestable e, incluso, confusa. Desde las UIG nunca se ha considerado la transexualidad como una enfermedad mental, porque no lo es. De hecho, el término “*trastorno*” en Psiquiatría no es sinónimo de enfermedad, sino de malestar. Tampoco el planteamiento del profesional sanitario está reñido con el respeto a la autodeterminación y a la autonomía del sujeto. Pero ambas partes deberían conocer y aceptar los principios de buena praxis médica y adoptar una toma de decisiones consensuada entre profesionales y usuarios, y no sólo unilateral por parte del usuario, debido al riesgo de consecuencias desfavorables y como garantía de calidad en la relación médico-paciente⁽³⁶⁾. Los autores y otros equipos internacionales consideran que es necesaria la colaboración con el equipo de profesionales de la Salud Mental con experiencia en el tema, de cara a clarificar la identidad sentida, tomar decisiones compartidas sobre las opciones de tratamientos, médicos o no, que alivien su sufrimiento, generar expectativas realistas sobre los resultados de los tratamientos solicitados y descartar que haya confusión con otras situaciones o comorbilidades^(36,37,38). Además, ofrecen soporte y ayudan ante la detección o la coexistencia de un entorno psicosocial adverso.

La intervención por Salud Mental sigue presente en las recomendaciones de organismos internacionales como la WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*)^(6,7), la EPATH (*The European Professional Association for Transgender Health*) y en la mayoría de las guías elaboradas por equipos de expertos^(8,39,40,41).

iv) Actuaciones basadas en evidencias científicas disponibles: la identidad de género y su diversidad, además de su complejidad *per se*, añade la complejidad de que el ámbito de opinión sobre el tema es muy diverso entre usuarios, antropólogos, sanitarios, filósofos, sociólogos, educadores, etc. Respetando la importancia del debate reflexivo y que las corrientes de opinión no tienen por qué coincidir entre diferentes disciplinas, profesionales, o usuarios, es fundamental resaltar que el grado de implicación y la toma de decisiones clínico-terapéuticas de los sanitarios es inexistente en otros campos como, por ejemplo, la antropología, sociología o educación. Por ello, los profesionales que asumen el tratamiento de las personas trans consideran que el abordaje sanitario debe realizarse con el máximo de garantías, y con el mismo rigor y requerimientos de evidencia y calidad que se aplica en otras áreas de la medicina. Sólo la investigación y un registro cuidadoso de la actividad asistencial, las variables clínicas y comorbilidades, los tratamientos aplicados y los resultados de éstos en diferentes cohortes de individuos, permitirán adquirir conocimientos, elaborar guías clínicas con soporte científico y, a la larga, repercutirá en beneficios para las personas tratadas, de acuerdo a los principios de la medicina basada en la evidencia.

v) Incremento de recursos sanitarios: los recursos actuales deben ser ampliados para facilitar el abordaje integral, y ser dirigidos a la actividad asistencial, organizativa, formativa

y de investigación, para avanzar en la mejora de los tratamientos hormonales, las técnicas quirúrgicas, y para ampliar la oferta sanitaria tal como la atención a técnicas reproductivas.

vi) Regulación sanitaria y protección legal: los cambios legislativos han dejado áreas importantes sin regulación, como es la no inclusión en ficha técnica de la indicación de la transexualidad para determinados fármacos hormonales, o la responsabilidad médica ante planteamientos basados en la autodeterminación de tratamiento.

NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN

La evolución de la atención sanitaria a la disforia y diversidad de género en España ha sido publicada y ampliamente revisada en fechas recientes⁽¹⁾. En resumen, en los últimos años en algunas comunidades se ha sustituido el modelo tradicional basado en equipos multidisciplinares especializados de referencia, las denominadas UIG, por nuevos modelos de atención en proximidad, y sin la participación de profesionales de psicología o Salud Mental. En el momento actual, diversas comunidades autónomas todavía mantienen los modelos tradicionales (UIG de referencia multidisciplinares), como son Comunidad Valenciana, País Vasco, Castilla y León, Canarias y Asturias. En otras comunidades, entre ellas las más antiguas (Andalucía, Madrid, Cataluña), se han producido cambios: las UIG dejan de ser centros de referencia para su comunidad aunque se mantienen como centros receptores para quien lo solicite, aunque siguen siendo de referencia para la fase de cirugías complejas genitoplásticas. En estas comunidades, para las fases iniciales del proceso, el ciudadano puede solicitar ser atendido en sus áreas básicas de salud⁽¹⁾. Las causas de estos cambios de modelo en España tienen su origen en las demandas de despatalogización, desmedicalización y

descentralización mencionadas, y en la asunción de que la intervención biomédica confronta con el concepto de autodeterminación identitaria.

A pesar de que el objetivo de estos cambios de modelo ha sido, *a priori*, lograr mejoras en el sistema tales como que otros profesionales de la red sanitaria general tomen conciencia de estos temas y adquieran conocimiento, en conjunto es dudoso que esté mejorando la prestación. Por una parte, con los nuevos modelos no se han implementado nuevas UIG o equipos de proximidad, que sería lo deseable, sino que, en general, se han constituido puntos de atención aislada de prescripción endocrinológica. Además, se ha producido una atomización de casos sin posibilidad de seguimiento de cohortes. La formación aportada a los profesionales de los niveles asistenciales básicos ha sido puntual y escasa, por las dificultades que conlleva instruir a todo el personal sobre una temática compleja y, todavía, minoritaria. No se han planteado soluciones a problemas muy relevantes para la calidad de vida de estas personas, como son la atención a variantes de género, las largas listas de espera quirúrgica o la necesidad de nuevas UIG en comunidades autónomas que carecen de ellas. El sistema tampoco da una respuesta especializada a los conflictos de identidad en la infancia y adolescencia, que no deberían ser inicialmente nominados ni tratados como transexualidad hasta ver su evolución, y que generan en las familias una demanda de acompañamiento y certezas clínicas. Por otro lado, las UIG actuales realizan un seguimiento a largo plazo pre y postquirúrgico, que requieren revisión ginecológica, urológica, psicosexual, etc., además de los controles clínicos y hormonales, y este punto no se ha tenido en cuenta en los modelos asistenciales que se están generando. El tiempo dirá si la atención a partir de los nuevos modelos descentralizados y sin soporte por parte de Salud Mental se presenta diferente o, lo que sería peor, insuficiente.

REFLEXIONES Y PREOCUPACIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

En general, los profesionales sanitarios de las unidades de género plantean diversas preocupaciones y riesgos asociados a las presiones sociales y a los modelos actuales de atención (tabla 3).

– **Riesgos de toma de decisiones sanitarias sin base empírica.** En la actualidad, existen portavoces de asociaciones, antropólogos, sociólogos, políticos y líderes de opinión, que realizan afirmaciones que no se corresponden con la práctica clínica, pero que están marcando las directrices sobre aspectos sanitarios. Si bien es cierto que no existen estudios suficientes que den respuesta a todas las preguntas sobre el tema, las decisiones sanitarias deberían basarse en una evidencia científica, apoyada por la experiencia clínica, con el objetivo de corregir y mejorar el modelo organizativo y sus resultados en la práctica clínica.

– **Riesgos de la ausencia de valoración previa por profesionales de la Salud Mental con experiencia en el tema.** Si el modelo sanitario favorece la libre autodeterminación de tratamiento, la fase de evaluación inicial sería resuelta en una entrevista clínica de corta duración, no por profesionales de Salud Mental, y asumiendo que cuando la persona consulta por primera vez sobre la cuestión identitaria ésta ya está claramente definida y resulta fácil de interpretar. En consecuencia, la responsabilidad de todo el proceso recaería en el profesional que prescriba el tratamiento para el bloqueo puberal o el tratamiento hormonal cruzado y que siga la evolución a largo plazo, o lo que sería peor, en el cirujano que realice la cirugía de afirmación de género sin trabajo en equipo previo. Si la decisión de tratamiento fuera sólo del usuario, en caso de que el profesional dude de si el procedimiento va ser el adecuado, ¿estaría obligado a

Tabla 3
Preocupaciones de los profesionales pertenecientes a las Unidades de Identidad de Género del Sistema Sanitario Español en relación a los nuevos modelos de atención a las personas transexuales y transgénero.

Riesgo de toma de decisiones sanitarias sin suficiente base empírica ni consenso entre asociaciones, profesionales y legisladores.
Riesgos de la ausencia de valoración previa por profesionales de la salud mental con experiencia en el tema.
Riesgos de la descentralización: profesionales sin o con escasa experiencia.
Posible incremento de arrepentimientos y de transición.
Disminución futura del conocimiento científico sobre el tema.
Desmarque del modelo sanitario del resto de países de nuestro entorno.
Riesgo de burnout de los profesionales sanitarios.

aplicarlo? Y en caso de yatrogenia, ¿la responsabilidad de quién sería?. Son preguntas todavía sin respuesta pero que invitan a la reflexión.

– **Riesgos de la descentralización.** La descentralización implicaría que los profesionales que atienden a las personas trans no tendrían tanta experiencia clínica y el trabajo multidisciplinar sería inexistente. Minimizar la complejidad de las estrategias terapéuticas de las personas trans es un recurso político actual para justificar que pueden ser tratadas en cualquier nivel asistencial. Los profesionales que hemos trabajado durante años en esta atención evidenciamos que cada caso ha necesitado un tratamiento a la medida de su historia personal, de su edad y de su estado evolutivo. El riesgo de mala praxis se incrementa en casos de mayor complejidad. Por ejemplo, se constata en fechas

recientes, sobre todo en jóvenes, conflictos identitarios de inicio casi súbito (“*rapid onset gender dysphoria*”^(23,24,25)), que obligan a una observación y atención supervisada ya que, hasta no ver su evolución, podrían no requerir un abordaje intervencionista. Estas situaciones, complejas incluso para expertos de las UIG, aumentan el riesgo de mala praxis por parte de profesionales con escasa experiencia, tanto debido a tratamientos precipitados como, a la inversa, por resistencia excesiva a iniciar dichos tratamientos por temor a equivocarse.

– **Riesgos del posible incremento de los casos de arrepentimiento y detransición.** Los profesionales de las UIG y la literatura biomédica de los últimos años alertan del incremento de casos de arrepentimiento tras el inicio del proceso, y de solicitudes de

detransición^(42,43,44,45,46,47). Detransicionar supone revertir los cambios médicos/quirúrgicos y administrativos conseguidos⁽⁴²⁾. Es un fenómeno en alza con importantes consecuencias clínicas y sociales, y con una fuerte repercusión mediática. Son muchas las causas que favorecen esta reversión: una escasa valoración de la indicación terapéutica, medicalizaciones poco reflexivas o apresuradas, inadecuadas expectativas, procesos de salud mental no diagnosticados con confusión de identidad o inestabilidad temporal de la misma, malos resultados quirúrgicos, frustración social, etc. De hecho, actualmente ya se están considerando pautas de actuación para los casos de arrepentimiento. Aunque no existen protocolos médicos concretos ni legislación ante este fenómeno, lo que sí que parece claro es que se deben intentar prevenir y minimizar las detransiciones. Y la mejor forma de prevenir las es una adecuada valoración y acompañamiento por parte de un equipo experto. La prescripción de tratamiento hormonal o quirúrgico sin valoración ante la demanda del usuario es una actuación que incrementa el riesgo de detransición y lo que ello implica.

– **Disminución del conocimiento científico sobre el tema.** Como ha sido mencionado, si no existen equipos o UIG que agrupen y realicen investigaciones con series amplias de casos o cohortes, ocurrirá una pérdida de la experiencia adquirida y de los registros sanitarios adecuados. Es obligatorio agrupar la casuística y, posteriormente, analizarla para dar respuesta a retos tan candentes como la incongruencia de género en la infancia, la atención a otras variantes de género, la satisfacción postcirugía, la sexualidad, las opciones reproductivas, o la pertinencia del tratamiento hormonal ó quirúrgico en la tercera edad. Las UIG españolas han aportado numerosa investigación con marcada repercusión internacional y nacional, y de hecho son líderes en áreas relacionadas con bases neurobiológicas⁽⁴⁸⁾.

– **Distanciamiento del modelo sanitario del resto de países de nuestro entorno.** Hasta este momento, la sanidad española había seguido un modelo paralelo al europeo y al mundo occidental. A pesar de que en los últimos años los movimientos sociales y sus demandas han sido similares en otros países, los equipos especializados internacionales han mantenido, en el ámbito sanitario, las recomendaciones de buena práctica clínica y la valoración conjunta de cada caso en el seno de las UIG o equipos multi e interdisciplinarios. Distanciarse en nuestras comunidades de esta forma de trabajar consensuada no sería una decisión cualificada ni responsable.

– **Riesgo del *burnout* sanitario.** Por último, se advierte del *burnout* o síndrome del desgaste entre los profesionales sanitarios, debido a su estigmatización como “enemigos” por parte de algunas asociaciones trans y de familiares. Y también porque desarrollan su trabajo en un sistema sanitario aún carente de recursos suficientes, con prolongados tiempos de espera, sobre todo en la atención quirúrgica. Esta falta de recursos y las consecuencias relacionadas sólo pueden ser atribuidas a una gestión política determinada, y no a la falta de voluntad de una prestación de calidad por parte de los profesionales.

RETOS Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Los retos a los que se enfrenta en este campo la sanidad española, en los próximos años, son variados, algunos ya mencionados previamente: atención especializada en equipos multidisciplinarios o UIG en todas las comunidades y con un número suficiente de especialistas para que el sistema sea funcional; aumento del número de cirugías con disminución del tiempo de espera; implementación del tipo de cirugías (especialmente la cirugía genital masculinizante para los hombres trans); respaldo de aspectos reproductivos; formación integral e integrada sobre el tema a profesionales de Atención Primaria

y especialistas de área ; análisis conjunto con otras disciplinas sobre el fenómeno creciente en la sociedad infanto-juvenil; atención con experiencia a las personas trans de la tercera edad; y participación activa de los profesionales en los cambios legislativos y en comisiones de expertos. Todos estos retos se resumen en conciliar las demandas de los usuarios con las garantías de calidad de la buena práctica clínica.

Las perspectivas futuras, según los autores, son que en los próximos años, acorde con la apertura de la sociedad, seguirá habiendo un avance en derechos sociales y en aspectos éticos^(49,50). La reconstrucción social está siendo debatida actualmente entre partidos políticos y organizaciones sociales, y están generando también discrepancias y marcados debates, por ejemplo en el ámbito del feminismo^(51,52), o con respecto a la terminología utilizada⁽⁵³⁾. Estos debates legislativos y sociales, que no suelen incluir a expertos sanitarios⁽⁵⁴⁾, se preocupan más por cuestiones ideológicas que por las repercusiones en la salud de las personas trans⁽⁵⁵⁾. Es posible que, a corto o medio plazo, aún avanzando en derechos sociales, exista un retroceso en la atención sanitaria más especializada, sobre todo debido a la descentralización y a la escasa presencia de especialistas en psicología de la salud. Pero también es posible que, a largo plazo, se produzca un movimiento pendular, es decir, que los usuarios de la sanidad exijan nuevamente una atención especializada por profesionales formados y con larga experiencia en el tema, al menos para las primeras fases del proceso, de manera similar a la atención realizada tradicionalmente en las UIG. Y que pueda coexistir con un seguimiento en proximidad, por parte de Atención Primaria y por especialistas de área, una vez finalizada la transición hacia el género sentido y con una adecuada adaptación para el seguimiento de los tratamientos a largo plazo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Dr. Antonio Guillamón por su transmisión de entusiasmo en la investigación, y al Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades por los proyectos concedidos para la investigación en el tema: PGC2018-094919-B-100, PGC2018-094919-B-C21 y PGC2018-094919-BC22.

PARTICIPANTES DEL GRUPO GIDSEEN

Almaraz MC, Álvarez JA, Asenjo N, Becerra A, Bellido V, Del Castillo C, Esteva I, Fernández-Rodríguez M, Gallardo L, García-Cuartero B, Gómez-Balaguer M, Gómez-Gil E, Gómez-Hoyos E, Guadilla M, Hurtado F, Lucio MJ, Martínez-Tudela J, Moreno O, Pérez-López G, Pérez-Luis J, Ponce de León S, Rica I, Rodríguez-Molina JM, Sanisidro C, Toni M, Vázquez F, Vidales A, Vidal A, Villar A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Almaraz MC, Asenjo N, Fernández Rodríguez M, Hurtado F, Pérez-Luis J et al. Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: Historia y evolución. *Psicosom Psiquiatr.* 2019;11:63-75.
2. Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, editores. *Ser transexual.* Barcelona: Editorial Glosa; 2006.
3. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Almaraz M, Martínez-Tudela J, Bergero T, Oliveira G, Soriguer F. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gac Sanit.* 2012;26:203-209.
4. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E. Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013;20:585-591.

5. Nestle J, Howell C, Wilchins RA editors. *GenderQueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles: Alyson Publications; 2002.
6. Meyer III W, Bockting WO, Cohen-Kettenis P, Coleman E, Diceglie D, Devor H, Gooren L et al. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's standards of care for gender identity disorders, sixth version. *J Psychol Hum Sex*. 2002;13:1-30.
7. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13:165-232.
8. Moreno-Perez OI, Esteva de Antonio I. Guías de práctica clínica para valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr*. 2012;59:367-382.
9. Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Almaraz MC, Godás Sieso T, Halperin Rabinovich I, Soriguer Escofet F. Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. *Rev Clin Esp*. 2011;211:233-239.
10. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch Sex Behav*. 2009;38:378-392.
11. Basterra V, Toni M, Rebolé A, Pérez de Mendiola Y, Forga L. Estudio descriptivo de la transexualidad en Navarra. *Anal Sist Sanit Navar*. 2012;35:455-460.
12. Guzmán-Parra J, Sánchez-Álvarez N, de Diego-Otero Y, Pérez-Costillas L, Esteva de Antonio I, Navais-Barranco M, Castro-Zamudio S et al. Sociodemographic characteristics and psychological adjustment among transsexuals in Spain. *Arch Sex Behav*. 2016;45:587-596.
13. Nadales-Rojas M, Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P. Evolución del perfil sociodemográfico de personas con disforia de género. *C Med Psicossom*. 2016;119:35-41.
14. Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Cuchi-Alfaro M, García-Camba E, Pérez-López G et al. Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the autonomous region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Arch Sex Behav*. 2017;46:1307-1312.
15. Esteva de Antonio I, Prior Sánchez I, García Bray B, Almaraz MC, Yahyaoui R, Fernández García-Salazar R, Gómez Gil E et al. Gender dysphoria in minors, a growing phenomenon in our society: Demographic and clinical characteristics of this population in Spain. In: Miller B, editor. *Gender Identity: Disorders, Developmental Perspectives and Social Implications*. Hauppauge NY: Nova Science Publisher, 2014.p.117-122.
16. Portabales-Barreiro L, López-Moya B, Escolar-Gutiérrez MC, Portero-García R, Asenjo-Araque N. Descripción de la casuística de menores con disforia de género. *Av Psicol Clin*. 2015:92-100.
17. Basterra Gortari V, Ardanaz Elcid J, Díaz Leiva J, Toni García M, Rebolé Abadía A, Pérez de Mendiola Y et al. Atención a la disforia de género en población infantil y adolescente en Navarra. *Av Psicol Clin*. 2015:429-438.
18. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Martín Sánchez E, Martínez Menéndez N, Alvarez Díez JA, Grupo GIDSEEN. Atención sanitaria a adolescentes con disforia de género. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;92:58-63.
19. Rica I, Grau G, Vela A, Rodríguez A, Guadilla L. Paediatric health assistance to transsexual minor in the multidisciplinary care unit of the Basque country (Spain). *Horm Res Paediatr*. 2019;91:479-80.
20. Esteva de Antonio I, Almaraz MC, Martínez-Tudela J, Grupo GIDSEEN. Disforia de Género en la infancia y la adolescencia, atención sanitaria en España. En: *Menores e Identidad de Género, aspectos sanitarios, jurídicos y bioéticos*. Madrid: SEPIN; 2017.p.17-26.
21. Martínez Menéndez M, Fernández Rodríguez M, García Vega E, Guerra Mora P. Violencia de pareja hacia las mujeres transgénero. *Psicosom Psiquiatr*. 2019;9:11-17.

22. Gómez-Gil E, Esteva I, Montejo AL, Guillamon A. Maternity and paternity wishes in transsexuals. Abstract books of the XVI World Congress of Psychiatry. Madrid 2014. 14-18 sep. Vol 6 (Topic 68). p.289.
23. Marchiano L. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. *Psychological Perspectives*. 2017; 60(3):345-366.
24. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. Romer D, editor. *PLoS ONE*. 2018;13(8):e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.
25. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Martínez Menéndez N. Rapid-Onset Gender Dysphoria. A topic for debate. *Sex Med Reproductive Health*. 2019;2:2.
26. Hurtado Murillo F. El debate sobre la despatologización de la transexualidad. *Rev Desexología*. 2011;1:4-6.
27. Bergero Miguel T, Asiain Vierge S, Cano-Caballero Gálvez MD. ¿Hacia la despatologización de la transexualidad?: Apuntes desde una lógica difusa. *Norte de Salud Mental*. 2010;8:56-64.
28. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P. El transexualismo en las clasificaciones diagnósticas: el proceso de des-psi-copatologización. En: Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M editores. *Atención sanitaria a la transexualidad y diversidad identitaria*. Cádiz: Sotovento Editores; 2020. p.35-47.
29. Fernández Rodríguez M, Menéndez Granda M, Villaverde González A. Gender incongruence is no longer a mental disorder. *J Mental Health & Clin Psychology*. 2018;2:6-8.
30. Gómez Gil E. Disforia de género. En: Castelo-Branco C, Molero Rodríguez F, editores. *Manual de Sexología Clínica*. Madrid: Editorial Panamericana, 2019:117-122.
31. Polderman TJC, Kreukels BPC, Irwig MS, Beach L, Chan YM, Derks EM, Esteva I et al. The biological contributions to gender identity and gender diversity: bringing data to the table. *Behav Genet*. 2018;48:95-108.
32. Bergero Miguel T, Asiain Vierge S, Gorneman Schaffer I, Giraldo Ansio F, Lara Montenegro J, Esteva de Antonio I, Gómez Banovio M. Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2008;28:211-226.
33. Chew D, Tollit MA, Poulakis Z, Zwickl S, Cheung AS, Pang KC. Youths with a non-binary gender identity: a review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(4):322-330.
34. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, Martín Sánchez E, Grupo GIDSEEN. Reflexiones en torno al marco epistemológico de la disforia de género. *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90:e1-4.
35. Nieder TO, Eyssel J, Köhler A. Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender affirmative medical interventions. *Arch Sex Behav*. 2019; <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z>.
36. Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*. 2008;17(4):211-224.
37. Selvaggi G, Giordano S. The role of mental health professionals in gender reassignment surgeries: Unjust discrimination or responsible care? *Aesthetic Plast Surg*. 2014;38(6): 1177-1183.
38. Asenjo Araque N, Portabales Barreiro L, Rodríguez Molina JM, Lucio MJ. Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Clín Contemporánea: Rev Diagnost Psicolog Psicoter Salud*. 2013;4:161-170.
39. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, M. Hassan Murad MH et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):1-35.
40. Deutsch MB, Radix A, Reisner S. What's in a guideline? Developing collaborative and sound research designs

that substantiate best practice recommendations for transgender health care. *AMA J Ethics*. 2016;18 (11):1098-1106.

41. Esteva de Antonio I, Asenjo Araque N, Hurtado Murillo F, Fernández Rodríguez M, Vidal Hagemeyer A, Moreno-Pérez O et al. Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr*. 2015;62:380-383.

42. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok C, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, de Jongh RT et al. The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regret. *J Sex Med* 2018; 15(4):582-590.

43. Turban JL, Carswell J, Keuroghlian AS. Understanding pediatric patients who discontinued gender affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatr*. 2018;172(10):903-904.

44. Danker S, Narayan SK, Bluebond-Langner R, Schechter LS, Berli JU. Abstract: A survey study of surgeons' experience with regret and/or reversal of gender-confirmation surgeries. *Plastic Reconstr Surg Global Open*. 2018;6:189.

45. Clarke A, Spiliadis A. "Taking the lid off the box": The value of extended clinical assessment for adolescent presenting with gender identity difficulties. *Clin Child Psychol*. 2019; 24 (2): 338-352.

46. Asenjo Araque N, García Gibert C, Rodríguez Molina JM, Becerra Fernández A, Lucio Pérez MJ, Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Rev Psicol Clín Niños Adolescentes*. 2015;2:33-36.

47. Gomes Porras MJ, Gómez Balaguer M, Hurtado Murillo F. Transiciones y detransiciones. En: Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, editores. *Atención sanitaria a la transexualidad y diversidad identitaria*. Cádiz: Sotovento Editores; 2020.p.215-223.

48. Gómez Gil E, Csefkó M, Fernández R, Fernández M, Esteva I, Hurtado Murillo F et al. ¿Qué han aportado las Unidades de Identidad de Género españolas a la investigación?. I Foro Clínico de Identidad de Género y últimos avances en Cirugía Trans. Póster Junio 2018.

49. Bizic MR, Jeftovic M, Pusica S, Stojanovic B, Duisin D, Vujovic S et al. Gender dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Bio Med Research International*. 2018;13:1-6.

50. Bouman WP, Richards C, Addinall R, Arango de Montis I, Arcelus J, Duisin D, Esteva I et al. Yes and yes again: are standards of care which require two referrals for genital reconstructive surgery ethical?. *Sex Relationship Ther*. 2014;29:377-389.

51. Rodríguez Magda RM. Feminismo e identidad sexual. *El país* 2020 Jun 24; Sec.Opinión.

52. Serra C. ¿Qué está pasando con el feminismo español?. *El país* 2020 Jun 20; Sec.Opinión

53. Kathleen Stock. Hay una presión para no hablar de sexo biológico por si se ofende al colectivo trans. *El mundo* 2020 Ene 20; Sec. Entrevista.

54. Soriguer F. Sexo contra género. *Sur* 2019 Oct 14.

55. Doward J. Politicised trans groups put children at risk, say expert. Counsellors and other mental health providers fear being labelled transphobic. *The Guardian* 2019 Jul 26; Sec.The observer.