

***Estudio comparativo de las condiciones de salud de las personas transexuales con asistencia médica y otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género***

Una tesis presentada para obtener el título de Especialista en  
Sexología Clínica

Universidad de Caldas, Manizales

Juan David Cañaveral Orozco

2020

***Estudio comparativo de las condiciones de salud de las personas transexuales con asistencia médica y otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género***

Autor:

Juan David Cañaveral Orozco MD  
Residente de Sexología Clínica  
Universidad de Caldas

Asesor:

Jaime Alberto Restrepo Soto, Ph.D.

Universidad de Caldas  
Facultad de ciencias para la Salud  
Manizales  
2020

# Contenido

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	3
3. Planteamiento del problema de investigación .....	5
2.1. Generalidades.....	5
2.2 Incongruencia de género / Disforia de género.....	6
2.3 Datos epidemiológicos.....	8
2.4 Teorías del origen biológico de la transexualidad .....	9
2.5 Contexto socio-cultural de la transexualidad.....	9
2.6 Violencia por motivos de género .....	10
2.7 Acceso a los servicios de Salud.....	12
2.8 Marco legal de la atención en salud a las personas trans en Colombia.....	14
2.9 Síntesis del problema de investigación, mediante la utilización del modelo ecológico de Bronfenbrenner .....	15
2.10 Pregunta de investigación.....	16
4. Justificación.....	16
5. Objetivos.....	17
4.1 Objetivo General.....	17
4.2 Objetivos Específicos.....	17
6. Marco Referencial .....	18
6.1 Marco Teórico.....	18
6.1.1 Manejo de transición corporal bajo protocolos Médicos:.....	18
6.1.1.1 Hombres trans (FtM):.....	20
6.1.1.2 Mujeres trans (MtF).....	21
6.1.1.3 Niños y adolescentes.....	23
6.1.1.4 Tratamientos quirúrgicos.....	24
6.1.2 Automedicación en el proceso de transición:.....	25
6.1.3 Inyección de sustancias para la modificación corporal:.....	27
6.1.4 Impacto sobre el funcionamiento sexual:.....	28
6.2 Estado del Arte .....	30
7. Metodología.....	35
7.1 Tipo, nivel y diseño del estudio:.....	35
7.2 Hipótesis:.....	36

7.3	Población y Muestra:.....	37
7.4	Recolección de la información.....	38
7.4.1	Técnicas.....	39
7.4.2	Instrumentos.....	39
7.5	Análisis de la información.....	41
7.5.1	Plan de Análisis: .....	41
7.6	Aspectos Éticos: .....	43
8.	RESULTADOS.....	43
8.1	Caracterizar socio-demográficamente la población transexual que tienen asistencia médica y la población transexual con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género .....	44
8.2	Comparar las condiciones de salud física de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y aquellos con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.....	51
8.2.1	Resultados obtenidos en las subescalas de salud Física del instrumento SF36 .....	51
8.2.2	Resultados obtenidos en la evaluación de disfunciones sexuales con el instrumento EDIG.....	53
8.3	Comparar las condiciones de salud psíquica de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género. ....	56
8.3.1	Resultados de las subescalas de Salud Mental del instrumento SF36 .....	57
8.3.2	Resultados en las variables específicas de Salud Mental Específicas medidas mediante la escala de autoestima de Rosenberg, ESDETRA, ESANTRA... ..	58
8.3.3	Resultados de las variables Factores de Estrés Proximal y Factores de Resiliencia del Instrumento GMSR.....	60
8.3.4	Resultados de la evaluación del concepto de Dismorfia Corporal con el instrumento EDIG.....	64
8.4	Comparar las condiciones sociales de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género. ....	65
8.4.1	Resultados en la escala de discriminación trans TDS21 .....	65
8.4.2	Resultados en la subescala de Factores de Estrés Distal del instrumento GMSR .....	67
8.4.3	Resultados de la subescala de Función Social del instrumento SF36 .....	70
8.5	Análisis particulares entre variables .....	70
8.5.1	Relación entre los resultados de Autoestima y Depresión .....	71

8.5.2	Relación entre los resultados de Autoestima, Depresión y Ansiedad con las subescalas de Factores de Estrés Distal, Estrés Proximal y Factores de resiliencia.	72
8.5.3	Relación entre las variables de la escala de salud SF36 y los resultados obtenidos en Autoestima, Ansiedad y Depresión.....	73
8.5.4	Relación entre las variables de la escala de discriminación trans TDS21 y los resultados obtenidos en Autoestima, Ansiedad y Depresión .....	76
8.	DISCUSIÓN .....	77
8.1	Caracterización sociodemográfica la población transexual .....	77
8.2	Condiciones de salud física.....	77
8.3	Condiciones de salud psíquica .....	78
8.4	condiciones sociales relacionadas con la salud .....	79
8.5	Análisis entre variables.....	81
9.	CONCLUSIONES.....	82
10.	FORTALEZAS Y LIMITACIONES.....	86
11.	RECOMENDACIONES.....	88
12.	REFERENCIAS .....	89
13.	ANEXOS .....	97

## Lista de tablas

<i>Tabla 1 Sentencias de la corte constitucional que amparan los derechos de las personas trans en Colombia: autor Colombia Diversa (47) .....</i>	<i>15</i>
<i>Tabla 2 Regímenes de hormonas en hombres transgénero (2,6,8,18,54,56,57) ..</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 3 Regímenes de hormonas en mujeres transgénero (2,6,8,18,54,57,59) ...</i>	<i>22</i>
<i>Tabla 4 Protocolo de inducción de la pubertad en mujeres adolescentes transgénero (2,18).....</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 5 Protocolo de inducción de la pubertad en varones adolescentes transgénero (2,18).....</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 6 Artículos analizados desde un enfoque Bio-psico-social de la condición de la transexualidad y los diferentes instrumentos propuestos en los mismos para el análisis de diferentes variables enumeradas. Fuente: propia. ....</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 7 Edad de los participantes del estudio. Fuente propia .....</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 8 Años que transcurren desde la consciencia de la incongruencia en la identidad de género con el sexo asignado al nacer y el emprendimiento de acciones sociales para transitar hacia el género sentido. Fuente propia .....</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 9 Identidad de género y grupos de automedicación y vigilancia médica. Fuente propia. ....</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 10 Subgrupos de estudio, según el tipo de tránsito actual de las personas. Fuente propia .....</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 11 Filiación al régimen de Seguridad Social en Salud colombiano, analizado según los subgrupos identidad sexual y tipo de tránsito llevado por el participante. Fuente propia .....</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 12 Estrato socio-económico comparado por identidad de género de los participantes y por grupo de estudio. Fuente propia .....</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 13 Grado de escolaridad de los participantes. Fuente propia .....</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 14 Estado civil de los participantes en el estudio. Fuente propia. ....</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 15 Ocupaciones de los participantes en el estudio. Fuente propia. ....</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 16 Filiación religiosa de los participantes en este estudio. Fuente Propia ..</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 17 Medias de los puntajes transformados en las dimensiones de Salud Física de la Escala SF36. Fuente propia.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 18 Valoración del estado de la Salud sexual de los participantes en este estudio según instrumento EDIG. Fuente Propia. ....</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 19 variables de los instrumentos de Ansiedad-Depresión en personas trans, relacionados con el funcionamiento sexual. Fuente propia.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabla 20 Medias de los puntajes transformados en las dimensiones de Salud Mental de la Escala SF36. Fuente propia .....</i>	<i>57</i>
<i>Tabla 21 Resultados obtenidos en las escalas de Rosenberg, ESDETRA y ESANTRA. Fuente propia. ....</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 22 Resultados obtenidos para las subescalas de Factores de estrés proximal y Factores de Resiliencia del instrumento GMSR. Fuente propia.....</i>	<i>61</i>

<i>Tabla 23 Resultados para la categoría diagnóstica de Dismorfia Corporal, contenido en el instrumento EDIG. Fuente propia.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 24 Resultados obtenidos en el instrumento TDS21 por los diferentes subgrupos de estudio. Fuente propia. ....</i>	<i>66</i>
<i>Tabla 25 Resultados obtenidos para la subescala de Factores de Estrés Distal del instrumento GMSR. Fuente propia.....</i>	<i>68</i>
<i>Tabla 26 Medias de los puntajes transformados en la subescala de Función Social de la Escala SF36. Fuente propia .....</i>	<i>70</i>
<i>Tabla 27 Tabla cruzada. Cruce de los resultados entre las variables de depresión medida con el instrumento ESDETRA y Autoestima medida con el instrumento Rosenberg. Fuente propia.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 29 Relación entre los puntajes obtenidos para las variables de las subescalas del instrumento GMSR con los resultados de los instrumentos Rosenberg, EDESTRA, ESANTRA. Fuente propia. ....</i>	<i>72</i>
<i>Tabla 30 Relación entre los puntajes obtenidos para las variables de las subescalas del instrumento SF36 con los resultados de los instrumentos Rosenberg, EDESTRA, ESANTRA. Fuente propia.....</i>	<i>74</i>
<i>Tabla 31 Correlación entre la subescala de Maltrato en entornos de atención médica de la escala TDS21 y los resultados de Ansiedad. Fuente propia.....</i>	<i>76</i>

## Lista de ilustraciones

<i>Ilustración 1 Modelo Ecológico de Bronfenbrenner de la transexualidad en Colombia: Fuente Propia.....</i>	<i>16</i>
<i>Ilustración 2 Modelo de la Función Sexual Humana de Helí Alzate (61).....</i>	<i>29</i>
<i>Ilustración 3 Modelo de estrés y resiliencia de las minorías de género (78) .....</i>	<i>35</i>
<i>Ilustración 4 Procedencia de las personas participantes en el estudio. Fuente propia. ....</i>	<i>46</i>
<i>Ilustración 5 Comparación de las puntuaciones obtenidas en las Escalas específicas de resultados mentales en los grupos de estudio. Fuente propia .....</i>	<i>60</i>
<i>Ilustración 6 Gráfica comparativa de las medias de los puntajes obtenidos por los diferentes subgrupos estudiados en las subescalas de Factores de Estrés Proximal y Factores de Resiliencia del instrumento GMSR. Fuente propia. ....</i>	<i>63</i>
<i>Ilustración 7 Gráfica comparativa de las medias de los puntajes obtenidos por los diferentes subgrupos estudiados en las subescalas de Factores de Estrés Distal del instrumento GMSR. Fuente propia. ....</i>	<i>69</i>

## Lista de Anexos

<i>Anexo A. Concepto de Comité de Ética de la universidad de Caldas</i> .....	97
<i>Anexo B. Instrucciones - Formato de Consentimiento Informado</i> .....	98
<i>Anexo C. Instrumentos utilizados</i> .....	101
<i>Anexo D. Cuestionario General</i> .....	101
<i>Anexo E. Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género (EDIG) (67)</i> .....	102
<i>Anexo F. Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA) (70)</i> ...	103
<i>Anexo G. Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA) (70)</i> .	104
<i>Anexo H. Escala de Resiliencia y Estrés de las Minorías de Género (73)</i> .....	105
<i>Anexo I. Escala de Discriminación Trans (77)</i> .....	111
<i>Anexo J. Rosenberg Self-Esteem Scale (86)</i> .....	113
<i>Anexo K. Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia), versión 1.2 (87)</i> .....	114

## 1. Resumen

**Introducción:** Las personas con experiencias de vida trans en todas las latitudes se ven enfrentados a importantes retos para su salud debido a las condiciones sociales adversas en las que se encuentran inmersas. Este trabajo tuvo como objetivo comparar las condiciones de salud de una muestra de personas trans que tienen asistencia médica con las que tienen otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

**Metodología:** Se propuso un enfoque cuantitativo de nivel relacional y diseño cross-sectional, con un muestreo no probabilístico. Se emplearon las escalas EDGI, ESDETRA, ESANTRA, Rosenberg, GMSR, TDS21 y SF36 con el fin de evaluar el estado de salud de los participantes desde una perspectiva biopsicosocial, teniendo como marco el modelo de estrés de las minorías de género. Se estableció un nivel de significancia del 95%.

**Resultados:** Del total de los 17 participantes, 10 participantes habían recurrido a los procedimientos empíricos para la reafirmación del género, mientras que 7 lo hacían bajo vigilancia clínica. Ser mujer trans se asoció como factor de riesgo para recurrir a procedimientos empíricos en la afirmación de género ( $\chi^2$  valor de P: 0,031, OR 2,33 IC 95% 1,0-5,48). Se evidenció de manera global mejores condiciones de salud entre los participantes en seguimiento clínico frente a aquellos que habían recurrido a medidas empíricas, así como entre los hombres trans con respecto a las mujeres trans.

**Conclusiones:** Los hallazgos de este estudio sugieren implicaciones tanto terapéuticas como de justicia social; muestra a los profesionales de salud la importancia de la evaluación y la exploración de las experiencias de discriminación de los consultantes trans en un contexto sociocultural patriarcal y transfóbico, con una visión marcadamente binaria del sistema sexo-género y su impacto global en la salud de estas personas.

**Palabras clave (DeCS):** Personas Transgénero, Transexualidad, Identidad de Género, Disforia de Género, Procedimientos de Reasignación de Sexo.

## **ABSTRACT**

**Background:** People with trans life experiences in all latitudes are faced with important challenges for their health due to the adverse social conditions in which they are immersed. The objective of this work was to compare the health conditions of a sample of trans people who have medical assistance with those who have other types of support in their gender affirmation process.

**Methods:** A relational-level quantitative approach and cross-sectional design were proposed, with a non-probabilistic sampling. The EDGI, ESDETRA, ESANTRA, Rosenberg, GMSR, TDS21 and SF36 scales were used in order to assess the health status of the participants from a biopsychosocial perspective, taking as a framework the stress model of gender minorities stress. A significance level of 95% was established.

**Results:** Of the total of 17 participants, 10 had resorted to empirical procedures for gender reaffirmation, while 7 did so under clinical surveillance. Being a trans woman was associated as a risk factor for resorting to empirical procedures in affirming gender ( $\chi^2$  P value: 0.031, OR 2.33 95% CI 1.0-5.48). Overall, better health conditions were evidenced among the participants in clinical follow-up compared to those who had resorted to empirical measures, as well as among trans men compared to trans women.

**Conclusions:** The findings of this study suggest both therapeutic and social justice implications; shows health professionals the importance of evaluating and exploring the experiences of discrimination of trans patients in a patriarchal and transphobic sociocultural context, with a markedly binary view of the sex-gender system and its global impact on their health people.

**Keywords (MeSH):** Transgender Persons, Transsexualism, Gender Identity, Sex Reassignment Procedures, Gender Dysphoria.

## 2. Introducción

“Sexo es lo que se ve, género es lo que se siente. La armonía entre ambos es esencial para la felicidad del ser humano.”  
Harry Benjamín, 1976

La identidad de género es una categoría de identidad social que se refiere a la identificación del sujeto como varón, mujer o con alguna otra categoría distinta (1).

La identidad trans se refiere a una condición que incluye a individuos cuyo sexo de asignación no expresa su identidad de género. La disforia de género, por otro lado, es el diagnóstico que se le da a las personas que tienen incomodidad o angustia causada por la discrepancia entre su sexo asignado al nacer y la identidad de género (2).

El género y la identidad de género son sistemas relacionales que se han transformado según las coordenadas socio-económicas y culturales de cada época y espacio concreto (3,4).

La mayoría de personas trans, refieren el inicio de esta inconformidad con el sexo asignado desde la segunda infancia, habitualmente genera un gran sufrimiento en todos los ámbitos de la vida, así como del rechazo familiar y social (5,6).

Alrededor de 0,3 - 0,5% de la población adulta se identifica como trans y aproximadamente 25 millones de personas son transexuales en todo el mundo (7), sin embargo, estas cifras probablemente estén subestimadas (1).

La atención para esta población puede incluir la terapia hormonal, cirugías de reafirmación del género, así como otros procedimientos como la depilación láser o la terapia fonoaudiológica (7), y en la misma línea de importancia, el acompañamiento psicoterapéutico y sexológico para facilitar este ajuste. Los tratamientos hormonales generalmente son bien tolerados y contribuyen a mejorar la calidad de vida de estas personas (8).

La Asociación Mundial Profesional para la Salud Transgénero (WPATH por sus siglas en inglés) y la Sociedad Endocrina en 2017 han desarrollado protocolos de atención en personas transgénero basados en la evidencia (8):

- Andrógenos para la virilización en hombres trans (FtM)
- Estrógenos además de antiandrógenos, para la feminización en mujeres trans (MtF).

Se definen en estas guías las dosis hormonales más adecuadas para lograr un óptimo desarrollo de los caracteres sexuales deseados procurando un riesgo mínimo en la salud; enfatizan en la importancia de seguimiento periódico y la realización de paraclínicos de rutina para controlar la aparición de complicaciones.

El acceso a la salud en las personas transgénero en Colombia tiene el mismo contexto que el de los colombianos de escasos recursos, aproximadamente el 48% de las mujeres trans no tiene seguridad social en salud. El sistema de salud es discriminatorio, pasando por alto problemáticas específicas como la inyección de sustancias en el cuerpo y la automedicación hormonal (9).

Las limitaciones que imponen las entidades prestadoras de salud y la resistencia por parte de personal médico para su manejo los obliga a recurrir a prácticas que ponen en riesgo su salud y su vida (9).

A pesar de encontrarse en la literatura científica numerosas historias de resultados desastrosos y desfiguración debidos a la inyección de fluidos altamente viscosos estos procedimientos se realizan frecuentemente entre las personas trans de manera ilícita, sin la asepsia adecuada y por personas no calificadas, como una alternativa económica para realizar su proceso de transición (10). Se han reportado en el país múltiples casos de complicaciones e incluso de muertes en esta población por inyectarse sustancias extrañas en su cuerpo con el fin de lograr un aspecto más acorde a su identidad (9).

Así mismo, el uso de medicamentos hormonales de manera auto-recetada por esta población para obtener el desarrollo de caracteres sexuales secundarios (9), incluye la ingesta de megadosis con la creencia que obtendrán cambios corporales mejores y más rápidos (6), aumentando el riesgo de complicaciones. Entre las causas de automedicación más frecuentes en este grupo de personas se encuentran (7):

- Menos probabilidades de tener acceso a los servicios de salud (8).
- Miedo al rechazo por parte del personal de salud.
- Retraso en el inicio de la terapia.
- Costos del tratamiento.
- Desconocimiento y falta de voluntad por parte del personal médico (8).

Teniendo en cuenta las posibles complicaciones en la salud que surgen con la terapia hormonal aun cuando se siguen protocolos, resulta de gran importancia valorar el impacto en la salud como resultado de las complicaciones derivadas de la automedicación y de las intervenciones a las que se someten de manera artesanal, incluso a costa de sus vidas; así mismo, considerando los posibles costos para el sistema de salud que resultan de la atención de las complicaciones de estos procedimientos especialmente en una población tan marginalizada como lo son las personas trans.

En este sentido, no se dispone en la literatura académica médico-científica en el país, estudios que exploren las condiciones de salud de las personas transexuales desde un enfoque holístico, abordando los componentes de salud física, mental y los determinantes socio-culturales de la salud.

En esta medida, este estudio se propone por medio de un enfoque cuantitativo de nivel correlacional, a través del uso de instrumentos validados para esta población, explorar las condiciones de salud en una muestra de participantes trans colombianos, en su mayoría provenientes del departamento de Caldas. Además, la presente investigación se propone realizar análisis comparativos de las condiciones de salud de los individuos transexuales según el tipo de transito que llevan a cabo, es decir, si han recurrido a medidas empíricas para la reafirmación del género o si por el contrario lo realizan bajo seguimiento médico en protocolos clínicos.

### 3. Planteamiento del problema de investigación

#### 2.1. Generalidades

La categoría *Género* se refiere a discursos culturales y actitudes e ideas socialmente construidas con respecto al comportamiento anticipado que se asocia con la visión dominante de que un individuo se identifica como hombre o mujer (11).

La *identidad de género*, por su parte, es una categoría de identidad social y se refiere al sentimiento profundo e inherente de una persona de ser un varón, mujer u, ocasionalmente, alguna otra categoría distinta de la de varón o mujer y que puede corresponder o no al sexo asignado al nacer o a las características sexuales primarias o secundarias (1,12); conforma junto con la etnicidad y la clase social y profesional, uno de los tres elementos que integran la identidad de un individuo (13). Su importancia trasciende la de ser una simple característica de la persona para convertirse en uno de los ejes que constituye su forma de definirse a sí mismo (13).

La humanidad interpretado las conductas sexuales de manera diferente durante periodos históricos distintos y desde sociedades diversas (14), en este sentido, resulta interesante la distinción de sociedades que contemplan la posibilidad de un “*tercer género*” en función de (13):

- El nacimiento de individuos intersexuales.
- La discordancia entre el género asignado y el género sentido.
- La adscripción a un género por necesidades socioculturales.
- Sociedades que muestran la variabilidad de la identidad de género a lo largo del ciclo vital del individuo.

La autora Anne Bolin (4) considera cinco formas de variación de género, teniendo en cuenta que las identidades sociales no derivan de la orientación sexual, aunque en algunas de los casos mencionados incluye componentes de relaciones homoeróticas.

En esta clasificación destaca las *Tradiciones “dos espíritus”*, que constituye una posición reconocida culturalmente para individuos transexuales con un estatus social. La incongruencia de género en estos individuos se reconoce desde la niñez independiente de su orientación sexual. Entre ellos se encuentran los *Wi-kovat* entre los indios Pima de Estados Unidos, los *Rae Rae's* y los *Mahu* de las islas Marquesa

en la Polinesia Francesa, los *Kothis* e *Hijras* en India, Bangladesh y Pakistán, los *Warias* en Indonesia, los *Kathoeys* en Tailandia(3), los *Xanith* de Omán, o los *Muxes* del Istmo de Tehuantepec en México (4).

Se propone una categoría adicional a la clasificación propuesta por Bolin, considerando las *vivencias de género que cambian a lo largo de la experiencia vital del individuo* (13). Existen algunas comunidades donde se concibe el género no como una cualidad permanente sino de una forma dinámica con posibilidad de más de un tránsito de acuerdo con circunstancias socioculturales. Tal es el caso de los *Bacha posh* de Afganistán y las *Burrnesha* o vírgenes juradas albanesas.

Estas realidades demuestran que el género y la identidad de género son sistemas relacionales que se han transformado según las coordenadas socio-económicas y culturales de cada época y espacio concreto (4), enfatizando en que no necesariamente la transexualidad se ha teñido de patología en otras coordenadas geográficas, como sí en nuestra visión occidental del mundo con un sistema sexo-género “digital” (duro) derivado de una visión judeo-cristiana, por lo tanto, este es un análisis situado (14).

## 2.2 Incongruencia de género / Disforia de género

Según los criterios de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, OMS) el *Transexualismo* (F64.0) es el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que se acompaña de sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio, y el deseo de someterse a tratamiento para hacer coincidir cuerpo con el género sentido, debe haber estado presente por lo menos durante dos años, y no ser un síntoma de otro trastorno mental o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales (15).

Actualmente, la OMS está revisando el CIE para reflejar mejor el progreso de las ciencias de la salud y la práctica médica (16), apostando por la reconceptualización de las categorías relacionadas con la identidad de género, actualmente clasificadas como trastornos mentales y del comportamiento. Se ha propuesto que se cambien las categorías de “*Transexualismo*” y “*Trastorno de identidad sexual en la infancia*” en la CIE-11, y se clasifiquen como “*Incongruencia de género en la adolescencia y adultez*” e “*Incongruencia de género en la infancia*” respectivamente (16), retirando estas categorías del capítulo “*Trastornos mentales y del comportamiento*” e incluyéndolas dentro de “*Condiciones relacionadas a la salud sexual*”, con el objetivo de facilitar el acceso a los servicios de salud, reducir la estigmatización y asegurar la despatologización del diagnóstico (16).

La propuesta de la CIE-11 define “incongruencia de género en la adolescencia y la adultez” como una “*incongruencia marcada y persistente entre el género que experimenta un individuo y el sexo que le es asignado... incluyendo la falta de gusto o la incomodidad con las características primarias y secundarias... y un fuerte deseo*

*de tener las características sexuales primarias o secundarias del género que experimentan... a menudo causa deseo de 'transición' para vivir y ser aceptado como una persona del género que experimenta"*(16).

Merece la pena mencionar que ya en el 2000, Bernardo Useche, Psicólogo, Sexólogo e investigador adscrito en este periodo a la Universidad de Caldas, sugirió el uso del término "*Incongruencia de género*" como una denominación alternativa para referirse a la condición transexual, basándose en que esta debía ser entendida como el proceso por el cual una persona que presenta una situación de incongruencia de su identidad de género con su sexo asignado al nacer, avanza hacia el reconocimiento de su propia identidad (17). esta propuesta se dirigía con miras a eliminar el carácter patológico de las denominaciones "*Disforia de género*" y "*Trastorno de la identidad sexual*" (17).

Por otra parte, la Sociedad Americana de Psiquiatría decidió eliminar el "*Trastorno de identidad de género*" del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM IV) e incorporó en el 2013 en la nueva versión de este manual (DSM 5) la "*Disforia de género*" para referirse a la angustia que puede resultar de la incongruencia entre la identidad de género y el sexo biológico (6). Se define como la insatisfacción afectiva/cognitiva con el sexo asignado, considerando que la identidad de género puede incluir identidades alternativas de sexo más allá de los estereotipos binarios (1).

A su vez, este manual hace la distinción entre persona **Transgénero**, para referirse al amplio espectro de sujetos que se identifican con un género diferente de su sexo asignado, y **Transexual**, que denota a quien busca o que ha experimentado una transición social y/o somática mediante un tratamiento hormonal o cirugía genital (cirugía afirmación de género) (1).

Magnus Hirschfeld y Harry Benjamin, fueron pioneros en la atención médica a individuos que buscaban alivio y resolución para la incomodidad generada por la incongruencia entre su sexo asignado y el género experimentado, y aunque el término "transexual" se hizo ampliamente conocido después de que Benjamin escribiera "*The Transsexual Phenomenon*" (5), fue Hirschfeld quien lo acuñó 1923 (18).

La primera guía de diagnóstico para la transexualidad apareció en el DSM III, en 1980, desde entonces la prevalencia de este diagnóstico ha aumentado, pero poco se enseña sobre los estándares de atención y tratamiento en las escuelas de medicina (2).

Sus manifestaciones clínicas incluyen una identificación intensa y persistente con un género diferente al correspondiente según las expectativas sociales a su sexo asignado al nacer, sentimientos de inadecuación/incongruencia con los caracteres sexuales primarios o secundarios propios y un deseo permanente de vestir, vivir y

ser tratado como miembro de un género diferente (1). La mayoría, refieren el inicio de los síntomas desde la segunda infancia y solicitan intervención médica (5).

- Las *mujeres trans* (MtF por sus siglas en inglés) tienen un sexo de asignación masculino, pero manifiestan una profunda identificación con el género femenino. La mayoría de estas personas presentan una preocupación por ocultar sus características sexuales primarias y secundarias. Habitualmente presentan aversión hacia sus genitales masculinos, por lo que tienden a ocultarlos mediante prendas de presión (5).
- Los *hombres trans* (FtM por sus siglas en inglés) son individuos, cuyo sexo de asignación es femenino, pero sus conductas y aficiones son típicamente masculinas, que se corresponden con su identificación íntima con este género. La mayoría manifiestan un intenso deseo de adoptar el papel social varonil, ser aceptados como tal y de adquirir un aspecto físico masculino, con frecuencia ocultan sus pechos mediante prendas de compresión, e intentan pasar en público como personas del sexo opuesto (5).

### 2.3 Datos epidemiológicos

Se estima que 0,3 - 0,5% de la población adulta es trans, aproximadamente 25 millones de personas en todo el mundo (7). Informes recientes estiman que el 0,6% de adultos en los Estados Unidos, o aproximadamente 1,4 millones de personas, se identifican como transgénero (19). Esto permite hacer una estimación, según los últimos datos preliminares del censo del DANE a noviembre de 2018 (20), que en nuestro país habrían aproximadamente 289.551 personas trans.

Estas cifras probablemente estén subestimadas ya que no todos los adultos que buscan tratamiento hormonal o quirúrgico de afirmación de género acuden a consultas médicas especializadas. Las cifras de derivaciones varían por grupo de edad; en los niños, la proporción de los nacidos varones frente a las nacidas mujeres oscila entre 2:1 y 4,5:1, en los adolescentes, la proporción por sexos está próxima a la paridad; en los adultos, la proporción favorece a los nacidos varones entre 1:1 y 6,1:1 (1). En individuos por encima de los 50 años la proporción de sexo es de 23,7: 1 favoreciendo a los nacidos varones (21).

Estudios recientes muestran una tendencia en el aumento de la prevalencia de la incongruencia de género entre los jóvenes; una encuesta en Minnesota durante el 2016 evidenció que 2,7% se identificó como no conformes de género; así mismo un estudio de la UCLA estimó que el 0,7% de los jóvenes de 13 a 17 años eran transgénero (22), considerando la creciente visibilidad, algunos jóvenes han encontrado más seguro expresar y explorar el género (22).

Datos recientes de la cohorte personas trans en Amsterdam revelan que la prevalencia estimada en los Países Bajos en 2015 de 1: 3,800 para mujeres trans y 1: 5,200 para hombres trans (23).

## 2.4 Teorías del origen biológico de la transexualidad

Se ha debatido una posible base biológica y genética de la transexualidad. Zhou y colaboradores (1995) mostraron que el volumen de la subdivisión central del núcleo del lecho de la estría terminal (BSTc) del hipotálamo, un área sexualmente dimórfica tenía tamaño similar al femenino en mujeres trans (24). Al respecto, Breedlove (1995), señaló que todos los transexuales estudiados habían recibido tratamientos con estrógenos, todos habían recibido manejo antiandrogénico y todos menos uno habían sido orquiectomizados (25); la otra reserva surge de si las diferencias son el resultado de fuerzas puramente biológicas o si la experiencia puede alterar la estructura y la función del cerebro para dar cuenta de los hallazgos, teorías que aún tienen un debate vigente (25,26).

La búsqueda de la base biológica en temas relacionados con la diversidad sexual no es una empresa reciente, desde mediados del siglo XIX se aceptaba la inferioridad intelectual innata de grupos en los que se incluían a los pobres, las mujeres, las personas de color y los homosexuales; cabe anotar que para este tiempo no se hacía distinción entre orientación e identidad de género y ambos eran parte del mismo concepto de homosexualidad. Richard von Krafft-Ebing, un notable sexólogo vienés, estaba entre los que creían que el comportamiento homosexual era el resultado de un desarrollo defectuoso (27).

A finales del siglo XIX y principios del XX, los cuerpos de los homosexuales se los caracterizaba como un tercer sexo (Hirschfeld, 1958), en este marco eran vistos como los invertidos (27). El paradigma de inversión continúa vigente en el lenguaje académico en la forma en que se presenta la investigación sobre diversidad sexual, particularmente en términos de correlatos neurológicos como los expresados por Zhou (24). Se debe ser cauto a la hora de interpretar este tipo de información, pues puede servir para alimentar discursos patologizadores y servir de sustento, como de hecho sucede actualmente para que se clasifique en OMIM, la página del Johns Hopkins University donde se registran las enfermedades de origen genético, considerando a la Transexualidad como una patología genética de origen incierto con código de registro 600952 (28).

## 2.5 Contexto socio-cultural de la transexualidad

La transexualidad habitualmente genera un gran sufrimiento en todos los ámbitos de la vida, derivado tanto del profundo malestar con el propio cuerpo o sexo asignado y la necesidad de realizar el cambio de afirmación de género, como del frecuente rechazo familiar y social (5,6).

Las personas trans de todas las edades enfrentan desafíos interpersonales (como la revelación de su identidad de género, discriminación y victimización, rechazo de familiares y seres queridos) e intrapersonales (baja autoestima, insatisfacción corporal, conductas autolesivas, entre otros). Algunas de esas dificultades pueden ser más prevalentes entre las personas trans mayores ya que el envejecimiento, la

discriminación en el empleo, la falta de vivienda asequible y la falta de apoyo social y familiar afectan de manera particular en este grupo poblacional (21).

La transfobia puede definirse como el miedo irracional, asco, odio, discriminación y otras formas de intolerancia dirigidas a individuos con identidad trans, teniendo consecuencias negativas como victimización, depresión, suicidio e intentos de suicidio, deterioro psicológico, baja autoestima y un sin número de violaciones de derechos humanos que en muchos casos podrían culminar en homicidios y violencia. Además, está relacionada con un pobre acceso a la salud debido a una variedad de factores, incluyendo la falta de conocimiento del médico en la provisión de cuidado para personas transgénero (29).

## 2.6 Violencia por motivos de género

Para América Latina y el Caribe, en pleno siglo XXI existen registros de violencia y falta de reconocimiento de derechos a la población trans, su consecuencia más dramática es una expectativa de vida de tan sólo entre 30 y 35 años (30–32).

Las formas más graves de violación de derechos para esta población va desde la falta de acceso a los servicios básicos de seguridad social, pasando por las agresiones y las amenazas, hasta llegar a los homicidios, tortura, desplazamiento forzado, amenazas, crímenes contra la libertad y la integridad sexual, actos terroristas, hostigamiento, secuestro, entre otros (9,33).

Entre 2014 y 2018 fueron asesinadas 545 personas LGBT en Colombia en promedio, 109 personas asesinadas cada año durante los últimos cinco años. Es decir, 1 cada tres días y medio. Casi un tercio de las víctimas (29.2%) eran mujeres trans (34).

- Para el año 2016 se registraron 27 casos de homicidios en mujeres trans y 7 en hombres trans, los casos más recurrentes fueron las mujeres trans asesinadas en zonas de trabajo sexual y otros espacios públicos, de la misma manera se reportaron 8 casos de tentativas de homicidio y 68 casos de agresiones físicas contra mujeres trans (35).
- En el 2017, la fundación Colombia diversa reportó de 36 casos de homicidios en mujeres trans y 3 en hombres trans, el 94% de las personas asesinadas en 2017 sólo tenían estudios de educación básica primaria o secundaria, y el 63% se dedicaban al trabajo sexual (36).
- En 2018 se reportó el asesinato de 36 mujeres trans (33% del total de los asesinatos a personas LGBT durante ese año), durante este periodo no se reportan asesinatos de hombres trans. La mayor parte de las víctimas de violencia en 2018 eran jóvenes entre los 18 y los 25 años (15%), las mujeres trans representan la mayor parte de las víctimas más jóvenes (37,5% de las víctimas menores de 26 años) (34).

Casi el 40% de los asesinatos a personas LGBT registrados entre 2014 y 2018 fueron motivados por el prejuicio hacia la orientación sexual o identidad de género

de las víctimas. Es decir, durante los últimos cinco años, cada nueve días una persona fue asesinada por el simple hecho de ser LGBT o de parecerlo (34).

El prejuicio también genera deserción escolar, expulsión de sus núcleos familiares y comunidades, menores niveles educativos y oportunidades laborales, viéndose obligados a sobrevivir en economías informales e incluso criminalizadas como el trabajo sexual o el microtráfico (35).

Una consideración especial en nuestra realidad la constituye el conflicto armado interno; las personas LGBT en Colombia han sido víctimas de torturas, desplazamiento forzados, homicidio, reclutamiento en grupos ilegales, desapariciones forzadas, las mal llamadas “limpiezas sociales” y violencia sexual, en el marco del conflicto armado, tanto a manos de las fuerzas ilegales como de las mismas fuerzas institucionales y grupos paramilitares, en muchos casos motivados de manera exclusiva por la visibilización de su orientación sexual e identidad de género. La construcción de normas sociales de control asociadas al cuerpo y la sexualidad, la imposición de un orden moral único basado en la heterosexualidad, incluyendo la estricta adhesión a los roles de género tradicionales, que a su vez se alimentaba de cierto apoyo social, especialmente en las regiones rurales más apartadas del país, les permitía a los grupos armados considerar que contaban con justificación para la comisión de sus crímenes hacia personas LGBT. Se cree que muchos incidentes de violencia no fueron denunciados por el temor y desconfianza hacia las autoridades gubernamentales (33,37,38).

En términos de violencia por parte de grupos armados, 22% de las personas transgénero encuestadas para la investigación ESTRÉS, SALUD Y BIENESTAR DE LAS PERSONAS LGBT EN COLOMBIA, informaron que fueron golpeados o atacados físicamente por miembros de grupos armados y 15% de los encuestados transgénero fueron agredidos sexualmente por miembros de grupos armados (33).

Por otro lado, existen preocupantes y serias denuncias sobre el abuso de autoridad de agentes de la Policía Nacional, ya que algunos de sus miembros son los agresores más visibles, sin embargo, la impunidad es muy alta y la decisión de las víctimas de denunciar es baja. Los reportes de violaciones de los derechos humanos son escasos y los datos oficiales presentan una clara tendencia al subregistro (9).

Entre las principales conductas de abuso por parte miembros de la Policía Nacional se encuentran las detenciones arbitrarias, agresiones físicas y verbales, tratos crueles y degradantes, hostigamiento y retiro del espacio público, aplicación de las leyes de manera selectiva. La mayoría de los abusos policiales son acompañados de insultos transfóbicos motivados por el odio, la discriminación y el prejuicio. La visibilidad pública las hace más vulnerable a los abusos policiales (9). En estos casos no existen garantías de acceso a la justicia cuando la Policía se investiga a sí misma, ya que dicha institución no garantiza que los actos denunciados y sus

posibles motivaciones prejuiciosas sean investigados de manera rigurosa e independiente (35,39).

- En 2016 se registraron 77 casos de violencia policial hacia personas LGBT. Las mujeres trans fueron los miembros más violentados por parte de la Policía, 41 de los 77 hechos conocidos, incluyendo una ejecución extrajudicial (35).
- Para 2017 se registraron 66 hechos de violencia policial contra personas LGBT. La mayoría de las víctimas fueron mujeres trans (31 de los 66 casos) (36).
- En 2018 el número de casos de personas LGBT víctimas de violencia policial aumentó a 87 personas. Para este año los casos de violencia policial presentan el mayor subregistro (solo se conoce la orientación sexual o identidad de género específica del 25% de las víctimas), así los datos presentados por esta institución hablan de 9 personas transexuales víctimas de violencia policial, sin embargo, hay 65 personas LGBT sin identificar (34).

## 2.7 Acceso a los servicios de Salud

La primera clínica para el tratamiento de personas trans se inauguró en Ámsterdam en 1987, en E.U la primera clínica para jóvenes transgéneros se abrió en 2007(40). En Colombia la primera unidad para manejo de personas transexuales en el sistema de salud la constituyó la unidad “*Transitemos juntos*” en el hospital público de San Blass en el suroriente de Bogotá (41). Sin embargo, esta unidad no duró sino hasta enero de 2016, dos meses después de su lanzamiento, pues no se contó con las voluntades políticas y no se aseguró el presupuesto para que el centro operara (42). Actualmente en el país se cuenta con dos equipos para el manejo médico interdisciplinario de población trans, uno en la Clínica Valle del Lili (43) en Cali y el otro en el hospital San José (44) de Bogotá, ambas instituciones privadas.

En Colombia el acceso a la salud en las personas trans tiene el mismo contexto que el de los colombianos de escasos recursos, aproximadamente 48% de las mujeres trans no tiene seguridad social en salud, el acceso a los servicios de salud es en muchas ocasiones discriminatorio y reduce sus necesidades al VIH/Sida y desconociendo problemáticas como la inyección de sustancias y la automedicación hormonal (9).

Más del 30% de los adultos que se identifican como trans informan acoso en entornos médicos, y el 28% pospone la atención médica cuando está enfermo para evitar la discriminación (45).

Los procesos que una persona trans debe seguir en el sistema de salud colombiano para acceder a las intervenciones es irregular. No existen criterios unificados, las EPS no cuentan con procedimientos estandarizados que permitan el acceso de una persona trans a un grupo de especialistas, afirman no tener la obligación legal de

practicar esas intervenciones, ya que son considerados “*procedimientos estéticos*” y por lo tanto no están contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) (46,47).

El informe del Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Violencia contra la Mujer (CEDAW), revela la discriminación a la que son sometidas las personas trans en Colombia cuando requieren servicios médicos; en la ciudad de Bogotá 84,93% de las personas identificadas como trans, habían sentido algún tipo de discriminación, maltrato o rechazo en los servicios de salud (46).

Es necesario aclarar que únicamente cuando la persona es “diagnosticada” con disforia de género, el sistema de salud asume los gastos del proceso de afirmación de género “con el fin de [pueda] insertarse en el orden binario masculino-femenino y conformar un modelo que se ajusta a estereotipos corporales, identitarios y sociales” (47,48).

El sistema de salud en Colombia no es accesible para las personas trans, y éstas se ven obligadas a modificar sus cuerpos usando métodos riesgosos. Una investigación de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca en 2012 reveló que 96% de las mujeres trans entrevistadas habían acudido a mecanismos informales y no-médicos para transformar sus cuerpos, 35,4% lo había hecho en casa de una amiga o amigo, 13,8% en otros lugares tales como clínicas clandestinas o salones de belleza, y 26,2% en países como Ecuador o Italia (46).

La ONG Colombia Diversa ha reportado múltiples casos de complicaciones e incluso de muertes en individuos transexuales por inyectarse sustancias con el fin de lograr un aspecto más acorde a su identidad. Se ha documentado que las mujeres trans recurren a la aplicación de aceite de cocina comercial, silicona líquida para el cabello, aceites lubricantes de las turbinas de los aviones y parafina líquida, entre otras; este serio y grave problema se ve reforzado por factores como el ejercicio de la prostitución que hace que este tipo de intervenciones respondan en muchos casos a una razón económica, pues se trata de su medio de sustento en un contexto socioeconómico precario (9,47).

De la misma manera, las personas trans recurren al uso de medicamentos hormonales de manera auto-recetada para obtener el desarrollo de caracteres sexuales secundarios (9). En este contexto es común la automedicación y el consumo de altas dosis de hormonas principalmente entre las mujeres trans de manera oral o parenteral (49). El consumo de hormonas se hace generalmente por tradición oral, es decir, de manera empírica por la experiencia que han tenido otras personas, inyectándose de manera semanal dosis de diferentes hormonas, realizando cocteles de distintos compuestos según los resultados observados en otras usuarias (50).

Existe la creencia que se debe utilizar la inyección del compuesto hormonal elegido directamente sobre el sitio que se desea modificar, esto hace común la aplicación

directamente en el tórax, para el crecimiento de los senos o en el los glúteos para el aumento de tamaño de éstos (50). Entre los medicamentos utilizados para este fin, que son ampliamente conocidos entre las mujeres transexuales se encuentran la mesigyna (Valerato de Estradiol 5 mg y Enantato de Noretisterona 50 mg), el proluton (250 mg de caproato de hidroxiprogesterona), synergon (progesterona 60mg, benzoato de estradiol 12mg), progynova (valerato de estradiol 1mg), diane 35 (Etinilestradiol 0.035 mg y Acetato de Ciproterona 2.0 mg), synovular (acetofénido de dihidroprogesterona 150mg y enantato de estradiol 10mg), depo-provera (Medroxiprogesterona acetato 150mg); así mismo, es común el uso de medicamentos con fines veterinarios como el Gestabec 25 (progesterona 250mg/10ml uso veterinario) utilizado en el ganado bovino para la producción láctea (50).

## 2.8 Marco legal de la atención en salud a las personas trans en Colombia

La Corte Constitucional ha orientado al sistema de salud colombiano, definiendo sus obligaciones y el alcance de las prestaciones que debe garantizar, sin embargo, en la práctica el sistema de salud aún no permite el acceso a las personas trans a procedimientos médicos para la afirmación del género sin primero pasar por un proceso de patologización y ejerciendo la acción de tutela (46).

En las sentencias T-876 de 2012 y T-918 de 2012, la Corte admitió que la falta de correspondencia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacer impide vivir a las personas trans de una manera acorde con su proyecto de vida (46).

En el país se cuenta con diferentes sentencias de la corte constitucional donde se consideran derechos de las personas transexuales, entre ellas encontramos (51):

- **Sentencia de Tutela T-099/15:** Según la cual las mujeres trans no son destinatarias de la ley de servicio militar obligatorio (ley 48 de 1993). Se exhorta al Congreso a que promulgue una ley de identidad de género que proteja los derechos fundamentales de las mujeres y hombres trans.
- **Sentencia de Tutela T-063/15:** Derecho a la corrección del sexo en el Registro Civil y demás documentos de identidad de las personas trans.
- **Sentencia de Tutela T-804/14:** Derecho a la educación a mujeres trans. Diferenciación entre orientación sexual e identidad de género.
- **Sentencia de Tutela T-086/14:** Derecho al cambio de nombre por segunda vez por razones de identidad de género.
- **Sentencia de Tutela T-622/14:** Obligación de las EPS de realizar todos los estudios médicos necesarios para tener un consentimiento informado al momento de decidirse por una cirugía de reasignación de sexo.
- **Sentencia de Tutela T-476/14:** Inaplicación de la obligación de presentar libreta militar para el proceso de contratación a una mujer transgénero.
- **Sentencia de Tutela T-552/13:** Derecho a someterse a cirugía de reasignación de sexo de las personas trans por medio de la EPS.
- **Sentencia de Tutela T-918/12:** Reasignación sexual.
- **Sentencia de Tutela T-977/12:** Cambio de nombre (por segunda vez) a mujer trans.
- **Sentencia de Tutela T-876/12:** Solicitud de cambio de sexo de un hombre trans, a quien el POS de su EPS no quería cubrir este procedimiento.

- **Sentencia de Tutela T-314/11:** Trans que no dejaron entrar a establecimiento público. Política Pública nacional LGBTI.
- **Sentencia de Tutela T-152/07:** Discriminación de transexual en trabajo.
- **Sentencia de constitucionalidad C-006/16:** Abstención de servicio militar para mujeres trans.

Tabla 1 Sentencias de la corte constitucional que amparan los derechos de las personas trans en Colombia: autor Colombia Diversa (47)

Detrás de cada uno de los derechos reconocidos por el Estado para los individuos trans se esconden luchas de organizaciones y de la comunidad, de personas que han tenido que reconocer, aceptar, vivir y defender su identidad de género contra todo tipo de oposiciones (9).

La garantía de los derechos para la población trans es intrínsecamente una lucha por los derechos humanos, en concordancia con la Declaración de los Derechos Humanos que establece que "*todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos*". El respeto de una sociedad por la diversidad sexual refleja su nivel de educación y madurez política (29).

Además, el Principio 17 de los Principios de Yogyakarta proporciona una orientación detallada sobre el derecho a la salud sin discriminación con base en la orientación sexual e identidad de género, y establece que los Estados deben "*facilitar el acceso de quienes buscan modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género, a tratamiento, cuidado y apoyo competente y no discriminatorio*" (46).

## 2.9 Síntesis del problema de investigación, mediante la utilización del modelo ecológico de Bronfenbrenner

Como indica Bronfenbrenner "*El ambiente ecológico [al referirse a la ecología del medio social] se concibe como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente, como las muñecas rusas*". En su modelo interpreta el medio social como una concatenación de ambientes independientes que operan de forma similar a compartimentos que se relacionan de manera más o menos compleja los unos con los otros (52). Valiéndonos del modelo planteado por este autor podemos resumir las relaciones en el planteamiento del problema de la población transexual colombiana en el siguiente esquema:

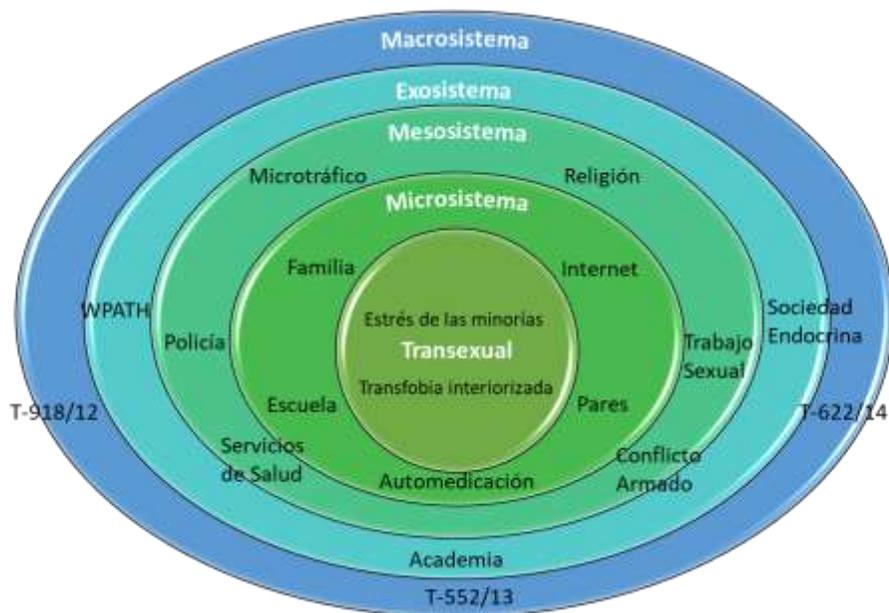


Ilustración 1 Modelo Ecológico de Bronfenbrenner de la transexualidad en Colombia: Fuente Propia.

## 2.10 Pregunta de investigación.

Se concluye esta revisión en el marco del planteamiento del problema de investigación, con la pregunta en que se basa este trabajo:

*¿Cómo son las condiciones de salud de los individuos transexuales que cuentan con asistencia médica frente a los individuos que cuentan con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género?*

Por medio de este planteamiento se pretendió explorar las condiciones de salud de las personas trans en una muestra de participantes colombianos, abordando el concepto de salud desde un marco holístico del concepto de salud, utilizando un enfoque biopsicosocial.

## 4. Justificación

Este trabajo de investigación se planteó con la finalidad de adquirir conocimientos útiles para la comunidad académica médico-científica de la ciudad y del país, donde aún no se ha explorado sobre el estado de salud de las personas trans desde una perspectiva biopsicosocial y de esta manera generar un impacto sobre el mejoramiento en la atención para esta población, permitiendo establecer de una línea de base sobre las condiciones de salud de la población trans en Colombia, de manera que sirva como herramienta para la elaboración de protocolos de atención e incluso en miras para soportar la elaboración de guías nacionales de atención para personas trans. Se tiene como antecedente los resultados obtenidos de estudios exploratorios en la ciudad de Bogotá de algunas de las prácticas para modificar el cuerpo en esta población, sin determinar su impacto en la salud de estas

personas (47,50); estas condiciones hacen de este estudio una propuesta de investigación **novedosa**.

La problemática trasciende a la ausencia de programas específicos en la formación de los profesionales sanitarios dirigidos a atender los requerimientos especiales de este grupo poblacional, lo que genera desinformación y temor en quien presta la atención a causa de este vacío en el conocimiento, lo que en muchas ocasiones repercute en actitudes negativas y prejuicios para estos consultantes. Con la realización de esta investigación se pretende mostrar en qué consisten las prácticas locales para la modificación corporal y cómo estos procedimientos impactan en su estado de salud tanto física, mental, social y en el funcionamiento sexual de estas personas. Los aspectos mencionados convierten este estudio en **pertinente**.

A partir de la información recolectada y analizada, se puede plantear el desarrollo de intervenciones en salud adecuadas que disminuyan el impacto en la morbilidad y mortalidad y permitan a las personas transexuales un goce pleno de su salud y el disfrute de su sexualidad; en este aspecto trasciende el **interés** de este estudio. Finalmente, dado el desconocimiento académico sobre esta problemática, la divulgación de este trabajo mediante su publicación en artículos en revistas científicas contribuirá a difundir masivamente este conocimiento para que pueda ser adoptado en ésta y otras latitudes con fines de mejorar el nivel de atención en salud de la población trans.

## 5. Objetivos

### 4.1 Objetivo General

- Comparar las condiciones de salud de las personas transexuales que tienen asistencia médica con las que tienen otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio-demográficamente la población transexual que tienen asistencia médica y la población transexual con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género
- Comparar las condiciones de salud física de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.
- Comparar las condiciones de salud psíquica de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

- Comparar las condiciones sociales de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

## 6. Marco Referencial

### 6.1 Marco Teórico

El tratamiento médico de una persona trans es multidisciplinar. Sin embargo, la atención médica a pacientes transgénero no se enseña tradicionalmente en los planes de estudio de las facultades de medicina (2). Sólo unos pocos programas de enseñanza médica especializada en Estados Unidos ofertan clases de endocrinología que incluyen la atención de la salud en personas trans, así mismo, no existe capacitación estandarizada en cirugía genital trans; estos factores contribuyen a la escasez de información médica específica, a la falta de experiencia quirúrgica y a una orientación inadecuada (53).

Para mejorar la asistencia sanitaria a las personas trans, se deben incluir temas relacionados con su atención y cuidado, así como sensibilización en diversidad sexual en los planes de formación en medicina general. La simple adición de una cátedra de 1 hora al plan de estudios de medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston aumentó la disposición de los estudiantes para tratar pacientes transgénero (2,8).

Las necesidades únicas de atención en salud de las personas trans se ven obstaculizadas por la falta de médicos capacitados y de directrices clínicas para su manejo (8), hasta el 50% de los adultos transgénero han informado que tienen que enseñar a sus médicos cómo cuidarlos (19).

Se ha denunciado que los nuevos profesionales que llegan a la práctica de cirugía de afirmación de género se encuentran más motivados por el lucro a expensas de la población transgénero (53), incluso se ha llegado a utilizar en la literatura científica el término “*Oeste Salvaje*” para referirse a la ausencia de estándares quirúrgicos y la facilidad de entrar en la subespecialidad sin ningún entrenamiento documentado (53).

#### 6.1.1 Manejo de transición corporal bajo protocolos Médicos:

Los tratamientos hormonales son bien tolerados, incluso se ha demostrado que la terapia hormonal mejora la calidad de vida en esta población (8). La seguridad del tratamiento hormonal cruzado es aún un tema de debate, pero los últimos hallazgos en la literatura son bastante tranquilizadores en lo referente a los efectos adversos a corto plazo y a largo plazo y, aunque, que la mortalidad general parece ser mayor entre las personas trans, este hecho no se atribuye al tratamiento hormonal per se, sino a causas relacionadas principalmente con los hábitos y el estilo de vida (6).

Existe evidencia que las personas trans que toman hormonas bien sea de manera automedicada o en seguimiento clínico, experimentan una menor angustia social, ansiedad y depresión en comparación con una población que no recibe hormonas (21).

La atención para individuos con incongruencia en su identidad de género puede incluir acompañamiento psicoterapéutico y sexológico, terapia hormonal y cirugías de afirmación, así como otros procedimientos como la depilación láser o la terapia fonoaudiológica (7). Los objetivos de esta terapia de transición son (2,6,7):

- Suprimir la secreción de hormonas endógenas.
- Inducir cambios físicos que coincidan con la identidad de género.
- Mantener los niveles hormonales en el rango fisiológico para el sexo objetivo.

Tanto la Asociación Mundial Profesional para la Salud Transgénero (WPATH por sus siglas en inglés) en la 7 edición de sus Guías de manejo para pacientes transgénero (SOC7) (54), así como la Sociedad Endocrina en 2017 (18) han desarrollado protocolos de atención en personas transgénero más generalizables y basados en la evidencia (8). Ambas directrices tienen el mismo enfoque general para la terapia en pacientes transgénero (8):

- Tránsito social: Experiencia de vida real.
- Manejo Hormonal:
  - Andrógenos para la virilización en hombres trans (FtM)
  - Estrógenos además de antiandrógenos, para la feminización en mujeres trans (MtF).
- Manejo quirúrgico.

En el pasado la mayoría de directrices sugerían como una medida conservadora con el fin de evitar daños, que las personas trans se sometieran a una "prueba de la vida real", que consistía en vivir en el género elegido antes de iniciar la terapia hormonal (55). Dada la dificultad de vivir en un género elegido sin poseer los caracteres sexuales secundarios deseados, la "prueba de la vida real" no se considera práctica y ya no se sugiere que sea obligatoria antes del inicio de la terapia hormonal, sino que se puede ejecutar en paralelo (8).

El tratamiento es altamente individualizado, incluso algunas personas no normativas de género no experimentan una angustia extrema sobre su sexo o genitales biológicos, pero aún requieren terapia hormonal para desarrollar diversos grados de características fenotípicas sin perder por completo sus características sexuales fenotípicas (6).

Los criterios para realizar manejo con la terapia hormonal en pacientes transgénero incluyen (2):

- Diagnóstico persistente y bien documentado de disforia de género.

- Capacidad de tomar decisiones informadas.
- El paciente debe ser mayor de edad.
- Cualquier problema mental o médico importante debe estar bien controlado.

#### 6.1.1.1 Hombres trans (FtM):

Con el propósito de lograr una óptima virilización, los niveles de testosterona se deben aumentar hasta alcanzar el rango fisiológico masculino (300-1000 ng/dl). Se administra testosterona por vía oral, transdérmica o parenteral, iniciando con la mitad de la dosis calculada para luego ir titulando paulatinamente hasta alcanzar los niveles séricos fisiológicos masculinos (2,6,8,18,54,56,57).

Hormonas	Dosis
<b>Parenteral</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enantato de testosterona o cipionato</li> <li>• Undecanoato de testosterona</li> </ul>	100-200 mg IM cada 2 semanas o 50% de dosis total semanal 1000 mg cada 12 semanas
<b>Transdérmico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gel de testosterona al 1,6%</li> <li>• Parche de testosterona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50-100 mg/d</li> <li>• 2.5-7.5 mg/d</li> </ul>

Tabla 2 Regímenes de hormonas en hombres transgénero (2,6,8,18,54,56,57)

Los cambios corporales experimentados pueden variar de persona a persona, sin embargo, dentro de los primeros tres meses de tratamiento pueden aparecer amenorrea, aumento del vello facial/corporal, aumento del acné, aumento del deseo sexual, aumento de la masa muscular y redistribución de la grasa. La profundización de la voz, la clitoromegalia y la pérdida de cabello de patrón androide, cese de la menstruación, disminución de la fertilidad, pueden ocurrir dentro del primer año de tratamiento (2,8,56).

#### Seguimiento en hombres trans (FtM) en terapia hormonal (8):

- Se deben realizar control de los efectos virilizantes y adversos del tratamiento cada 3 meses durante el primer año y luego cada 6 - 12 meses.
- Revisar los niveles de testosterona sérica en las visitas de seguimiento con un objetivo práctico en el rango fisiológico masculino (300-1000 ng/dl).
- Realizar seguimiento al hematocrito y al perfil lipídico antes de iniciar el manejo hormonal y en las visitas de seguimiento.
- En pacientes con riesgo de osteoporosis se debe realizar medición de la densidad mineral ósea (DMO) antes de iniciar el manejo hormonal. De lo contrario, la detección puede comenzar a los 60 años.
- Los pacientes FtM que conserven el cérvix o mamas deben someterse a un cribado adecuado.

Las pruebas de química sanguínea anual deben incluir pruebas de función renal, hepática, glucosa y un nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1c) (8).

No se debe iniciar terapia hormonal con testosterona en (8):

- Hombres trans en embarazo
- Pacientes con enfermedad arterial coronaria inestable
- Policitemia no tratada (hematocrito  $\geq 55\%$ ).

La testosterona puede afectar el sistema cardiovascular induciendo un aumento en la aterogénesis por alteración de los parámetros lipídicos, un aumento en la circunferencia de la cintura y una disminución de los niveles totales de homocisteína (6). Además los andrógenos inducen un aumento de peso, aumento de la presión sanguínea y apnea del sueño (6). Aún no están claros los efectos de sobre la sensibilidad a la insulina en estos individuos. Aproximadamente el 15% de los pacientes FtM en tratamiento con testosterona tienen transaminitis transitoria(2).

Se desconoce si la terapia con testosterona en los hombres trans aumenta riesgo de cáncer uterino o de ovario por lo que se considera una histerectomía como medida preventiva (8).

El evento adverso más comúnmente reportado es la eritrocitosis, aunque no está claro qué riesgos, si los hay, están asociados con esto. Si bien se ha relacionado claramente con la trombosis en neoplasias mieloproliferativas, no hay datos convincentes de que la eritrocitosis secundaria conduzca a un mayor riesgo trombótico. Parece haber un efecto dosis-respuesta (58). Las opciones para incluyen reducir la dosis de testosterona intramuscular, cambiar a formulaciones de testosterona transdérmica lo que puede disminuir el riesgo, a menudo se recurre a la flebotomización, una práctica extrapolada de los datos en pacientes con neoplasias mieloproliferativas que muestran claramente una reducción del riesgo en la tasa de eventos trombóticos (58).

#### 6.1.1.2 Mujeres trans (MtF)

Para alcanzar una feminización óptima, las mujeres trans que conservan los testículos requieren un antiandrógeno además del estrógeno (8,18,54,57,59).

Los objetivos serían obtener niveles séricos adecuados apropiados para la edad de una mujer, ya sea durante la edad fértil (20 a 40 años), premenopáusica (de 40 a 60 años) o posmenopáusica (mayores de 60 años) (2), disminuyendo la testosterona en el rango femenino (30-100 ng/dl) y logrando niveles de estradiol en rangos fisiológicos (<200 pg/ml). Los antiandrógenos permiten dosis más bajas de estrógenos (8).

- Espironolactona: antagonista mineralocorticoide, inhibe la secreción y la actividad de la testosterona. Puede causar hiperkaliemia. Su dosis en pacientes transgénero es de 100 a 200 mg diarios, pero se puede administrar hasta 400 mg diarios si se toleran.
- Acetato de ciproterona: potente antiandrógeno, reduce en un 70-80% los niveles de testosterona a través de la inhibición central. Es la progestina más

potente que se conoce (60). Dosis de manejo antiandrógeno es 50-100 mg al día.

- Agonistas de la GnRH: inhiben la producción de LH/ FSH y por lo tanto de testosterona.

Hormonas	Dosis
<b>Estrógeno</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oral: estradiol</li> <li>• Transdérmico: parche de estradiol (Nuevo parche colocado cada 3-5 d)</li> <li>• Parenteral: estradiol valerato o cipionato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 -6 mg/d</li> <li>• 0.025-0.2 mg / día</li> <li>• 5-30 mg IM cada 2 semanas o 2-10 mg IM cada semana</li> </ul>
<b>Antiandrógenos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espironolactona</li> <li>• Acetato de ciproterona</li> <li>• Agonista de GnRH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100–300 mg/d</li> <li>• 25–50 mg/d</li> <li>• 3.75 mg SC mensual - 11,25 mg SC 3 meses</li> </ul>

Tabla 3 Regímenes de hormonas en mujeres transgénero (2,6,8,18,54,57,59)

La respuesta al tratamiento varía de un individuo a otro, se espera durante los primeros 3 a 6 meses de tratamiento la disminución del vello facial/corporal, disminución del deseo sexual y de las erecciones espontáneas, disminución de la masa muscular, redistribución de la grasa y desarrollo de las mamas. El crecimiento máximo del tejido mamario generalmente se alcanza después de 2 años de terapia hormonal (8,18,54,57,59).

Existe cierto debate sobre el papel de las progestinas para inducir un mayor desarrollo del tejido mamario, pero los pocos estudios disponibles no muestran beneficios, al contrario se ha reportado un mayor riesgo de cáncer de mama y enfermedad cardiovascular (6).

Seguimiento en mujeres trans (MtF) en terapia hormonal (8):

- Se deben realizar control de los efectos feminizantes y adversos del tratamiento cada 3 meses durante el primer año y luego cada 6 - 12 meses.
- Revisar los niveles de testosterona sérica y estradiol en las visitas de seguimiento con un objetivo práctico en el rango fisiológico femenino (testosterona 30-100 ng/dl; E2 <200 pg/ml).
- Medir los niveles de prolactina y los triglicéridos antes de comenzar el manejo hormonal y durante las visitas de seguimiento.
- Medir los niveles de potasio si el paciente está en manejo antiandrógeno con espironolactona.
- En pacientes con riesgo de osteoporosis se debe realizar medición de la densidad mineral ósea (DMO) antes de iniciar el manejo hormonal. De lo contrario, la detección puede comenzar a los 60 años. La terapia con estrógenos es más protectora de la DMO que la testosterona, pero no hay

datos disponibles sobre la incidencia de fracturas en general en la población transgénero (2).

- Las mujeres trans deben realizarse a exámenes de detección de cáncer de mama y próstata de manera apropiada.

Las pruebas de química sanguínea anual deben incluir pruebas de función renal, hepática, perfil de lipídico, hemograma completo, glucosa y un nivel de hemoglobina glicosilada.(HbA1c)(2).

Las contraindicaciones para la terapia con estrógenos incluyen (2):

- Antecedentes de tromboembolismo venoso (TEV).
- Neoplasia sensible a estrógenos.
- Enfermedad hepática crónica en etapa terminal.

Se cree que la terapia hormonal feminizante con estrógenos en la población transgénero puede aumentar el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, hipertrigliceridemia, enfermedad cardiovascular, hipertensión, disfunción hepática, cáncer de mama, hiperprolactinemia y prolactinoma, migrañas severas y, en menor medida, DM II (2,8)

El evento adverso más grave de la terapia estrogénica es el riesgo de enfermedad tromboembólica (2) la cual es más probable que ocurra en el primer año (58). El uso de estrógenos exógenos causa varios cambios procoagulantes en el sistema hemostático, que incluyen niveles aumentados de los factores de coagulación II, VII, VIII, X y fibrinógeno, así como niveles disminuidos de antitrombina, proteína S y el desarrollo de resistencia a la proteína C activada (58). Un estudio de cohortes retrospectivo realizado entre 2008 y el 2016 realizado en E.U. reportó que 0.15% de la población, sufrió un TEV, con una incidencia de 7.8 eventos por 10,000 años-persona, observando una incidencia significativamente menor de TEV que la informada en poblaciones europeas donde se prescribe estradiol oral más la progestina acetato de ciproterona (60).

#### 6.1.1.3 Niños y adolescentes

El tratamiento en esta población implica la utilización de los agonistas de la GnRH como medicamentos supresores de la pubertad que se pueden iniciar en estadio 2 - 3 de Tanner. Esta intervención es reversible y proporciona tiempo para determinar si se iniciará la terapia hormonal, la cual está indicada después de la pubertad. La supresión de la pubertad puede disminuir los problemas emocionales y de conducta, así como aumentar la funcionalidad del individuo (8). La persistencia de la disforia de género infantil en la edad adulta es aproximadamente 2% al 27% (2).

Para iniciar terapia hormonal en los adolescentes debe haber una fuerte persistencia de la disforia de género o incluso empeorar con el inicio de la pubertad. Se recomienda seguimiento por parte de endocrinología pediátrica para monitorear el desarrollo del adolescente y disminuir el riesgo de osteoporosis iatrogénica. Las

terapias hormonales se realizan en progresión, para evitar efectos secundarios. La secuencia de tratamiento es la siguiente (2,18):

Inducción de la pubertad femenina con 17 $\beta$ -estradiol por vía <b>oral</b> , aumentando la dosis cada 6 meses: <ul style="list-style-type: none"><li>• 5 <math>\mu</math>g / kg / d</li><li>• 10 <math>\mu</math>g / kg / d</li><li>• 15 <math>\mu</math>g / kg / d</li><li>• 20 <math>\mu</math>g / kg / d</li><li>• Dosis para adultos = 2-6 mg / d</li></ul> En las adolescentes transgénero pospuberales, la dosis de 17 $\beta$ -estradiol puede aumentarse más rápidamente: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 mg / d durante 6 meses</li><li>• 2 mg / d</li></ul>
Inducción de la pubertad femenina con 17 $\beta$ -estradiol <b>transdérmico</b> , aumentando la dosis cada 6 meses (se coloca un nuevo parche cada 3,5 días): <ul style="list-style-type: none"><li>• 6.25-12.5 <math>\mu</math>g / 24 h (corte el parche de 25 mg en cuartos)</li><li>• 25 <math>\mu</math>g / 24 h</li><li>• 37.5 <math>\mu</math>g / 24 h</li><li>• Dosis para adultos 50-200 <math>\mu</math>g / 24 h</li></ul> Para alternativas una vez en la dosis para adultos, ver la Tabla 11. <u>Ajuste la dosis de mantenimiento para imitar los niveles fisiológicos de estradiol (ver Tabla 15).</u>

Tabla 4 Protocolo de inducción de la pubertad en mujeres adolescentes transgénero (2,18)

Inducción de la pubertad masculina con ésteres de testosterona que aumentan la dosis cada 6 meses (IM o SC): <ul style="list-style-type: none"><li>• 25 mg/m<sup>2</sup>/2 semanas (o alternativamente, la mitad de esta dosis semanalmente, o el doble de la dosis cada 4 semanas)</li><li>• 50 mg/m<sup>2</sup>/2 semanas</li><li>• 75 mg/m<sup>2</sup>/2 semanas</li><li>• 100 mg/m<sup>2</sup>/2 semanas</li><li>• Dosis para adultos = 100-200 mg cada 2 semanas</li><li>• En los adolescentes masculinos transexuales pospúberes, la dosis de ésteres de testosterona puede aumentarse más rápidamente:<ul style="list-style-type: none"><li>○ 75 mg / 2 semanas por 6 meses</li><li>○ 125 mg / 2 semanas</li></ul></li></ul>
---

Tabla 5 Protocolo de inducción de la pubertad en varones adolescentes transgénero (2,18)

En individuos que recibieron terapia con GnRH para suprimir la pubertad, se debe realizar una gammagrafía de densidad ósea o una gammagrafía con absorciometría de rayos X de energía dual para buscar signos de osteoporosis. La talla, el peso y los factores de riesgo deben vigilarse hasta bien entrada la edad adulta, aunque no hay una recomendación específica después de los 35 años si no hay evidencia de osteoporosis (2).

#### 6.1.1.4 Tratamientos quirúrgicos

Las guías de la Sociedad Endocrina y WPATH recomiendan que las intervenciones quirúrgicas se busquen cuando (2):

- Se haya producido un cambio de rol social satisfactorio.
- El individuo esté satisfecho con los efectos de la terapia hormonal.

- Deseo de realizar cambios quirúrgicos definitivos.

Criterios de elegibilidad para cirugía de reasignación de sexo (2,18):

- Ser mayor de edad.
- Haber usado hormonas sexuales de manera continua durante un año.
- Haber tenido una transición social exitosa al menos durante un año.
- Haber cumplido con los seguimientos clínicos y los regímenes médicos.
- Demostrar conocimiento de los aspectos prácticos de la cirugía (costo, duración de hospitalizaciones, complicaciones, cuidados postquirúrgicos).

Se recomienda que los pacientes en manejo con estrógenos suspendan su medicación dos a cuatro semanas antes del procedimiento electivo y lo reanuden tres semanas después o cuando hayan recuperado la movilidad (2,60).

Los procedimientos que se realizan para las mujeres trans (MtF) son orquiectomía bilateral, penectomía y cirugía estética para crear un clítoris y la vagina, así como el aumento de senos (2).

En los hombres trans (FtM), la eliminación de gónadas se logra a través de ooforectomía, histerectomía y vaginectomía. También se puede realizar una mastectomía ya que el tejido glandular no se reduce con la terapia androgénica. Se pueden practicar cirugías estéticas para alterar las características faciales, crear un neopene o metoidioplastia y finalmente construir un escroto a partir de los labios mayores (2).

#### 6.1.2 Automedicación en el proceso de transición:

Se debe realizar una evaluación cuidadosa de la automedicación pasada y actual, las causas de automedicación más frecuentes en este grupo de pacientes son (7):

- Menos probabilidades de tener acceso a los servicios de salud (8).
- Miedo al rechazo por parte del personal de salud.
- Retraso en el inicio de la terapia.
- Costos del tratamiento.
- Desconocimiento y falta de voluntad por parte del personal médico (8).

Un estudio realizado en Tailandia encontró que el uso de hormonas para la afirmación de género entre hombres trans era del 35%, frente a un 73% de las mujeres trans que reportaron ser usuarias de estos medicamentos. Este hecho se puede atribuir a que, en Tailandia las hormonas entre las mujeres trans son fácilmente accesibles y económicas mientras que la testosterona no lo es. En ambos grupos, eran los amigos los que generalmente proporcionaban las hormonas sin supervisión por parte de personal sanitario. El uso de hormonas sexuales se asoció con una aceptación más pobre por parte de los padres (61).

Además, las personas que acuden a la automedicación hormonal, lo hacen en dosis superiores a las recomendadas en la creencia de que obtendrán mejores cambios corporales, aumentando los riesgos clínicos (6). En E.U. se ha evidenciado que las personas trans de todas las edades que se auto-recetan tienden a ser predominantemente mujeres trans mayores, que obtienen la información a través de Internet (21).

La terapia hormonal masculinizante en hombres transgéneros se ha asociado con el potencial empeoramiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la elevación de la presión arterial, resistencia a la insulina y trastornos de los lípidos, mientras que para las mujeres transgénero se ha reportado aumento de riesgo tromboembólico; además, muchos estudios en personas trans adultas se centran predominantemente en las personas más jóvenes lo que limita generalizar los resultados en personas trans adultos mayores (19).

Los adultos mayores trans han sido en gran medida invisibles en el envejecimiento y la investigación en salud. Las barreras para la atención médica son importantes en esta población debido a la vergüenza, el estigma, la falta de cuidadores educados y la falta de acceso a los servicios de salud, lo que obliga a las personas trans de mayor edad a automedicarse (21).

Por otro lado, la ciproterona es el antiandrógeno más utilizado para la terapia de feminización en Europa, sin embargo, debido a preocupaciones de toxicidad hepática no está aprobada en Estados Unidos. En un estudio retrospectivo en Canadá se encontraron diferencias significativas en los niveles de HDL y prolactina, se reportando un aumento en el HDL de 0,10 mmol/L (SD = 0,24) en el grupo espironolactona, y una disminución en el HDL de 0,07 mmol/L (SD = 0,21) en el grupo ciproterona ( $p = 0,002$ ). Así mismo se evidenció un cambio en la prolactina de + 3,10 mg/L (SD = 5,70) en el grupo espironolactona y +11,8 mg/L (SD = 8,63) en el grupo ciproterona ( $P < 0,001$ ) (62).

Según los datos del Framingham Heart Study la disminución del HDL es un factor de riesgo cardiovascular establecido, el riesgo de un infarto de miocardio aumenta en un 25% por cada disminución de 0,13 mmol/L de HDL por debajo de los valores establecidos, por lo tanto, el hallazgo de que la ciproterona se asocia con disminución de HDL, sugiere un beneficio potencial para la elección de espironolactona sobre ciproterona (62). Por otro lado, hay evidencia que los niveles de prolactina aumentan con la ciproterona en otros escenarios clínicos como el cáncer de próstata, el cáncer de mama, y la anticoncepción masculina. Hay algunas pruebas que asocian la ciproterona con hipertrofia e hiperplasia de células lactotrofas, y un aumento en el ARN citoplásmico para prolactina. Los datos epidemiológicos e in vitro sugieren que estos niveles aumentados de prolactina podría aumentar el riesgo de cánceres de mama y próstata (62).

De la misma manera, el uso de etinilestradiol, se asocia con un exceso de riesgo de trombosis venosa, particularmente en sujetos de más de 40 años. También se ha asociado con un mayor riesgo de muerte cardiovascular (7). Un estudio retrospectivo realizado en Amsterdam, se evidenció que la incidencia de eventos tromboembólicos aumentó 45 veces en mujeres trans que usaban etinilestradiol en comparación con el un grupo de mujeres cisgénero (19).

Un estudio de la Red Europea para la Investigación de la Incongruencia de Género (ENIGI) en 2014 encontró que la terapia hormonal redujo el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF por sus siglas en inglés) sérico. Esta disminución del BDNF se atribuyó a la retirada de la testosterona, mientras que los niveles de estradiol se relacionaron positivamente con el BDNF sérico. El BDNF es un factor neurotrópico implicado en una variedad de procesos centrales, incluyendo neurogénesis, maduración neuronal y sinaptogénesis, influye en la flexibilidad cerebral y afecta a la morfología macroscópica del cerebro. Este hecho puede explicar la disminución observada en el volumen cerebral después de la terapia de privación de andrógenos en la terapia hormonal feminizante en las mujeres trans.(63)

#### 6.1.3 Inyección de sustancias para la modificación corporal:

La palabra "silicona" se introdujo por primera vez a principios de 1900 para describir un gran grupo de polímeros sintéticos que contienen sílice (64). Se ha considerado desde hace tiempo un compuesto inerte con buena estabilidad térmica, favoreciendo su uso en medicina en diversos dispositivos implantables (10).

La práctica clandestina generalizada de la inyección de silicona líquida industrial dentro de la comunidad trans ha producido varios casos que presentan una variedad de reacciones graves, principalmente en pulmones y sistema nervioso central, probablemente relacionado con las impurezas presentes o la adulteración en la silicona industrial (10). Puede provocar lesiones en piel como cicatrices hipertróficas, inflamación de tejidos infiltrados, infección subcutánea (celulitis/paniculitis), formación de nódulos y necrosis, así como bloqueo de drenaje linfático causando linfadenopatía regional (64). La lesión pulmonar puede ser secundaria a embolización de material inyectado, hemorragia alveolar, neumonitis y síndrome de dificultad respiratoria aguda (10); el embolismo podría estar relacionado con la alta presión promovida por la inyección de grandes cantidades del producto, masaje local para acomodar el contenido, migración regional o inyección intravascular directa. Parece haber una relación entre la mortalidad y la cantidad total de material embolizado (10). Para los casos en los que hay manifestaciones neurológicas, el pronóstico es deficiente (10).

La migración de silicona puede causar infiltración de órganos y generar hepatitis granulomatosa (64), igualmente se han reportado complicaciones sistémicas enfermedades vasculares del colágeno e incluso la insuficiencia renal aguda y

crónica (64). Aún no está claro una posible asociación con enfermedades autoinmunes (64).

Se han descrito en la literatura varios casos de muerte después de una inyección importante de silicona, todos estos casos presentaron neumonía y accidente respiratorio debido a la migración de partículas de silicona hacia los ganglios linfáticos, el torrente sanguíneo, el bazo y los pulmones (64).

Igualmente se han reportado casos de shock distributivo con vasoplegia, hipovolemia funcional, edema pulmonar complicado y disfunción orgánica múltiple, con desarrollo de SIRS desencadenado por insulto químico, posterior a la inyección subcutánea de microesferas de polimetilmetacrilato (PMMA) en región glútea (65).

A pesar de encontrarse en la literatura científica numerosas historias de resultados desastrosos y desfiguración debidos a inyecciones subcutáneas de fluidos altamente viscosos en cantidades masivas, regularmente de manera ilícita y a menudo por personas no calificadas, estos procedimientos se realizan frecuentemente entre las personas trans como una alternativa económica para realizar su proceso de transición.

#### 6.1.4 Impacto sobre el funcionamiento sexual:

Finalmente, en la escuela de Sexología Clínica de la Universidad de Caldas, su fundador, el Doctor Helí Alzate, primer médico sexólogo del país, respetado maestro, eminente investigador y profesor emérito, realiza el que se considera su mayor aporte teórico a la ciencia sexológica, su modelo de función sexual humana, que aún continua vigente (66).

El modelo de Alzate parte de la premisa principal de considerar el componente erótico de la función sexual humana como núcleo fundamental en la sexualidad y de aceptar la búsqueda y el ejercicio consciente y responsable del placer sexual como actividades saludables en el ser humano (67).

La función sexual humana descrita por Alzate comprende cinco fases: apetitiva, relacional, estimuladora, excitatoria y orgásmica; y tres planos: psíquico o central, somático o periférico y externo o comportamental (ilustración 2) (68). Éste constituye un modelo integrador de la Función Sexual mucho más amplio y completo, que los modelos clásicos propuestos por Helen Kaplan, y Masters y Johnson, dado el reduccionismo somato-fisiológico de sus definiciones, sin dejar de reconocer la importancia de sus contribuciones (66).

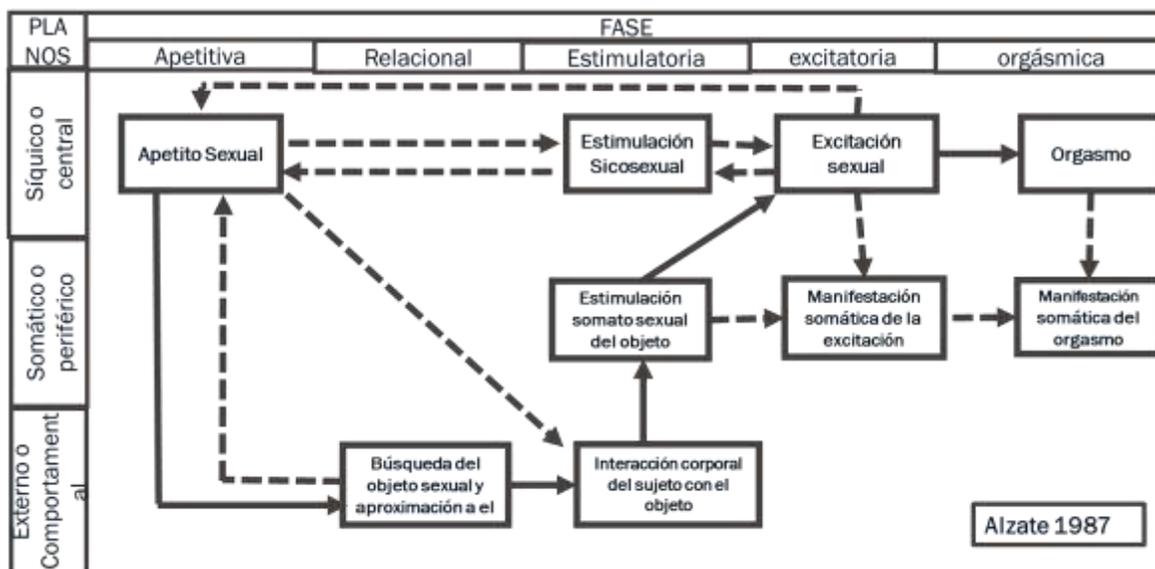


Ilustración 2 Modelo de la Función Sexual Humana de Helí Alzate (61)

Asegura Alzate que la comprensión cabal de la sexualidad humana implica tanto el conocimiento de su substrato biológico (genético, hormonal, neurofisiológico) como del superestrato ideológico, sociocultural e histórico, que determina las expresiones comportamentales (68).

En los últimos años la noción de un continuo de la sexualidad, no patológico en lo referente a temas de identidad de género, se ha extendido gracias al conocimiento aportado por los avances en la investigación y a que las personas discriminadas por ubicarse fuera de esta dicotomía se han organizado para hacer respetar sus derechos (69).

El funcionamiento sexual de los individuos trans en manejo hormonal se ve impactado de manera directa por los efectos de las hormonas en sus genitales y en su respuesta sexual.

- En las mujeres trans la terapia hormonal feminizante puede disminuir el deseo sexual, reducir la función eréctil, ocasionar atrofia testicular, ocasionar el desarrollo de tejido mamario que suele ser máximo a los dos años (algunas mujeres trans manifiestan incomodidad y malestar en el pezón durante el período de crecimiento de los senos) y disminuir la eyaculación y la producción de esperma (7). Algunas mujeres transexuales optan por reducir las dosis de hormonas para equilibrar el grado de feminización con el nivel conservado de función sexual, mientras que otras no manifiestan necesidad de ajustes. Después de la cirugía genital la función sexual (deseo sexual, excitación, dolor con la penetración y el orgasmo) es variable y depende de la función sexual previa de la paciente, el tipo de cirugía realizada y el estado hormonal (7). Existe una correlación entre la función sexual y la calidad de la

neovagina, aunque no todas las personas transgénero postoperatorias son orgásmicas, muchas más reportan satisfacción sexual (7).

- La terapia hormonal masculinizante en hombres trans genera como consecuencia el crecimiento clítoris que ocurre en todos los casos en grados variables, la mayoría de los pacientes reportan un aumento en el deseo sexual, los andrógenos pueden causar una disminución en el tejido de las mamas (70). Después de la cirugía genital existe una correlación entre la función sexual y la calidad del neófalo. Los hombres transgéneros que reciben andrógenos generalmente reportan un aumento en el interés sexual (70).

## 6.2 Estado del Arte

Es evidente que las experiencias de la población trans son diversas y no pueden encasillarse en un único contexto social, no es exclusivo de espacios marginales de la calle o de prostitución, de la misma manera, tampoco es cierto, que lo trans sea exclusivamente una experiencia clínica, de intervención del cuerpo, que se desarrolla en las instituciones médicas. Lo trans es esto, pero también mucho más (48,49).

Es por esto, que merece la pena citar la definición de salud de la OMS refiere, la cual refiere:

*“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (71).*

Esta definición es el resultado de una evolución conceptual que surgió en reemplazo de una noción que presumía la salud como simplemente la ausencia de enfermedades biológicas. Del mismo modo esta institución considera que es derecho fundamental, de todo ser humano, “el grado máximo de salud que se pueda lograr” sin discriminación de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Igualmente, abarca el derecho de toda persona a tener el conocimiento y la oportunidad de llevar una vida sexual segura y libre de amenazas (72). De acuerdo con lo anterior la OMS define la salud sexual como:

*“... un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencias. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se pueda lograr y mantener, se deben respetar proteger y cumplir los derechos sexuales de todas las personas ”(OMS, 2006a) (73).*

Esta definición que constituye marco para los programas de salud sexual, aborda los factores que afectan los resultados de la salud sexual, tanto a nivel individual,

como la sexualidad y los comportamientos relacionados con la salud, y a nivel social, como la educación, las oportunidades económicas y los determinantes culturales y religiosos (73).

Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, se plantea un enfoque biopsicosocial de entendimiento del proceso de la transición corporal en la condición transexual, para ello se consideran los diferentes estudios donde se exploran los componentes de estas esferas, valiéndose de instrumentos de evaluación como los relatados a continuación.

Dimensiones, categorías o variables	Indicadores - descriptores	Qué	Con qué técnica o instrumento	Artículo
Biológico	Obesidad	IMC		WPATH 2012 (54)
				Endocrine Society 2017 (18)
	Dislipidemia	Lípidos en sangre		WPATH 2012 (54)
				Endocrine Society 2017 (18)
	Hormonal	Hormonas en sangre		WPATH 2012 (54)
				Endocrine Society 2017 (18)
	Metabólico	Glicemia, función hepática, función renal, Hto, K		WPATH 2012 (54)
				Endocrine Society 2017 (18)
	Inyección de sustancias	Piel Sistémicos		Carella S, Romanzi A, Ciotti M, Onesti MG. 2013 (64)
				Ferreira Macedo R, Ananias Lobão R, Mello De Capitani E, Petrucci Zanovello ME, Catarina Caruso P, Souza de Toledo Leme M, et al. 2014 (10)
Respuesta Sexual	Apetitiva Relacional Excitación Estimulación Orgasmo	EDIG (Escala de Diagnóstico de la Identidad de Género)	JOSÉ MIGUEL RODRÍGUEZ-MOLINA, NURIA ASENJO-ARAQUE, ANTONIO BECERRA-FERNÁNDEZ, M. JESÚS LUCIO-PÉREZ, MARÍA FRENZI RABITO-ALCÓN, GILBERTO PÉREZ-LÓPEZ. 2011 (74)	
Otras consideraciones sexuales	Dolor Satisfacción Sexual	Biographical Questionnaire for Transsexuals and Transvestites	De Cuyper G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, Monstrey S,	

				Vansteenkoven A, Rubens R. 2005 (75)
	Presión arterial			WPATH 2012 (54)
				Endocrine Society 2017 (18)
	Salud general		Encuesta corta de salud 36 (SF-36)	Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ, Guadamuz TE. 2015 (61)
Psicológico	Grado de Disforia		Escala Utrecht de Disforia de género.	Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. 2014 (76)
	Depresión		Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Plus versión 5.0.0 (MINI-Plus)	Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. 2014 (76)
			Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) HAD-Depression (HAD-D)	Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, et al. 2016 (21)
			ESDETRA (escala de Depresión para personas transexuales)	Rodríguez Molina, J.M; Asenjo Araque, N; Becerra Fernández, A; Lucio Pérez, M.J. 2015 (77)
	Autoestima		Escala de autoestima de Rosenberg	Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, et al. 2016 (21)
	Autolesión no suicida		Self-Injury Questionnaire (SIQ).	Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, et al. 2016 (21)
	Ansiedad		Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Plus versión 5.0.0 (MINI-Plus)	Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. 2014 (76)
			Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) HAD-Anxiety (HAD-A)	Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, et al. 2016 (21)
			Beck Anxiety Inventory (BAI)	Scandurra C, Bochicchio V, Amodeo AL, Esposito C, Valerio P, Maldonato NM, Bacchini D, Vitelli R. 2018 (78)
			ESANTRA (escala de ansiedad para personas transexuales)	Rodríguez Molina, J.M; Asenjo Araque, N; Becerra Fernández, A; Lucio Pérez, M.J. 2015 (77)
	Trastornos de Personalidad		Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje	Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S,

			II del DSM-IV (SCID-II)	Richter-Appelt H, et al. 2014 (76)
	Transfobia internalizada		Transgender Identity Survey (TIS)	Scandurra C, Bochicchio V, Amodeo AL, Esposito C, Valerio P, Maldonato NM, Bacchini D, Vitelli R. 2018 (78)
			GMSR	Jackman KB, Dolezal C, Bockting WO. 2018 (79)
			GMSR	Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. 2015 (80)
	Resiliencia		Resilience Scale (RS)	Scandurra C, Bochicchio V, Amodeo AL, Esposito C, Valerio P, Maldonato NM, Bacchini D, Vitelli R. 2018 (78)
			GMSR	Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. 2015 (80)
	Angustia psicológica (depresión, ansiedad y somatización)		Brief Symptom Inventory (BSI-18)	Jackman KB, Dolezal C, Bockting WO. 2018 (79)
	Ansiedad social		Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN; Connor et al., 2001)	Butler R, Horenstein A, Gitlin M, Testa RJ, Kaplan SC, Swee MB, Heimberg RG. 2019 (81)
	Satisfacción corporal		Body Image Scale for Transsexuals (BIS)	van de Grift TC, Kreukels BP, Elfering L, Özer M, Bouman MB, Buncamper ME, Smit JM, Mullender MG. 2016 (82)
	Bienestar		Cuestionario de orientación para la vida revisado (LOT-R)	Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ, Guadamuz TE. 2015 (61)
	Satisfacción y calidad de vida		Questions on Life Satisfaction Modules	Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, Ehrenberger B, Kluger AK, Machens HG, Schaff J. 2017 (83)
Social	Apoyo social		Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)	Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, et al. 2016 (21)
			GMSR	Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. 2015 (80)
	Funcionamiento interpersonal		Cuestionario de funcionalidad social (SFQ)	Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ, Guadamuz TE. 2015 (61)
			Inventario de problemas interpersonales (IIP-32)	Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ, Guadamuz TE. 2015 (61)

	Victimización		GMSR	Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. 2015 (80)
			Escala de Experiencias de Transfobia	Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, et al. 2016 (21)
	Discriminación		Trans Discrimination Scale: TDS-21	Watson LB, Allen LR, Flores MJ, Serpe C, Farrell M. 2019 (84)

Tabla 6 Artículos analizados desde un enfoque Bio-psico-social de la condición de la transexualidad y los diferentes instrumentos propuestos en los mismos para el análisis de diferentes variables enumeradas. Fuente: propia.

Como se ha analizado hasta este punto, existe en la mayoría de las sociedades un estigma asociado a la expresión de género en las personas trans; como señalaba Meyer en el 2003, tal estigma puede conducir a prejuicios y discriminación, lo que resulta en el llamado “**estrés de minoría**”, una situación con base social y crónica, que puede aumentar la vulnerabilidad de las personas trans para desarrollar problemas de salud física y mental. Estos síntomas son socialmente inducidos, y no son inherentes al hecho de ser una persona trans (54).

El modelo de estrés minoritario de Meyer conceptualiza la forma en que el estrés social específico de las personas LGB impacta negativamente en su salud mental. Meyer describe múltiples formas en que se puede experimentar el estrés minoritario (80):

- Estresores distales o externos: involucra experiencias directas de discriminación, rechazo o violencia relacionadas con la identidad de uno. Se entiende que tales experiencias de victimización aumentan la angustia y afectan la salud mental.
- Estresores proximales o internos: estos factores incluyen el miedo a una mayor victimización o discriminación y desconfianza hacia los demás, creencias negativas internalizadas sobre la identidad de uno y el estrés de ocultar la identidad de uno.
- Factores de resiliencia: Este modelo también considera factores específicos de las minorías LGB que tienen el potencial de mitigar las experiencias de estrés minoritario. Las experiencias de apoyo comunitario y orgullo de identidad pueden proporcionar un amortiguador contra algunos de los estresores minoritarios.

Algunos de los correlatos del estrés minoritario incluyen niveles más altos de tener cualquier trastorno psiquiátrico, angustia psicológica, trastornos del estado de ánimo, ansiedad social, ansiedad general, abuso de sustancias y toma de riesgos sexuales (80).

Aunque el modelo de Meyer no fue diseñado específicamente para personas con experiencias de vida trans, los estudios confirman que estas personas también

experimenta altas tasas de estresores minoritarios, incluida la violencia física y sexual, la discriminación y el estigma debido a su condición de género (80).

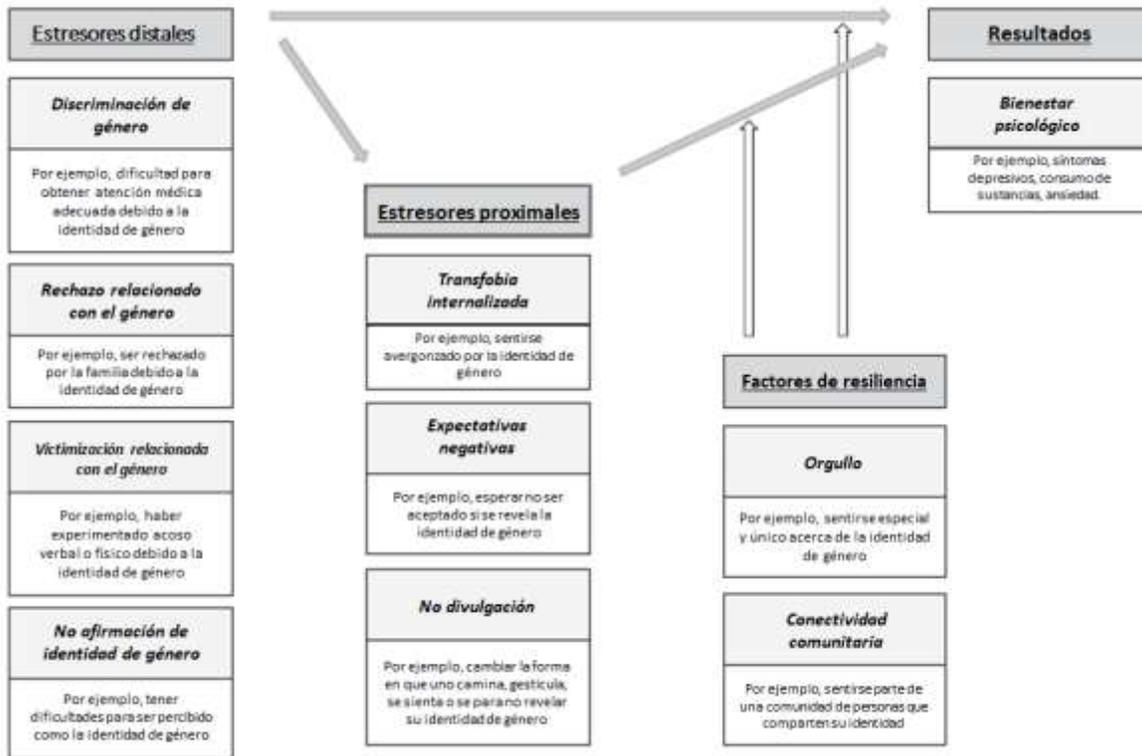


Ilustración 3 Modelo de estrés y resiliencia de las minorías de género (78)

Esta figura representa las relaciones propuestas entre los factores estresantes y factores de resiliencia minoritarios proximales y distales para los individuos trans. Según lo conceptualizado por investigadores anteriores, los estresores proximales se presentan como mediadores parciales entre los estresores distales y los resultados en la salud mental y física (80).

## 7. Metodología

### 7.1 Tipo, nivel y diseño del estudio:

Se considera para la realización de este proyecto un enfoque de tipo Cuantitativo

- Tipo (85–87):
  - Retrospectivo según la toma de datos,
  - Observacional según la intervención del investigador
  - De corte transversal.
  - Analítico según el número de variables a correlacionar.
- Nivel (85–87):
  - Descriptivo (Describe fenómenos sociales y clínicos, estima parámetros, describir frecuencias y promedios, estudios de incidencia y prevalencia)

- Relacional (Dependencia entre eventos (no causa – efecto), estadística bivariada, medidas de asociación, medidas de correlación, FR).
- Diseño:
  - Epidemiológico: como todo método científico, el método epidemiológico tiene 3 fases: observar o conocer la frecuencia y distribución de las enfermedades, dar lugar a hipótesis de asociación entre la enfermedad y un determinado factor y diseñar un estudio experimental para verificar o refutar la hipótesis planteada (88). Es la descripción de un problema, la determinación de su frecuencia en diversos grupos y la formulación de hipótesis para inferir causalidad tendientes a su prevención y control (89).
  - Observacional: Se recogen datos de interés, lo que contempla la aplicación de entrevistas, instrumentos de medición, entre otros, pero sin intervenir la variable de exposición (90).
  - Cross-sectional – transversal – de caso: tanto la variable que se considera como de exposición (variable X, independiente, explicativa, predictora o factor) como la variable de desenlace (variable Y, dependiente, explicada, predicha o respuesta) son medidas simultáneamente, es decir, la temporalidad es transversal, o “en un solo momento”. Este tipo de temporalidad no permite asegurar que la exposición haya precedido al desenlace por no existir un seguimiento en el tiempo. No obstante, también puede estudiar la asociación entre dos variables de interés (90). Los estudios de prevalencia también se denominan encuestas si la medida principal es un cuestionario (91). El objetivo central de un estudio transversal es examinar los estados de salud y enfermedad en una población, en un tiempo y lugar definidos. En este sentido, los estudios transversales son muy útiles en la planeación de servicios de salud, pues miden la carga de enfermedad en subgrupos y pueden identificar aquellos con mayor necesidad de servicios de salud (92).

## 7.2 Hipótesis:

Dados los objetivos específicos planteados para este estudio, se propone probar las siguientes hipótesis:

- Hipótesis Nula:  $H_0$  No Existen diferencias significativas en las condiciones de *salud física* de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de asistencia en el proceso de transformación corporal.
- Hipótesis de trabajo:  $H_1$  Existen diferencias significativas en las condiciones de *salud física* de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de asistencia en el proceso de transformación corporal.

- Hipótesis Nula:  $H_0$  No Existen diferencias significativas en las condiciones de *salud psíquica* de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de asistencia en el proceso de transformación corporal.
- Hipótesis de trabajo:  $H_1$  Existen diferencias significativas en las condiciones de *salud psíquica* de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de asistencia en el proceso de transformación corporal.
- Hipótesis Nula:  $H_0$  No Existen diferencias significativas en las *condiciones sociales* de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de asistencia en el proceso de transformación corporal.
- Hipótesis de trabajo:  $H_1$  Existen diferencias significativas en las *condiciones sociales* de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de asistencia en el proceso de transformación corporal.

### 7.3 Población y Muestra:

Existen algunos desafíos importantes a la hora de estudiar a la comunidad LGBT (93):

- El tamaño relativamente pequeño de la comunidad LGBT requieren que las encuestas sean lo suficientemente grandes como para capturar muestras significativas a la hora de generalizar los datos (93).
- La naturaleza sensible de las preguntas sobre sexualidad e identidad de género aumenta la probabilidad de que los encuestados puedan dar respuestas falsas (93).
- El ocultamiento ocurre cuando alguien se esconde o no revela su orientación sexual o identidad de género a otros (93).
- Se añade a estos factores, la desconfianza de las personas transexuales en Colombia hacia la institucionalidad, figura representada por los médicos.

Teniendo en cuenta estas consideraciones iniciales, se plantea para este estudio un muestreo de tipo no probabilístico (94) a conveniencia mediante la técnica bola de nieve.

Las muestras no aleatorias o no probabilísticas son habituales en la investigación clínica por razones prácticas. Se conocen como muestras de conveniencia o muestras disponibles (91). Para fines deductivos-cuantitativos, cuando la generalización o extrapolación de resultados hacia la población es una finalidad, las muestras dirigidas implican una desventaja ya que no es posible calcular con

precisión el error estándar, es decir, no podemos determinar con qué nivel de confianza hacemos una estimación (94).

- **Grupo 1:** población trans que asistía a la consulta por Sexología Clínica en la IPS universitaria de la Universidad de Caldas. La muestra fue en su totalidad de individuos mayores de edad que asistían a la consulta y desearon participar en el estudio.
- **Grupo 2:** sujetos que realizaron su proceso de transición sin asistencia médica, algunas ejercían el trabajo sexual. El contacto con líderes de la comunidad LGBTI de la ciudad de Manizales fue un aspecto clave para la ubicación de este grupo.
- **Grupo 3:** Para esta muestra se consideró la participación de individuos que asistían a controles médicos y seguían un proceso clínico para el tránsito corporal, sin embargo, en algún momento de su proceso siguieron procedimientos empíricos, sin asistencia médica.

Un porcentaje importante de las personas captadas para su participación derivó de la consulta sexológica del centro de especialistas de la IPS universitaria de Caldas, en la Universidad de Caldas (13 participantes, 76,5% de la muestra); sin embargo, durante el proceso de captación se presentó un alto grado de dificultad, debido a la crisis sanitaria derivada del SARS-CoV 2 / COVID 19, la cual ha traído consigo consecuencias económicas, psicosociales y culturales tales como el aislamiento y distanciamiento social obligatorio, confinamiento en los hogares, interrupción del transporte municipal, dificultades en el ámbito laboral y reducción en los ingresos económicos para muchas personas.

De la misma manera, durante la fase de captación de personas para la participación en el estudio se contactó al Doctor Mario Angulo, Endocrinólogo pediatra, director de la Unidad de Identidad de Género de la Fundación Valle del Lili, en la ciudad de Cali, pero al ser la totalidad de los asistentes a este centro menores de edad, no fue posible la vinculación de ninguno de sus usuarios al estudio. Igualmente se estableció contacto con la Doctora Gloria Penagos, ginecóloga de la ciudad de Medellín quien realiza procedimientos quirúrgicos de reafirmación del género, mediante su intervención se logró la vinculación de una persona más al estudio. Finalmente, se estableció contacto con el colegio colombiano de psicólogos (colpsic), capítulo Valle del Cauca, para lograr su intermediación con los usuarios del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de la ciudad de Tuluá, pues en este centro se adelantan programas de servicios amigables LGBT, sin embargo, no fue posible la vinculación de los usuarios de este centro en el estudio, por razones de tipo social.

#### 7.4 Recolección de la información

#### 7.4.1 Técnicas

Para la aplicación de este trabajo de investigación se definió como técnica la entrevista a personas con experiencias de vida trans, basado en los estudios previamente revisados en la fase del estado del arte.

#### 7.4.2 Instrumentos

Se definieron como instrumentos para la toma de los datos cuestionarios validados con el fin de evaluar la salud física, psicológica y social de los participantes y así cumplir con los objetivos específicos planteados. Se aseguraron las propiedades psicométricas de estos instrumentos mediante la opinión de expertos. Es difícil que alguien pueda ser experto en la evaluación de personas transexuales fuera de Estados Unidos y Holanda, porque este es un campo emergente. Se validó el contenido mediante la intervención de dos tipos de expertos:

- Dos en evaluación psicológica (aunque no en transexualidad) y
- Dos con experiencia en el abordaje de personas transexuales.

Se contó para este proceso con la colaboración de dos profesores de la Escuela de Psicología de la Universidad de Manizales (Dr Jaime Alberto Restrepo Soto y el Dr Diego Zuluaga M.) y, por otro lado, de la asesoría de una Sexóloga Clínica y una profesional en Psicología especialista en Educación sexual, ambas docentes de la especialización en Sexología Clínica de la Universidad de Caldas (Dra Ana María Velásquez Sepúlveda y la Dra Magdalena Villegas Arango, respectivamente).

Se realizaron sesiones iniciales donde se definió la pertinencia de los instrumentos a utilizar según las necesidades del estudio planteado, teniendo como base el listado de instrumentos que fue previamente elaborado por el autor, para así elegir los instrumentos que se adaptaran según su especificidad en población trans, o abarcara el mayor número de variables estudiadas.

Posteriormente se procedió a realizar una búsqueda de los artículos originales que contenían los instrumentos elegidos para su aplicación, así como la existencia de estandarizaciones de estos instrumentos en la población colombiana. Los instrumentos en inglés pasaron por un proceso de traducción y adecuación de los términos empleados, para asegurar la comprensión de estos por parte de los participantes. Así mismo los instrumentos que se encontraban en español y fueron elaborados originalmente para una aplicación en población española, pasaron por un proceso de adaptación semántica para ser ajustados y comprendidos por los participantes en el estudio.

Luego de este proceso, se replanteó una nueva revisión por parte de los cuatro expertos anteriormente citados, quienes dieron su visto bueno. Los instrumentos elegidos fueron:

- **EDIG (Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género) (74):** El instrumento consta de 27 ítems, 6 de diagnóstico del trastorno de identidad

de género (TIG) y 21 de diagnóstico diferencial. La validez de constructo está dada por las clasificaciones contenidas en el DSM-IV-TR y CIE-10. Tiene una buena fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach de 0,832 para el conjunto del instrumento. El conjunto de escalas de diagnóstico diferencial tiene una fiabilidad de 0,902. La escala que evalúa el TIG tiene una fiabilidad de 0,703.

- **ESDETRA (Escala de Depresión para Personas Transexuales) (77):** Es una escala tipo Likert de un rango de 1 a 5 según el grado de desacuerdo o acuerdo que tenga con la afirmación. Consta de 30 ítems, con una muestra general de las respuestas de depresión más habituales en la práctica clínica. Este instrumento tiene una buena fiabilidad, con un  $\alpha$  de Cronbach de .967 y correlación entre mitades de .958. Validez de criterio de .829 con  $p < .001$  con el BDI.
- **ESANTRA (Escala de Ansiedad para Personas Transexuales) (77):** Es una escala tipo Likert de un rango de 1 a 5 según el grado de desacuerdo o acuerdo que tenga con la afirmación. Consta de 30 ítems, con una muestra general de las respuestas de ansiedad más habituales en la práctica clínica. Este instrumento tiene una buena fiabilidad con un  $\alpha$  de Cronbach de .958 y correlación entre mitades de .926. Validez de criterio de .782 con  $p < .001$  con el ISRA.
- **GMSR (Escala de Resiliencia y Estrés de las Minorías de Género) (80):** Se utiliza para evaluar las experiencias de estrés y factores de resiliencia relacionados con el género. Las subescalas se combinaron en tres escalas: estrés distal (discriminación de género, rechazo de género, victimización relacionada con el género y no afirmación de identidad), estrés proximal (transfobia internalizada, expectativas negativas para el futuro eventos y no divulgación de identidad), y factores de resiliencia (orgullo y conexión comunitaria). Se descubrió que estas escalas tienen buena confiabilidad con los  $\alpha$  de Cronbach para el estrés distal = 0.83, el estrés proximal = 0.93 y los factores de resiliencia = 0.87. El análisis factorial confirmatorio proporcionó evidencia para apoyar el modelo de 9 factores,  $\chi^2 (1559) = 5922.04$ ,  $p < .001$ ; CFI = .93; RMSEA = .06.
- **TDS21 (Escala de Discriminación Trans) (84):** la consistencia interna para el puntaje de la escala general fue excelente,  $\alpha = .92$ . La consistencia interna entre todas las subescalas fue adecuada a buena: Factor 1 microagresiones y hostigamiento consiste en ocho ítems,  $\alpha = .88$ ; Factor 2 carrera restringida y oportunidades de trabajo consta de tres ítems,  $\alpha = .78$ ; Factor 3 maltrato en entornos de atención médica, consta de tres ítems,  $\alpha = .80$ ; Factor 4 acoso por la aplicación de la ley, consta de tres ítems,  $\alpha = .72$ ; Factor 5 intimidación y acoso en entornos educativos, constaba de cuatro ítems,  $\alpha = .87$ ; El coeficiente de confiabilidad test-retest fue,  $r = .91$ ,  $p < .001$ . Además, la estimación del coeficiente interno para el puntaje de la escala total fue de .90.
- **Escala de Rosenberg (Autoestima) (95):** El cuestionario tiene una escala de respuesta Likert en la que los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Totalmente de acuerdo). El puntaje total por lo tanto varía de 10 a 40

puntos; puntuaciones más altas indican buena autoestima. Se validó esta escala y se encontró un  $\alpha$  Cronbach 0.83 para la versión colombiana.

- **SF36 (Cuestionario de Salud)** (96): Incluye 36 ítems agrupados en 8 escalas: funcionamiento físico (FF), desempeño físico (DF), dolor corporal (DL), desempeño emocional (DE), salud mental (SM), vitalidad (VT), salud general (SG) y funcionamiento social (FS) y uno adicional, el cambio de la salud en el tiempo. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de las escalas, cuyo valor mínimo fue de 0,80 para FS. Los valores más altos fueron para DF (0.91), DL (0.90) y SM (0.91). Todas las correlaciones de Pearson del ítem con su escala hipotetizada fueron superiores a 0,48.

La aplicación de los instrumentos utilizados en este estudio se realizó en un primer momento mediante una entrevista personal (7 participantes) y en un segundo momento vía E-mail (10 participantes), dadas las circunstancias sanitarias actuales por la pandemia generada por el virus SARS Cov2 / Covid 19. Durante las entrevistas personales se estimó como tiempo promedio para completar los instrumentos, aproximadamente 45 minutos (para completar 7 instrumentos por cada participante). Cuando se enviaron los cuestionarios vía e-mail, éstos eran generalmente diligenciados y devueltos en un plazo de 3 días aproximadamente. Todos los instrumentos fueron diligenciados en su totalidad para este estudio, teniendo una buena recepción por parte de los participantes, quienes consideraban que las preguntas realizadas en los instrumentos eran pertinentes y se ajustaban a sus realidades.

Previo al diligenciamiento de los instrumentos, a cada participante se explicó por escrito, los objetivos del estudio en el que estaban participando, así mismo, se dio a conocer el nombre del investigador principal y sus datos de contacto; posterior a este paso se indicaba que debía dar su aprobación para la participación a través del diligenciamiento del formato de consentimiento informado, el cual incluía un aparte donde se mencionaba, si deseaba ser contactado para estudios futuros. La totalidad de los participantes respondieron de manera positiva a este último apartado.

## 7.5 Análisis de la información

### 7.5.1 Plan de Análisis:

Como primera medida, durante esta fase del proceso de investigación se llevó a cabo la tabulación de los datos obtenidos mediante la aplicación de los cuestionarios previamente mencionados. Este proceso incluyó la homogenización y estandarización de variables de algunas escalas que así lo requerían, así como la puntuación de las escalas aplicadas, para de esta manera analizar los resultados obtenidos. Durante este proceso se contó con el acompañamiento de los expertos en psicometría para la interpretación de los resultados obtenidos una vez aplicados los instrumentos.

Para el análisis de los datos se dispuso del programa SPSS versión 18, disponible por la Universidad de Caldas, para calcular los factores asociados y las correlaciones entre las variables estudiadas (estar en protocolo médico durante el proceso de transición o realizarlo de manera empírica) y determinar si existe asociación estadística con las variables estudiadas. Este análisis se acompañó de medidas epidemiológicas como los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) y pruebas estadísticas como  $\chi^2$ , prueba de T-Student, prueba U de Mann-Whitney, según el caso y la distribución de las variables. Su representación se realizó tanto de manera textual, gráfica y como mediante tablas (94)

La medida de asociación apropiada en el caso de los estudios transversales es la Odds ratio (OR) que puede definirse como el exceso o defecto de ventaja que tienen los individuos expuestos de presentar la condición frente a no padecerla, respecto de la ventaja (o defecto) de los individuos no expuestos de presentar la condición frente a no presentarla (90). Durante esta fase de análisis estadístico de las variables se contó con la asesoría de un profesional de enfermería superior, magister en epidemiología quien orientó acerca del correcto uso de los estadígrafos según cada caso estudiado.

Para el análisis de los datos, se había propuesto de manera inicial en este estudio la comparación entre personas trans con asistencia médica y personas que realizan su proceso de reafirmación de género mediante otras técnicas. Sin embargo, al realizar una revisión de la literatura reciente y de los datos propios de esta investigación, se consideró también el análisis de los resultados respecto al género identitario de los participantes, es decir, se compararon los resultados entre las personas identificadas como hombres o mujeres trans.

Así mismo, se propuso la elaboración de un capítulo final adicional donde se realizó un cruce entre las variables de los diferentes instrumentos con el fin de determinar la asociación entre variables de la salud física y su relación estadística con las variables estudiadas en el apartado de salud psíquica, de la misma manera se realizó un análisis similar incluyendo aspectos estudiados en el apartado de salud social.

De esta manera, se dispuso para las relaciones entre las variables unas nuevas hipótesis de trabajo en este análisis adicional de las asociaciones emergentes entre las variables de salud física, psíquica y sociales, exploradas a través de los instrumentos utilizados:

- Hipótesis Nula:  $H_0$  No Existe asociación estadística entre las variables de salud física y las variables de salud psíquica estudiadas para esta población.
- Hipótesis de trabajo:  $H_1$  Existe asociación estadística entre las variables de salud física y las variables de salud psíquica estudiadas para esta población.

- Hipótesis Nula:  $H_0$  No Existe asociación estadística entre las variables de salud física y las variables sociales de la salud estudiadas para esta población.
  - Hipótesis de trabajo:  $H_1$  Existe asociación estadística entre las variables de salud física y las variables sociales de la salud estudiadas para esta población.
- 
- Hipótesis Nula:  $H_0$  No Existe asociación estadística entre las variables de salud psíquica y las variables sociales de la salud estudiadas para esta población.
  - Hipótesis de trabajo:  $H_1$  Existe asociación estadística entre las variables de salud psíquica y las variables sociales de la salud estudiadas para esta población.

#### 7.6 Aspectos Éticos:

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la facultad de ciencias para la salud de la Universidad de caldas, según consecutivo CBCS-078 del 12 de noviembre de 2019.

En el presente estudio se incluyeron personas transexuales mayores de edad, a las que se les solicitó su consentimiento informado de manera escrita para participar en el mismo. No se comprometió de ninguna manera la integridad de las personas que participaron en él. De la misma manera, no se modificó las dosis o presentación de los medicamentos ya empleados dentro del grupo de los pacientes con controles y supervisión clínica y por el contrario se trató de vincular a seguimiento clínico a los participantes que recurrían a la automedicación o a la inyección de sustancias en su cuerpo de manera artesanal con el fin de realizar cambios corporales, si así ellos lo desean. Se respetaron las normas de la declaración de Helsinki.

## 8. RESULTADOS

En la realización del presente estudio se contó en total, con la participación de 17 personas, 13 de ellas identificadas como mujeres trans (76.5%) y 4 como hombres trans (23.5%).

Para la presentación de los resultados, se consideró su división según los objetivos específicos propuestos. De esta manera, en cada sección se presentarán los resultados de los instrumentos que según sirvan para dar cuenta de cada objetivo propuesto en el capítulo correspondiente.

Por otro lado, se incluye un aparte adicional a los planteados inicialmente, donde se realiza un análisis correlacional entre las variables de cada objetivo específico y se presentan aquellas que han tenido valor estadístico.

De esta manera, a continuación, se procede con la caracterización de los participantes para cumplir con el primer objetivo específico de este estudio.

### 8.1 Caracterizar socio-demográficamente la población transexual que tienen asistencia médica y la población transexual con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género

La media de la edad de los participantes en el estudio fue de 27,35 años (IC 23,29-31,40), con una media de edades similar entre hombres y mujeres trans, siendo el participante más joven un hombre trans de 18 años y la participante de mayor edad, una mujer trans de 49 años.

Así mismo, la media de la edad entre los participantes que han recurrido a la automedicación hormonal fue de 26,80 años (IC 22,05-31,54), esta medida fue menor en comparación con las personas que realizan el tránsito bajo seguimiento médico, en este grupo la media de la edad fue 28,14 años (IC 20,55-35,72).

A continuación, se describe (tabla 7) la media de edad entre los participantes en lo relacionado a la media de la edad de consciencia de la identidad de género y la media de edad al momento de emprender acciones para realizar el tránsito hacia el género sentido de manera social, hormonal o quirúrgica.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	DE	Media	DE
Edad	27,35	2,07	27,75	2,95	27,84	2,59	26,80	7,67	28,14	10,25
Consciencia de la identidad sexual	9,00	7,01	14,00	11,63	7,46	4,57	8,10	4,97	10,28	9,59
Tránsito social	20,73	7,56	18,75	4,42	21,45	8,48	19	4,65	24,85	9,90
Tránsito Hormonal	22,13	7,61	23,75	5,37	21,54	8,43	19,25	5,36	25,42	8,82
Tránsito Quirúrgico	28,75	13,5	18	-	32,33	14,01	25,50	10,60	32	19,79

Tabla 7 Edad de los participantes del estudio. Fuente propia

La edad en que los participantes fueron conscientes que su identidad de género difería de su sexo asignado al nacer, varió entre hombres y mujeres trans, siendo estas últimas conscientes de la incongruencia de la identidad de género a una edad más temprana, en comparación con los primeros; sin embargo, las mujeres trans de esta muestra, realizaron su transición social hacia el género sentido de manera más tardía, respecto a los hombres trans. Así mismo, el tránsito hormonal fue realizado a edades más tempranas en el grupo de mujeres trans, en comparación con el grupo de hombres trans.

De la misma manera, se encontraron diferencias entre los participantes que realizaban su tránsito con asistencia bajo protocolos médicos, frente a aquellos participantes que emprendían acciones empíricas para la modificación de sus cuerpos. Los participantes que realizaron acciones empíricas tuvieron un tránsito social más temprano y recurrieron a la automedicación hormonal más jóvenes en comparación con los participantes en seguimiento clínico quienes tuvieron un tránsito social y acompañamiento médico hormonal a edades más avanzadas (ver tabla 7).

La totalidad de los participantes en el estudio habían emprendido acciones para transitar hacia el género sentido de manera social y hormonal, sin embargo, menos de un tercio de la muestra (29,4%) había podido acceder a procedimientos quirúrgicos para la reafirmación del género. Quienes habían emprendido acciones empíricas, lograron acceder de manera más temprana a quienes se encontraban en seguimiento clínico a procedimientos quirúrgicos de afirmación del género. Este punto es de particular interés, pues hace cuestionar de qué manera se siguen los criterios emitidos por las entidades internacionales especializadas, para el acceso a los procedimientos quirúrgicos en esta población.

De igual manera, es particularmente llamativo la gran variabilidad entre la diferencia que se presenta en cada grupo entre la edad de consciencia de la incongruencia en la identidad de género con la edad en que los individuos emprenden acciones sociales para iniciar su tránsito, apreciándose una mayor diferencia entre el subgrupo de mujeres trans y el de seguimiento clínico, respecto al subgrupo de hombres trans y el de automedicación, respectivamente (ver tabla 8).

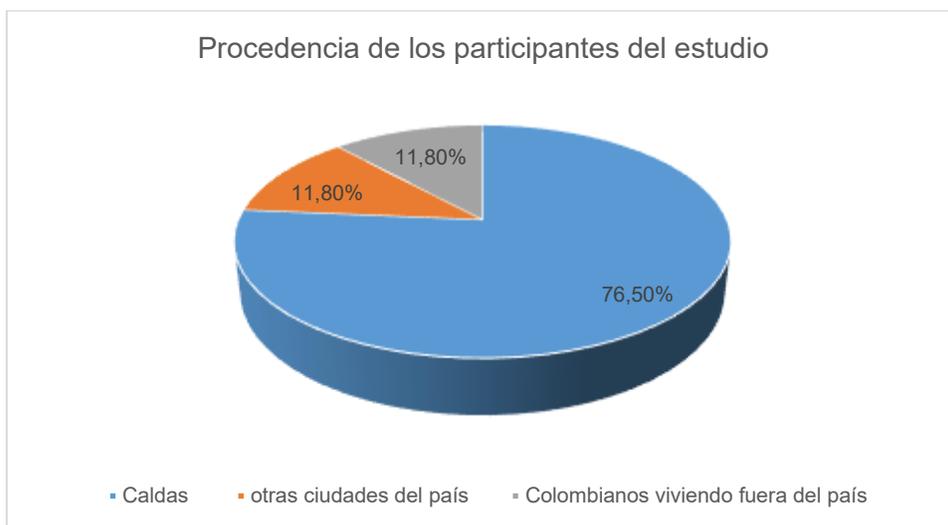
Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Diferencia entre la edad de consciencia de la identidad de género y emprender el tránsito social	12,46	10,07	8,50	8,73	13,90	10,51	10,62	6,61	14,57	13,26

*Tabla 8 Años que transcurren desde la consciencia de la incongruencia en la identidad de género con el sexo asignado al nacer y el emprendimiento de acciones sociales para transitar hacia el género sentido. Fuente propia*

Esta variabilidad en la diferencia entre la edad de consciencia de la identidad de género y el emprendimiento de acciones sociales para el tránsito hacia el género sentido podría ser reflejo, en primera medida, de cierta laxitud sociocultural en el comportamiento de género femenino, frente a la censura de los comportamientos considerados afeminados en los varones, o si se quiere, de una continua vigilancia y necesidad en la ratificación de la masculinidad a través de los comportamientos estereotipados de género en culturas como la nuestra, tan marcadamente patriarcales y heterosexistas. Esto permitiría cierta libertad de expresión para las personas identificadas como trans masculinas en esta muestra para explorar sus comportamientos hacia el género sentido con mayor aceptación social.

De la misma manera, la variabilidad en la diferencia entre los subgrupos según el tipo de atención, evidencia como en el subgrupo de acompañamiento médico las largas esperas que deben tener las personas para acceder a un tránsito seguro y con vigilancia bajo protocolos clínicos, entre los que se contarían entre otras, la dilatación por parte del sistema de salud colombiano y las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en el acceso a estos servicios para esta población, y lo relativamente sencillo de la consecución de los medicamentos hormonales, al no contar con ninguna regulación en su distribución al público en general.

En total de los 17 participantes del estudio, 13 personas procedían del departamento de Caldas (11 de Manizales, 1 de Villamaría, 1 de La Dorada), dos personas de otras ciudades del país (1 de Cali, 1 de Medellín) y dos personas de origen colombiano que residían de manera permanente en el exterior del país (una en Ámsterdam, Holanda con origen en la ciudad de Tuluá y una residente en Bruselas, Bélgica, con origen en la ciudad de Palmira). En todo caso, la totalidad de los participantes en este estudio eran de origen colombiano.



*Ilustración 4 Procedencia de las personas participantes en el estudio. Fuente propia.*

Por otra parte, 58,8% de los participantes (n:10) habían recurrido al uso de medicamentos hormonales de manera automedicada, siendo en su totalidad mujeres trans (76,9% del total de la muestra de mujeres trans), las sustancias usadas de manera más frecuentemente fueron:

- Acetofénido de algestona + enantato de estradiol: 17,6% (n:3)
- Valerato de estradiol + noretisterona: 11,8% (n:2)
- Espironolactona: 11,8% (n:2)
- Ciproterona + etinilestradiol: 5,9% (n:1)
- Norelgestromina + etinilestradiol: 5,9% (n:1)

Entre las complicaciones más frecuentemente auto-percibidas del uso de medicamentos hormonales se encuentran:

- Labilidad emocional: 11,8% (N:2)
- Mareos/náuseas: 5,9% (N:1)
- Descalcificación/nefrolitiasis: 5,9% (N:1)
- Retención de líquidos: 5,9% (N:1)
- Dolor torácico: 5,9% (N:1)

Merece especial atención el hecho que la diferencia entre los subgrupos de participantes trans femeninos y trans masculinos con respecto al uso de la automedicación hormonal, es estadísticamente significativa ( $\chi^2$  valor de P: 0,031, corrección de Yates), con un Odds ratio 2,33 (IC 95% 1,0-5,48). Esto quiere decir que los participantes trans femeninas en esta muestra tienen 2,33 veces más probabilidades de tener un tránsito en automedicación hormonal respecto del subgrupo de hombres trans. En la siguiente tabla de contingencia (tabla 9) se aprecia la relación entre las variables identidad de género (trans masculino – trans femenino) con el método seguido por el participante para su reafirmación de género (vigilancia médica – métodos empíricos).

		Identidad de género					
		Trans Masculino		Trans Femenino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupos de estudio	Automedicación	0	0	10	76,9%	10	58,8%
	Vigilancia médica	4	100%	3	23,1%	7	41,2%
	Total	4	100%	13	100%	17	100%

Tabla 9 Identidad de género y grupos de automedicación y vigilancia médica. Fuente propia.

Por tanto, podemos inferir a partir de estos datos estadísticos que la facilidad en el acceso a los medicamentos hormonales a través de los anticonceptivos orales facilita a las mujeres trans la adquisición de estas sustancias, en muchos casos inadecuadas e inseguras en su proceso de afirmación del género, mientras que para los hombres trans el desconocimiento de los regímenes androgénicos facilita, en cierta medida, el control de estas sustancias en este subgrupo.

De la misma manera, 17,6% de los participantes (n:3), reportaron haber recurrido a procedimientos invasivos no médicos para la modificación corporal (1 participante relató haber intentado la automutilación genital, 1 participante refirió la inyección de aceite de avión en los glúteos y un tercer participante la inyección de silicona cosmética en glúteos y mamas).

Finalmente, se identificaron tres subgrupos dentro de la muestra (tabla 10):

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Automedicación	5	29,4%	-	-	5	38,5%
Vigilancia Médica	7	41,2%	4	100%	3	23,1%
Grupo Mixto	5	29,4%	-	-	5	38,5%

Tabla 10 Subgrupos de estudio, según el tipo de tránsito actual de las personas. Fuente propia

Es decir, al menos la mitad de los participantes que en algún momento iniciaron el proceso de reafirmación de género de manera empírica, buscaron ingresar a seguimiento clínico, mientras que el 50% restante se mantuvieron en esta modalidad. Tal vez, este cambio de régimen pueda corresponder al deseo de estos participantes de acceder a los procedimientos quirúrgicos, que de otra manera no pudiera ser posible.

Por otra parte, los datos encontrados revelaron que 11 participantes (64,7%) pertenecían al régimen contributivo de salud, mientras que 6 participantes (35,3%) pertenecían al régimen subsidiado. Llama la atención que son las mujeres trans (46,2%) y el grupo de automedicación (50%), quienes tienen mayor probabilidad de encontrarse en el régimen subsidiado en salud, mientras que la totalidad de los hombres trans de la muestra y más de dos tercios de los participantes que se encontraban en seguimiento clínico (85,7%) pertenecían al régimen contributivo de salud.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Regimen contributivo	11	64,7%	4	100%	7	53,8%	5	50%	6	85,7%
Regimen subsidiado	6	35,3%	-	-	6	46,2%	5	50%	1	14,3%

Tabla 11 Filiación al régimen de Seguridad Social en Salud colombiano, analizado según los subgrupos identidad sexual y tipo de tránsito llevado por el participante. Fuente propia

Por tanto, estos datos pudieran relacionarse con los resultados inmediatamente anteriores, que reflejan la mayor probabilidad de las mujeres trans de emprender medidas empíricas para la reafirmación de su identidad de género, respecto de los hombres trans.

Otro aspecto relevante de esta muestra es que 35.3% de los participantes (n:6) pertenecían a los estratos socioeconómicos más bajos (1 y 2), siendo principalmente mujeres trans (38,5%) y los participantes pertenecientes al grupo de automedicación (40%). En la siguiente tabla (tabla 12) se relaciona la pertenencia de los participantes en el estudio según el subgrupo analizado, a los diferentes estratos socioeconómicos.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Estrato 1	3	17,6%	0	0	3	23,1%	3	30%	0	0
Estrato 2	3	17,6%	1	25%	2	15,4%	1	10%	2	28,6%
Estrato 3	7	41,2%	2	50%	5	38,5%	5	50%	2	28,6%
Estrato 4	3	17,6%	-	-	3	23,1%	1	10%	2	28,6%
Estrato 6	1	5,9%	1	25%	-	-	-	-	1	14,3%

Tabla 12 Estrato socio-económico comparado por identidad de género de los participantes y por grupo de estudio. Fuente propia

Nuevamente se hace evidente como los subgrupos de las mujeres trans y los participantes que recurren a métodos empíricos, se corresponden con las personas

menos favorecidas socialmente, mientras que en el subgrupo de hombres trans y de personas en asistencia médica ocurre el fenómeno contrario.

Por otra parte, una característica interesante de esta muestra es que cerca de la mitad de los participantes en este estudio tenían un grado de educación universitaria (41,2%), siendo principalmente los participantes identificados como trans masculinos (50%) y los participantes que se encontraban en seguimiento clínico durante su proceso de reafirmación del género (71,4%). En la siguiente tabla (tabla 13) se relaciona el grado de escolaridad de los participantes.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Primaria	1	5,9%	-	-	1	7,7%	1	10%	-	-
Bachillerato	4	23,5%	1	25%	3	23,1%	3	30%	1	14,3%
Técnica/tecnológica	5	29,4%	1	25%	4	30,8%	4	40%	1	14,3%
Universitaria	7	41,2%	2	50%	5	38,5%	2	20%	5	71,4%

Tabla 13 Grado de escolaridad de los participantes. Fuente propia

Así mismo, en lo referente al grado de escolaridad de la muestra analizada, podemos observar que los participantes identificados como mujeres trans tenían un menor grado escolaridad (30,8% habían estudiado solo hasta el bachillerato y un 30,8% tenían nivel de educación técnico/tecnológico), de la misma manera, los participantes que seguían un proceso de afirmación de género mediante métodos empíricos (40% habían estudiado hasta el bachillerato y otro 40% tenían nivel de formación técnico/tecnológico).

Por otro lado, más de dos tercios de la muestra analizada se encontraban solteros o separados (76,5%) al momento de su participación en este estudio. Principalmente las mujeres trans (84,6%) y los participantes que habían recurrido a métodos empíricos (80%) manifestaron encontrarse solteros o divorciados al momento de ser encuestados. En la siguiente tabla (tabla 14), se describe el estado civil de las personas participantes en este estudio.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Soltero	12	70,6%	2	50%	10	76,9%	7	70%	5	71,4%
Unión Libre	4	23,5%	2	50%	2	15,4%	2	20%	2	28,6%
Separado	1	5,9%	-	-	1	7,7%	1	10%	-	-

Tabla 14 Estado civil de los participantes en el estudio. Fuente propia.

Así mismo, más de dos tercios de los participantes en este estudio referían ocupaciones informales o donde no tenían un ingreso económico seguro. Especialmente, se evidenció entre las mujeres transexuales y los participantes que habían recurrido a métodos empíricos para su afirmación de género, el desempleo y el trabajo sexual como fenómenos exclusivos en estos subgrupos de estudio (ver tabla 15).

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Estudiante	5	29,4%	1	25%	4	30,8%	2	20%	3	42,9%
Trabajo Sexual	3	17,6%	-	-	3	23,1%	3	30%	-	-
Desempleada	2	11,8%	-	-	2	15,4%	2	20%	-	-
Administrador en negocio familiar	1	5,9%	-	-	1	7,7%	1	10%	-	-
Atención al público	1	5,9%	1	25%	-	-	-	-	1	14,3%
Gestión de Mercados	1	5,9%	-	-	1	7,7%	1	10%	-	-
Estilista	1	5,9%	1	25%	-	-	-	-	1	14,3%
Sociólogo	1	5,9%	1	25%	-	-	-	-	1	14,3%
Emprendedora	1	5,9%	-	-	1	7,7%	-	-	1	14,3%
Barista	1	5,9%	-	-	1	7,7%	1	10%	-	-

Tabla 15 Ocupaciones de los participantes en el estudio. Fuente propia.

Por su parte, entre los participantes trans masculinos, así como entre los participantes que se encontraban en vigilancia médica, se encontraron ocupaciones más estables en comparación con los participantes que se identificaban como trans femeninos y los que habían emprendido acciones empíricas para su reafirmación de género.

Finalmente, en lo referente a las características de los participantes, más de la mitad de la muestra referirían no tener ninguna filiación religiosa (58,8%), aunque sí se reconocían como personas espirituales. En la siguiente tabla (tabla 16) se relaciona la filiación religiosa de los participantes en este estudio.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ninguna	5	29,4%	1	25%	4	30,8%	4	40%	1	14,3%
Católica no practicante	5	29,4%	1	25%	4	30,8%	4	40%	1	14,3%
Espiritual-creyente	4	23,5%	1	25%	3	23,1%	1	10%	3	42,9%
Agnóstico	1	5,9%	-	-	1	7,7%	-	-	1	14,3%
Católico practicante	1	5,9%	-	-	1	7,7%	1	10%	-	-
Cristiano	1	5,9%	1	25%	-	-	-	-	1	14,3%

Tabla 16 Filiación religiosa de los participantes en este estudio. Fuente Propia

De esta manera, se da cumplimiento al primer objetivo específico planteado en este estudio; se realiza la caracterización de las personas participantes o muestra, encontrando en general mayor participación de mujeres transexuales, en la tercera década de la vida, habitantes del departamento de Caldas en Colombia, que han recurrido en algún momento de su proceso de reafirmación de género a métodos empíricos como la automedicación hormonal y en menor medida a la inyección de sustancias en el cuerpo y a la automutilación genital. Así mismo, en su mayoría el grueso de los participantes en este estudio pertenecía a los estratos

socioeconómicos 1, 2 y 3, la mayoría tenían educación técnica/tecnológica o universitaria y la mayoría se encontraban solteros en su momento de participación en este estudio.

## 8.2 Comparar las condiciones de salud física de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y aquellos con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

Para dar cumplimiento a este objetivo planteado, se empleó el componente de salud física del cuestionario SF36, así como el componente de diagnóstico diferencial de La Entrevista Diagnóstica de Identidad de Género (EDIG) con el fin de evaluar la salud sexual de los participantes en este estudio.

### 8.2.1 Resultados obtenidos en las subescalas de salud Física del instrumento SF36

En primera instancia, el cuestionario SF36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, es un instrumento que mide la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ampliamente utilizado en investigación (97). Para este apartado se tendrán en cuenta las primeras 5 dimensiones de este instrumento.

Las subescalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud (97,98).

Las dimensiones evaluadas para este apartado son (97,98):

- a. *Función Física*: puntuaciones cercanas al cero (0) significan que el participante se encuentra muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud, mientras que puntuaciones cercanas al cien (100) significan que el participante lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud.
- b. *Desempeño Físico*: puntuaciones cercanas al cero (0) significan que el participante posee problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física, mientras que puntuaciones cercanas al cien (100) quieren decir que el participante no posee ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
- c. *Dolor Corporal*: puntuaciones cercanas al cero (0) indican que el participante posee un dolor muy intenso y extremadamente limitante, mientras que puntuaciones cercanas al cien (100) reflejan que el participante no posee ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
- d. *Salud General*: puntuaciones cercanas al cero (0) indican que el participante evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore, mientras que

puntuaciones cercanas al cien (100) refieren que el participante evalúa la propia salud como excelente.

- e. *Vitalidad*: puntuaciones cercanas al cero (0) se refieren al sentimiento de estar cansado y exhausto todo el tiempo, mientras que puntuaciones cercanas al cien (100), hablan de que el participante se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.

Dicho esto, a continuación, se relacionan las medias de los puntajes obtenidos para cada subescala de Salud Física del instrumento SF36 según los subgrupos estudiados (tabla 17).

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Función Física	87,35	12,63	97,50*	2,88	84,23*	12,88	85,5	13,21	90	12,24
Desempeño Físico	72,05	39,41	100	-	64,46	41,60	57,50	44,17	92,85	18,89
Dolor Físico	83,58	26,08	92,37	7,78	80,88	29,29	85,30	31,24	81,14	18,36
Salud General	74,82	24,01	81,50	12,55	72,76	26,64	76,60	25,49	72,14	23,42
Vitalidad	63,52	21,63	75	19,14	60	21,79	64,5	19,06	62,14	26,43

Tabla 17 Medias de los puntajes transformados en las dimensiones de Salud Física de la Escala SF36. Fuente propia.

Se evidencia que, en el caso de la subescala de *Función Física*, en términos generales los participantes en este estudio obtuvieron resultados que muestran una adecuada capacidad de llevar a cabo todo tipo de actividades físicas, sin embargo, el análisis por subgrupos evidenció que para los subgrupos de mujeres trans y aquellos participantes que habían emprendido medidas empíricas reportaron medias más bajas en comparación con los subgrupos de hombres trans y quienes se encontraban en seguimiento clínico, respectivamente. Se encontró que esta variable no tenía una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,016) y en el caso particular de la diferencia en la puntuación entre los subgrupos de mujeres trans frente a los hombres trans, se encontró estadísticamente significativa (valor de P: 0,029 U de Mann-Whitney).

De la misma manera, en el caso de la media en la subescala de Desempeño Físico, nuevamente se hizo evidente que, en el análisis por subgrupos los participantes pertenecientes a los subgrupos de mujeres trans y aquellos que habían emprendido medidas empíricas reportaron medias más bajas con respecto a los participantes trans masculinos y los participantes que se encontraban en vigilancia médica. Esta variable no tuvo una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,000) y las diferencias entre los subgrupos mencionadas anteriormente, no fueron estadísticamente significativas.

Por su parte, las puntuaciones en la subescala de Dolor Físico revelaron que, en el análisis comparativo por subgrupos los participantes identificados como mujeres trans y aquellos que seguían métodos de reafirmación de género bajo protocolos presentaban medias más bajas en comparación con los subgrupos de participantes identificados como hombres trans y aquellos que seguían medidas empíricas en su proceso de reafirmación de género. Esta variable analizada no presentó una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,000) y las diferencias mencionadas no fueron estadísticamente significativas.

Por otro lado, en lo referido a las medias de las puntuaciones en la subescala de Salud General, se evidenció que los puntajes obtenidos por las mujeres y quienes seguían un proceso de reafirmación de género bajo protocolos, fueron menores en comparación con los puntajes de los hombres trans y aquellos que emprendieron medidas empíricas. Esta variable estudiada no presentó una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,006) y las diferencias entre los subgrupos mencionados con anterioridad no fueron estadísticamente significativas.

Finalmente, en lo referido a las medias del puntaje obtenido por los participantes en la subescala de Vitalidad el análisis entre los subgrupos encontró que nuevamente los participantes identificados como mujeres trans y aquellos que emprendieron métodos de reafirmación de género bajo protocolos reportaron puntajes más bajos con respecto a los hombres trans y aquellos que seguían medidas empíricas en su proceso de reafirmación de género respectivamente. Esta variable se encontró con una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,995) y las diferencias encontradas entre los subgrupos no fueron estadísticamente significativas.

Se hace evidente como en la mayoría de los casos, los puntajes obtenidos en las subescalas de Salud Física del SF36 para el subgrupo de participantes identificadas como mujeres trans se encuentra entre los puntajes más bajos de la muestra para todos los casos analizados. Estas disparidades en los resultados de salud observados en la muestra analizada pudieran reflejar las enormes diferencias previamente presentadas en la caracterización entre las mujeres trans y los hombres trans, en cuanto a posibilidades de acceso a los servicios de salud, así como el tipo de tránsito llevado por cada subgrupo.

#### 8.2.2 Resultados obtenidos en la evaluación de disfunciones sexuales con el instrumento EDIG

Es necesario señalar que el SF-36 no incluye conceptos de salud relevantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual (97). Para el desarrollo de este estudio determinar el estado de salud sexual es un componente fundamental dado que históricamente, las experiencias sexuales de las personas trans han recibido poca atención en las investigaciones (99).

En consecuencia, se dispuso del uso de la Entrevista Diagnóstica de Identidad de Género (EDIG), la cual fue diseñada como un instrumento de evaluación del trastorno de la identidad de género (TIG) y de sus diagnósticos diferenciales (74).

Dentro de los elementos de diagnóstico diferencial que incluye este instrumento, se realiza una evaluación de las disfunciones sexuales y son justamente estas categorías las que se retoman para este estudio, descartando el concepto de trastorno de identidad de género que desapareció en la actualización de este manual en 2013 (DSM 5). Todos los conceptos de disfunciones sexuales incluyen el malestar acusado o dificultades interpersonales derivadas del padecimiento de la disfunción específica (Criterio B) y que no se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) o no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C) (100).

- a. *F52.0 [302.71] Deseo sexual hipoactivo.* La característica esencial es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual (Criterio A).
- b. *F52.10 [302.79] Aversión al sexo.* Es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja. El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona.
- c. *F52.2 [302.72 y 302.79] Déficits de excitación sexual.* En el varón es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual; en la mujer es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual (Criterio A).
- d. *F52.3 [302.73 y 74] Anorgasmia.* La característica esencial del trastorno orgásmico femenino es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal; La característica esencial del trastorno orgásmico masculino es la ausencia o el retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.
- e. *F52.5 y F52.6 [302.76 y 306.51] Vaginismo/Dispareunia.* La característica esencial de este trastorno consiste en dolor genital durante el coito (Criterio A). A pesar de que normalmente se produce durante éste, puede también aparecer antes o después de la relación sexual. La característica esencial del vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos (Criterio A).

Una vez definidos los conceptos de los diagnósticos de las disfunciones sexuales consideradas en este instrumento, se relacionan los hallazgos encontrados en esta muestra en lo referente a estas categorías (tabla 18).

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Deseo sexual hipoactivo	9	52,9%	1	25%	8	61,5%	7	70%	2	28,6%
Aversión al Sexo	7	41,2%	1	25%	6	46,2%	4	40%	3	42,9%
Trastorno de la excitación Sexual	3	17,6%	1	25%	2	15,4%	2	20%	1	14,3%
Anorgasmia	2	11,8%	0	0	2	15,4%	2	20%	0	0
Dispareunia/ vaginismo/ anodispareunia	3	17,6	1	25%	2	16,7%	2	22,2%	1	14,3%

Tabla 18 Valoración del estado de la Salud sexual de los participantes en este estudio según instrumento EDIG. Fuente Propia.

Las disfunciones sexuales más frecuentemente aquejadas por el subgrupo de mujeres trans de esta muestra son el deseo sexual hipoactivo (61,5%), trastorno por aversión al sexo (46,2%) y el dolor asociado a las relaciones sexuales (16,7%); así mismo, las disfunciones sexuales más frecuentemente aquejadas por el subgrupo de participantes identificados como hombres trans en esta muestra son deseo sexual hipoactivo (25%), trastorno por aversión al sexo (25%), trastorno de la excitación sexual (25%) y dolor asociado al contacto sexual (25%).

Así mismo, las disfunciones sexuales más comúnmente aquejadas en el subgrupo de estudio de participantes que habían recurrido a métodos empíricos para la reafirmación de género son el deseo sexual hipoactivo (70%), el trastorno por aversión al sexo (40%) y el dolor asociado al contacto sexual (22,2%). De la misma manera las disfunciones más comúnmente encontradas entre quienes se encontraban en seguimiento clínico durante su proceso de reafirmación de género se encuentran el trastorno por aversión al sexo (42,9%), el deseo sexual hipoactivo (28,6%) y el trastorno de la excitación sexual y el dolor asociado con el contacto sexual (14,3% en ambos casos).

Finalmente, y siguiendo el planteamiento del modelo de respuesta sexual del Doctor Helí Alzate de la Universidad de Caldas, se hace necesario retomar el concepto de la fase relacional de la respuesta sexual, entendida como los comportamientos de búsqueda del individuo para ponerse en relación con una pareja (u objeto) sexual compatible con las preferencias eróticas del sujeto, con el propósito de estimularse, excitarse y llegar al orgasmo (68).

Así, con el propósito de evaluar este componente de la respuesta sexual en esta muestra de personas trans, se retomaron variables de los instrumentos diseñados para la medición de la ansiedad y la depresión en personas transexuales, que se explicarán en el próximo apartado.

En la siguiente tabla se relacionan tres variables de los instrumentos anteriormente mencionados, relevantes para el análisis de este apartado, comparándolo por los grupos de estudio que se han establecido previamente.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pensar en ligar (conquistar, levantar) me produce mucha ansiedad	9	53%	2	50%	7	53,8%	5	50%	4	57,2%
Pensar en tener relaciones sexuales me produce mucha ansiedad	8	47,1%	-	-	8	61,5%	5	50%	3	42,9%
Mi deseo sexual es bajo	6	35,3%	1	25%	5	38,5%	3	30%	3	42,9%

Tabla 19 variables de los instrumentos de Ansiedad-Depresión en personas trans, relacionados con el funcionamiento sexual. Fuente propia.

Así, 53% de los participantes en este estudio reportaron que el pensarse en una situación de conquista les producía mucha ansiedad, siendo principalmente las personas identificadas como mujeres trans (53,8%) y los participantes que se encontraban en protocolos de vigilancia clínica (57,2%), de igual manera, 47,1% de la muestra reportó ansiedad anticipatoria ante los encuentros sexuales, principalmente las mujeres trans (61,5%) y la mitad de los participantes que habían emprendido medidas empíricas para la reafirmación de género.

De estas variables extrapoladas de los instrumentos mencionados, también merece la pena resaltar que existe una subvaloración por parte de los participantes de sus disfunciones sexuales, en particular en lo referente al bajo deseo sexual. Al preguntar a los participantes, si consideraban que su deseo sexual era bajo, sólo el 35,3% respondieron de manera afirmativa. Esto contrasta con el 52,9% de quienes cumplían criterios diagnósticos. Esto podría corresponder con que el concepto del trastorno por deseo sexual hipoactivo incluye el concepto más amplio de fantasías, pensamientos de contenido sexual y no solo el deseo de tener encuentros sexuales con otra persona.

### 8.3 Comparar las condiciones de salud psíquica de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

Para el cumplimiento de este objetivo específico, se dispuso de instrumentos que medían de manera particular categorías relacionadas con la salud mental como la escala ESDETRA (depresión en personas transexuales), ESANTRA (ansiedad en personas transexuales), Rosenberg (autoestima en población general), así mismo, se retomaron variables dentro de otras escalas como la GMSR (como la transfobia interiorizada, ocultamiento, orgullo, entre otras), SF36 (salud mental y desempeño emocional) y la EDIG (dismorfia corporal).

### 8.3.1 Resultados de las subescalas de Salud Mental del instrumento SF36

Como ya se mencionó anteriormente, el cuestionario SF36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, es un instrumento que mide la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y es ampliamente utilizado en investigación (97,98).

- a. Salud Mental. Puntuaciones cercanas al cero (0) indican sentimientos de angustia y depresión durante todo el tiempo, mientras que puntuaciones más cercanas al cien (100) indican sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
- b. Desempeño Puntuaciones cercanas al cero (0) indican problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales, mientras que, puntuaciones más cercanas al cien (100) indican que no existe ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.

Así, en la siguiente tabla encontramos las medidas de las puntuaciones alcanzadas por los individuos participantes en este estudio en las subescalas de Salud mental y Desempeño emocional, relacionado por cada subgrupo estudiado.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Salud Mental	57,17	25,13	79*	16,45	50,46*	23,80	51,60	24,9	65,14	25,05
Desempeño Emocional	58,82	38,24	100*	-	46,15*	34,79	50	39,28	71,42	35,63

Tabla 20 Medias de los puntajes transformados en las dimensiones de Salud Mental de la Escala SF36. Fuente propia

De esta manera, los resultados obtenidos por la muestra en la subescala de *Salud Mental* revelan que, de manera general los participantes reportan mayor probabilidad de presentar sentimientos de angustia y depresión durante la mayor parte del tiempo, sin embargo, se evidenció menores puntajes entre los subgrupos de mujeres trans y quienes habían recurrido a métodos empíricos con respecto a los hombres trans y aquellos que se encontraban en protocolos clínicos, respectivamente. Esta variable estudiada se encontró con una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,609) y la diferencia entre los subgrupos de hombres trans y mujeres trans fue estadísticamente significativa (valor de P: 0,043 t-student).

De la misma manera, en lo referente a la subescala de *Desempeño Emocional* se encontraron puntuaciones que indican que los participantes tuvieron dificultades en su esfera laboral y otras actividades diarias debido a sus problemas emocionales, evidenciando menores puntajes entre las mujeres trans y quienes habían emprendido medidas empíricas respecto a los hombres trans y aquellos que han tenido acompañamiento médico durante este proceso. Para esta variable no se encontró con una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,002) y la diferencia en las puntuaciones para el subgrupo de hombres trans y mujeres trans fue estadísticamente significativa (valor de P:0,015 U de Mann-Whitney).

### 8.3.2 Resultados en las variables específicas de Salud Mental Específicas medidas mediante la escala de autoestima de Rosenberg, ESDETRA, ESANTRA

Así mismo, como se mencionó anteriormente, para la evaluación de este componente de la salud, se dispuso del uso de herramientas específicas para la valoración de conceptos como la ansiedad, la autoestima y la depresión:

- a. Autoestima. La Escala de autoestima de Rosenberg. Considera la autoestima como un componente del autoconcepto, es un conjunto de pensamientos y sentimientos sobre el valor o la importancia de cada individuo, en otras palabras, es la actitud general positiva o negativa que las personas tienen de sí mismas. Una puntuación alta en esta escala se interpreta como una alta autoestima (95). En Colombia, el equipo del Sex Lab de la universidad Konrad Lorenz estableció un baremo de este instrumento para población colombiana, para efectos de este estudio, se toma como punto de corte el percentil 50 señalado por este grupo de investigadores.
- b. Ansiedad. La Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA), está inspirada en los ítems de los cuatro instrumentos más comúnmente utilizados para la valoración de la ansiedad (STAI, ISRA, HARS y BAI), además de ítems añadidos basados en la experiencia propia de los autores. Se entiende el estrés como un proceso que incluye estímulos desencadenantes, la valoración de dichos estímulos y de los recursos para afrontarlos, las respuestas cognitivas, fisiológica y motora a dichos estímulos y las consecuencias de estas conductas (77).
- c. Depresión. La Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA) fue diseñada tomando como punto de partida, las escalas más utilizadas para la medición clínica de la depresión (BDI, HAM-D, DAS y MADRS), además de ítems que responden a la experiencia clínica de los autores. La depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de conductas desadaptativas, tales como alteraciones del estado de ánimo, anhedonia, apatía, contenido irracional de las cogniciones, alteraciones de memoria y atención y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio (77).

Dicho esto, a continuación, se presentan los resultados obtenidos en los instrumentos anteriormente mencionados, en relación con los grupos de estudio.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Por debajo del percentil 50 de la escala de Rosenberg	11	64,7%	2	50%	9	69,2%	6	60%	5	71,4%
Riesgo de Depresión según escala ESDETRA	7	41,2%	-	-	7	53,8%	4	40%	3	42,9%

Riesgo de Ansiedad según escala ESANTRA	11	64,7%	1	25%	10	76,9%	8	80%	3	42,9%
---	----	-------	---	-----	----	-------	---	-----	---	-------

Tabla 21 Resultados obtenidos en las escalas de Rosenberg, ESDETRA y ESANTRA. Fuente propia.

De esta manera, se evidenció como 11 participantes (64,7%) presentaron valores por debajo del percentil 50 del baremo colombiano para la escala de Rosenberg, es decir, que más de la mitad de la muestra evaluada presentaban puntuaciones que los situaban en una baja autoestima. Estos resultados se encontraron de manera predominante entre el subgrupo de participantes identificados como mujeres y aquellas personas que se encontraban en vigilancia clínica. Las diferencias entre los subgrupos no se encontraron estadísticamente significativas, ni entre los subgrupos de mujeres y hombres trans ( $\chi^2$  Valor de P: 0,916 corrección de Yates), así como tampoco entre quienes realizaban su proceso de reafirmación de género bajo protocolos clínicos y aquellos que recurrían a métodos empíricos ( $\chi^2$  Valor de P: 1,00 corrección de Yates)

Así mismo, 41,2% (n:7) de los participantes en este estudio, superó el punto de corte clínico para la escala ESDETRA, indicando que estas personas se encontraban en riesgo de depresión clínica; nuevamente los resultados de los subgrupos de las mujeres trans y quienes que se encontraban en seguimiento clínico, presentaron las puntuaciones más altas. Estas diferencias entre subgrupos no tuvieron significancia estadística, ni entre los subgrupos de mujeres y hombres trans ( $\chi^2$  Valor de P: 0,183 corrección de Yates), así como tampoco entre quienes realizaban su proceso de reafirmación de género bajo protocolos clínicos y aquellos que recurrían a métodos empíricos ( $\chi^2$  Valor de P: 1,00 corrección de Yates).

Finalmente, en lo referido a la escala ESDETRA, 64,7% (n:11) del total de la muestra presentó puntuaciones por encima del punto de corte clínico establecido para esta escala, indicando que estas personas tenían riesgo de ansiedad clínica. En esta ocasión el subgrupo de participantes que habían emprendido métodos empíricos y nuevamente el subgrupo de mujeres trans, fueron los subgrupos que puntuaron más alto en esta escala. Estas diferencias entre subgrupos no tuvieron significancia estadística, ni entre los subgrupos de mujeres y hombres trans ( $\chi^2$  Valor de P: 0,193 corrección de Yates), así como tampoco entre quienes realizaban su proceso de reafirmación de género bajo protocolos clínicos y aquellos que recurrían a métodos empíricos ( $\chi^2$  Valor de P: 0,288 corrección de Yates).

Nuevamente es el subgrupo de participantes identificados como trans masculinos, quienes tienen mejores resultados en las variables de salud mental medidas, de hecho, ningún participante de este subgrupo obtuvo puntuaciones de riesgo para depresión. También es de resaltar que en todos los casos analizados el subgrupo de trans femeninas se encuentra entre los subgrupos con mayores prevalencias de las variables estudiadas (ilustración 5).

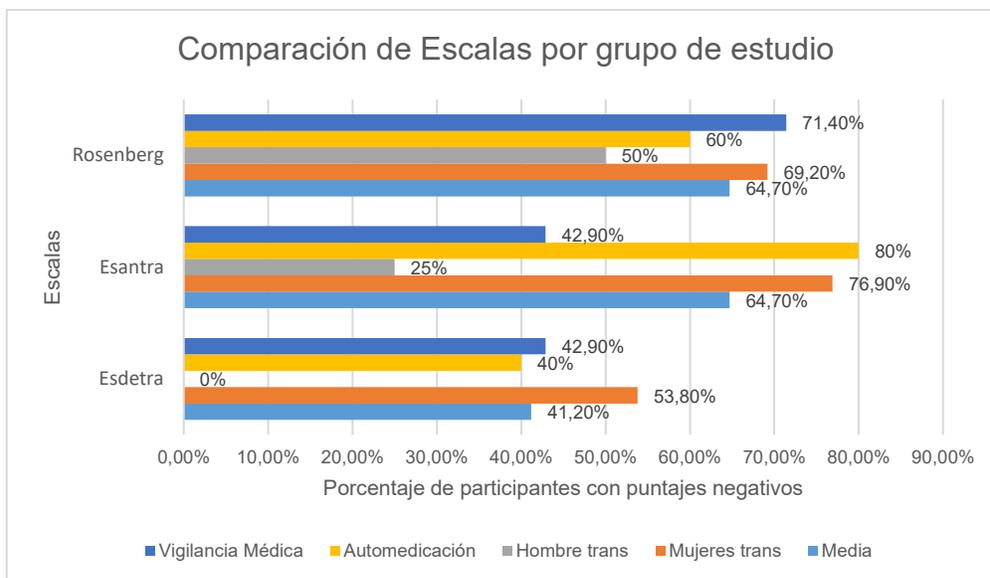


Ilustración 5 Comparación de las puntuaciones obtenidas en las Escalas específicas de resultados mentales en los grupos de estudio. Fuente propia

Por otra parte, merece la pena destacar algunas variables relevantes de estas escalas, por ejemplo: 41,2% (n:7) de la muestra aseguró haber fantaseado con el suicidio, 35,3% (n:6) manifestó que si su imagen corporal no se adaptaba preferían morir, 41,2% (n:7) respondió de manera afirmativa al enunciado que refería que se sentía tan agitado que les costaba conciliar el sueño, 53% (n: 9) de la muestra (61,5% de las mujeres trans) refirió sentirse inseguros, 70,6% (n:12) respondió de manera afirmativa el enunciado “*mi futuro me preocupa mucho*”, de esos, principalmente participantes identificados como mujeres trans (84,6% de las mujeres trans de la muestra), finalmente, 41,2% (n:7) dio una respuesta afirmativa ante el enunciado “*me da miedo contar mi situación*”.

### 8.3.3 Resultados de las variables Factores de Estrés Proximal y Factores de Resiliencia del Instrumento GMSR

Por otro lado, se dispuso del uso del instrumento GMSR (Gender Minority Stress and Resilience Measure por sus siglas en inglés - Medida de Resiliencia y Estrés Minoritario de Género), el cual está basado en el modelo de estrés de las minorías para la cuantificación de variables de interés en la población estudiada en lo referente a temas de salud mental.

El modelo de estrés de las minorías conceptualiza la forma en que el estrés social específico impacta negativamente en las condiciones de salud, partiendo de la premisa de que las experiencias de estigmatización toman la forma de un estrés específico, llamado minoritario, que a su vez afecta el estado de salud de la persona trans en cuestión. Aunque inicialmente fue propuesto para población LGB (lesbianas, gays y bisexuales), estudios recientes en personas trans y no conformes

con el género han demostrado conexiones similares entre factores estresantes minoritarios particulares, factores de resiliencia y disparidades de salud mental y física (80).

En este apartado de los resultados se analizaron las categorías de los estresores minoritarios, conceptualizados como *estresores proximales o internos*, que incluyen: el miedo a una mayor victimización o discriminación y desconfianza hacia los demás, creencias negativas internalizadas sobre la identidad ("transfobia internalizada") y el estrés de tener que ocultar la identidad (80).

De igual manera, Meyer también menciona los factores específicos de las minorías que tienen el potencial de mitigar las experiencias del estrés minoritario; describe cómo las personas pertenecientes a minorías sexuales que interactúan con la comunidad pueden acceder a dichos *factores de resiliencia*, a saber: el apoyo social y emocional de otros con identidad y experiencias compartidas y orgullo de identidad y pertenencia a la comunidad (80).

De esta manera, en la siguiente tabla (tabla 22) se exponen los resultados obtenidos por los participantes en este estudio, en lo relacionado con los factores estresantes proximales y los factores de resiliencia, para los diferentes subgrupos de análisis propuestos con anterioridad.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
FACTORES DE ESTRÉS PROXIMAL	36,50	19,39	19,50*	12,23	42,16*	18,21	40,22	19,91	31,71	19,07
Transfobia Internalizada	9,64	8,51	2,75	2,75	11,76	8,60	10,77	9,40	7,57	8,07
Expectativas negativas para eventos Futuros	17,62	8,63	12,50	7,50	19,33	8,57	19	10	15,85	6,81
Ocultamiento	9,50	6,68	4,25	3,94	11,25	6,57	10,44	7,36	8,28	6,01
FACTORES DE RESILIENCIA	39,31	8,44	45,25	5,37	37,33	8,49	38,11	8,85	40,85	8,29
Orgullo	23,58	6,50	28,5	3,69	22,07	6,51	22,6	6,46	25	6,78
Conectividad comunitaria	15,12	4,34	16,75	2,98	14,58	4,69	14,55	5,29	15,85	2,96

Tabla 22 Resultados obtenidos para las subescalas de Factores de estrés proximal y Factores de Resiliencia del instrumento GMSR. Fuente propia.

Así, la media de la puntuación obtenida por la muestra de participantes en la subescala global de Factores de estrés proximal fue de 36,50 (IC 27,01-45,98), encontrando puntuaciones más altas en el subgrupo de mujeres trans y de participantes que habían emprendido medidas empíricas, respecto del subgrupo de participantes identificados como hombres trans y aquellos participantes que se encontraban en seguimiento clínico. Particularmente, merece la pena señalar que para esta variable se encontró una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,153) y que

la diferencia entre el subgrupo de participantes identificados como trans femeninos, frente al subgrupo trans masculino fue estadísticamente significativa (Valor de P: 0,038 t-student).

Por su parte, en lo referente a la subescala de Factores de Resiliencia, se encontró que la media de la puntuación obtenida por la muestra fue 39,31 (IC 35,17 – 43,44); estas medias fueron más altas para el subgrupo de participantes identificados como hombres trans y para quienes se encontraban en vigilancia clínica con respecto al subgrupo de participantes identificados como mujeres trans y quienes habían recurrido a métodos empíricos, respectivamente. Para esta variable se encontró una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,754) y ninguna de las diferencias mencionadas anteriormente fueron estadísticamente significativas.

De esta manera, se hace evidente como en todos los casos estudiados, el subgrupo de mujeres trans y de participantes que habían emprendido medidas empíricas para la reafirmación de su género obtuvieron los puntajes más altos para las variables de la subescala de Factores de Estrés Proximal y la propia subescala en su conjunto (ilustración 6). Este hecho nos habla de cómo el subgrupo de mujeres trans, que como vimos en el capítulo de caracterización de la muestra es a su vez el subgrupo con mayores dificultades en la esfera socio-económica, presenta en esta misma línea mayores resultados negativos en su esfera psíquica, mayor interiorización de los mensajes negativos que recibe de su entorno con respecto a su identidad de género disidente (transfobia interiorizada), a su vez con una mayor percepción negativa acerca de su futuro y en consecuencia con estos hechos intentan encajar lo más posible en una sociedad hetero-cis normativa y con una concepción tan binaria del género, tratando así de minimizar sus particularidades y su visibilidad como miembros de una minoría sexual que las hacen vulnerables.

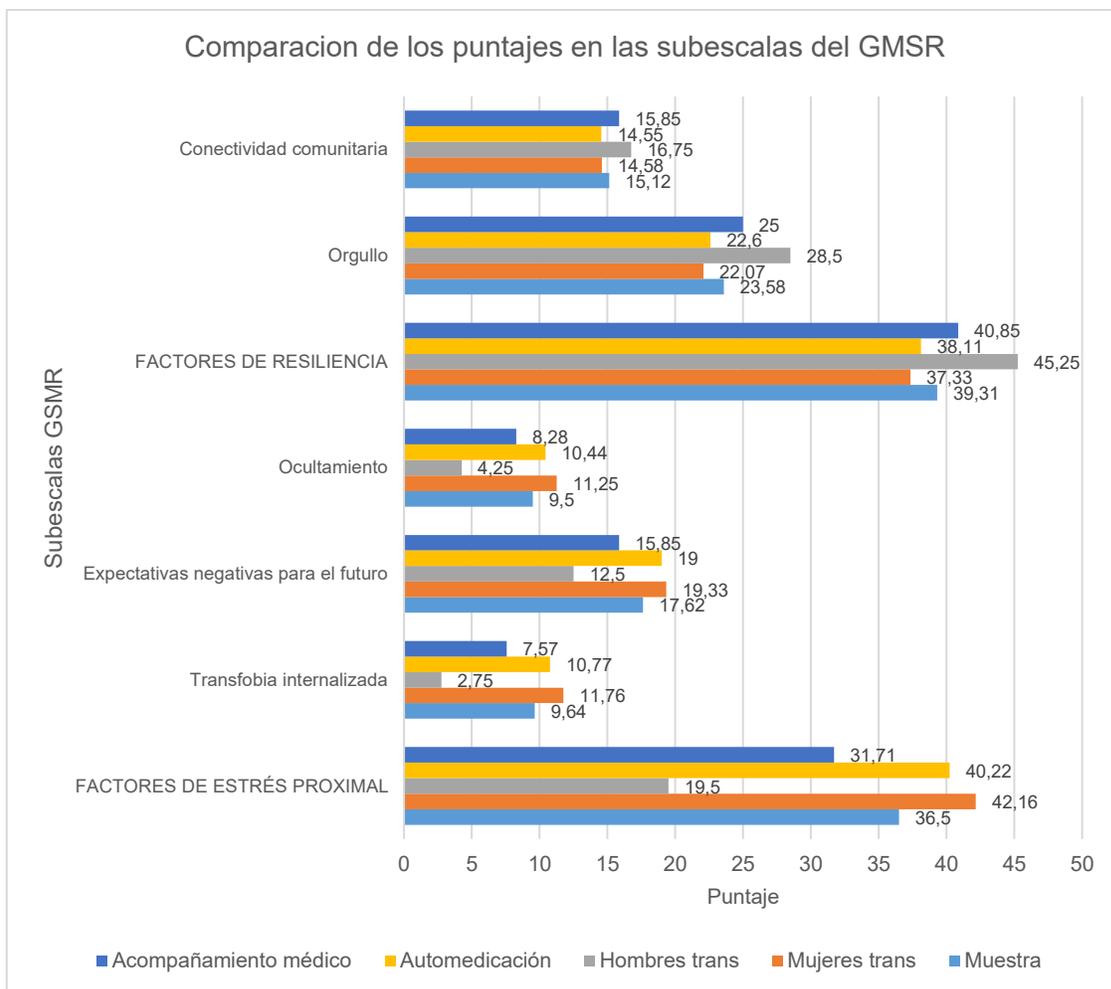


Ilustración 6 Gráfica comparativa de las medias de los puntajes obtenidos por los diferentes subgrupos estudiados en las subescalas de Factores de Estrés Proximal y Factores de Resiliencia del instrumento GMSR. Fuente propia.

Por ejemplo, más de un tercio de la muestra (41,2%) estuvo de acuerdo con el enunciado que afirmaba “*si la gente se entera que mi identidad de género no se corresponde con mi sexo asignado al nacer pensarán que estoy mentalmente enfermo o que estoy loco*”. Así mismo más de un tercio de la muestra (35,3%) manifestaron como verdadera la afirmación “*si la gente se entera de mi identidad de género pensarán que soy asqueroso o pecaminoso*”, todos correspondían al subgrupo de mujeres trans (46,2%). Casi la mitad de la muestra (47,1%) dieron como afirmativo el enunciado “*si la gente se entera de mi identidad de género voy a ser víctima de un crimen o violencia*” y cerca de un tercio de la muestra (29,4%) respondieron afirmativamente la afirmación “*voy a ser arrestado o acosado por la policía por mi identidad de género*”, la misma proporción de participantes (29,4%) que estuvieron de acuerdo con el enunciado “*debido a mi identidad de género me negarán atención médica*”. Finalmente, más de la mitad de la muestra (53%), estuvieron de acuerdo con el enunciado “*evito exponer mi cuerpo para que la gente no se entere de mi identidad de género*”.

Por otro lado, se hace evidente como de manera consistente el subgrupo de participantes identificados como hombres trans junto con el subgrupo que se encuentra en vigilancia clínica, son los que han tenido mejores resultados en las variables de la subescala de Factores de Resiliencia y en la subescala en su conjunto (ilustración 10). Es decir, estos subgrupos disponían de una mejor red de apoyo social y emocional entre pares, de experiencias compartidas y el orgullo de pertenecer a una comunidad, en conclusión, el sentido de pertenencia a esta comunidad. Por lo tanto, las experiencias de apoyo comunitario y orgullo de identidad pueden proporcionar un amortiguador contra algunos de los estresores minoritarios. Sería válido pensar que en el caso del subgrupo de participantes identificados como trans masculinos las presiones sociales heteronormadas, con una concepción binaria del género y patriarcales, serían menores en comparación con las personas que se identifican como mujeres trans y que, de igual manera, los resultados fenotípicos en los hombres trans en tratamiento hormonal son mucho más beneficiosos si se los compara con los resultados que obtienen las mujeres trans en este mismo proceso, lo que les permitiría ser más fácilmente leídos por la sociedad como hombres cisgénero.

#### 8.3.4 Resultados de la evaluación del concepto de Dismorfia Corporal con el instrumento EDIG

Finalmente, se retomó la categoría diagnóstica de Dismorfia Corporal propuesta por el DSM-IV-TR y contenida dentro del instrumento evaluativo EDIG, al encontrar resultados interesantes a este respecto en la muestra analizada.

Así, la característica esencial de este diagnóstico (conocido históricamente como dismorfofobia) es la preocupación por algún defecto en el aspecto físico (Criterio A). Este defecto puede ser imaginario o realmente existir, pero la preocupación del individuo por es claramente excesiva (Criterio A), este diagnóstico incluye la preocupación o malestar significativo, así como el deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo a causa de este padecimiento (Criterio B) (100).

Se presenta a continuación, los resultados obtenidos por la muestra estudiada mediante la evaluación del instrumento EDIG para este diagnóstico propuesto (tabla 23)

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	n	(%).	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Dismorfia corporal	6	35,3%	-	-	6	46,2%	4	40%	2	28,6%

Tabla 23 Resultados para la categoría diagnóstica de Dismorfia Corporal, contenido en el instrumento EDIG. Fuente propia.

De esta manera, se puede apreciar que 35,3% (n:6) de la muestra analizada cumplió con criterios diagnósticos para esta entidad clínica, sin embargo, ninguno de los participantes identificados como hombres trans reunieron criterios diagnósticos,

frente al 46,2% de las participantes identificadas como mujeres trans. Así mismo, más participantes que habían recurrido a medidas empíricas para la reafirmación del género (40%), reunieron criterios diagnósticos de dismorfia corporal, frente a los participantes que se encontraban en seguimiento clínico bajo protocolos (28,6%).

Estos resultados indicarían que entre mayor fuese el sentimiento de inconformidad con su propio cuerpo, más propensas serían estas participantes en recurrir a la automedicación hormonal y a la inyección de sustancias en el cuerpo para la reafirmación del género.

#### 8.4 Comparar las condiciones sociales de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

Como parte de la evaluación biopsicosocial del concepto de salud que enmarca esta investigación, donde se adopta la visión propuesta por la OMS donde se entiende la salud como el estado de máximo bienestar y no solo la ausencia de enfermedad se propuso en este trabajo la evaluación del componente de bienestar social para las personas transexuales.

##### 8.4.1 Resultados en la escala de discriminación trans TDS21

Comprender las experiencias de discriminación de las personas trans es importante porque dichas experiencias se han relacionado con la salud mental adversa, así como los resultados de salud física (84). La escala TDS21 evalúa la discriminación de la que son objeto las personas trans, a través de la evaluación de 5 factores:

- a. Factor 1. Microagresiones y Hostigamiento. Se refiere a las acciones a nivel micro que implican un grado de discriminación en la cotidianidad.
- b. Factor 2. Carrera restringida y oportunidades de trabajo. Valora la posibilidad de acceso a oportunidades laborales que tienen las personas trans.
- c. Factor 3. Maltrato en entornos de atención médica. Explora las experiencias de discriminación que son objeto las personas trans al tratar de acceder a servicios de salud.
- d. Factor 4. Acoso por la aplicación de la ley. Evalúa el acoso y hostigamiento por parte de oficiales de policía, oficiales de seguridad.
- e. Factor 5. Bullying y acoso en entornos educativos. Evalúa experiencias de discriminación y acoso por parte de docentes y compañeros en entornos educativos.

De esta manera, se relacionan los resultados obtenidos por los participantes de este estudio en las diferentes subescalas de discriminación evaluadas, por los diferentes subgrupos de estudio propuestos (tabla 24).

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Microagresiones y Hostigamiento	3,89	1,23	2,50*	0,94	4,32*	0,98	4,33	1,05	3,26	1,28
Carrera restringida y Oportunidades de trabajo	2,86	1,63	1,66*	1,12	3,23*	1,62	3,51	1,61	2,09	1,51
Maltrato en entornos de atención médica	2,43	1,15	1,66	0,72	2,66	1,17	2,53	1,27	2,28	1,02
Acoso por la aplicación de la ley	2,05	1,28	1,16*	0,33	2,33*	1,35	2,62*	1,53	1,33*	0,43
Bullying y acoso en entornos educativos	2,61	1,27	1,31*	0,62	3,01*	1,14	3,27*	1,10	1,67*	0,86

Tabla 24 Resultados obtenidos en el instrumento TDS21 por los diferentes subgrupos de estudio. Fuente propia.

Así, la media del puntaje obtenido para la subescala de *Microagresiones y Hostigamiento* para la muestra de este estudio fue de 3,89 (IC: 3,30-4,47), observándose puntajes más altos entre el subgrupo de participantes identificados como mujeres trans y el subgrupo de participantes que habían recurrido a medidas empíricas para la reafirmación del género, frente a los hombres trans y aquellos que se encontraban en seguimiento clínico, respectivamente. Esta variable tenía una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,327) y la diferencia encontrada entre el subgrupo de participantes identificadas como mujeres trans con respecto al subgrupo de hombres tras tuvo una significancia estadística (Valor de P: 0,005 t-student).

Así mismo, para la subescala *Carrera restringida y oportunidades de trabajo* se encontró una media para la muestra estudiada de 2,86 (IC: 2,09 – 3,62), encontrándose medias más altas en los subgrupos identificados como mujeres trans y el subgrupo de participantes que habían recurrido a medidas empíricas con respecto al subgrupo de hombres trans y quienes se encontraban en seguimiento clínico, respectivamente. Esta variable no tiene una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,044), la diferencia encontrada entre el subgrupo de mujeres trans y hombres trans fue estadísticamente significativa (Valor de P: 0,04 U de Mann-Whitney).

Por su parte, la media de la puntuación obtenida por la muestra para la subescala de *Maltrato en entornos de atención medica* fue de 2,43 (IC: 1,90 – 2,95). Para esta variable se encontró una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,272) y para ninguna de las diferencias mencionadas anteriormente se encontró significancia estadística.

De la misma manera, la media de la puntuación obtenida por la muestra en la subescala *Acoso por la aplicación de la ley* es de 2,05 (IC: 1,44 – 2,65); el subgrupo de participantes de mujeres trans obtuvo una media más alta en comparación con el subgrupo de hombres trans, esta diferencia se encontró estadísticamente significativa (valor de P: 0,024 U de Mann-Whitney); así mismo, la media para esta subescala fue mayor en el subgrupo de participantes que habían emprendido medidas empíricas, con respecto al subgrupo que se encontraba en vigilancia clínica (valor de P: 0,014 U de Mann-Whitney).

Finalmente, para la subescala *Bullying y acoso en entornos educativos* se encontró una media de la puntuación para la muestra analizada en este estudio de 2,61 (IC: 2,02 – 3,19); la media para esta subescala fue mayor en el subgrupo de mujeres trans con respecto a los participantes identificados como hombres trans (valor de P: 0,013 t-student); de igual manera, la puntuación de los participantes que habían emprendido medidas empíricas fue mayor en comparación con el subgrupo que se encontraba en vigilancia clínica (Valor de P: 0,006 t-student).

De esta manera, se hace evidente como para todos los casos analizados, los puntajes más bajos obtenidos para la escala de discriminación TDS21 son los alcanzados por el subgrupo de participantes identificados como hombres trans, estas circunstancias develan que este subgrupo en menor medida se encuentra expuesto a circunstancias de hostigamiento y discriminación en las diferentes ámbitos; en el mismo sentido, es el subgrupo de participantes que han emprendido medidas empíricas para la reafirmación de género el que en mayor número de ocasiones obtiene el puntaje más alto para las subescalas analizadas.

Merece la pena recordar en este punto del análisis, que el subgrupo de participantes que han emprendido medidas empíricas para la reafirmación de género está conformado en su totalidad por mujeres trans. Estos resultados reflejan que es el subgrupo mujeres trans que han emprendido medidas empíricas para la reafirmación de género, el subgrupo más vulnerable ante las situaciones de discriminación y acoso en todas las esferas. Estos resultados estarían en concordancia con los expuestos en los capítulos predecesores, donde son justamente estos subgrupos los que peores puntajes obtienen tanto en los resultados de salud física como en las condiciones de salud psíquica, mostrando una posible asociación entre estas variables.

#### 8.4.2 Resultados en la subescala de Factores de Estrés Distal del instrumento GMSR

Para este capítulo de los resultados se dispuso de la subescala de Factores de Estrés Distal; esta subescala involucra las experiencias directas de discriminación, rechazo o violencia relacionadas con la identidad de género. Se entiende que tales experiencias de victimización aumentan la angustia y afectan la salud mental (80).

Además de la violencia, el rechazo y la discriminación experimentados, las personas trans pueden experimentar un factor estresante distal adicional, que se ha denominado la no afirmación de género, esta se presenta cuando el sentido interno de identidad de género no es afirmado por los otros (80).

A continuación, se presentan las medias de los puntajes obtenidos por los subgrupos de estudio planteados en esta investigación en lo referente a la subescala de Factores de Estrés Distal del instrumento GMSR y sus variables.

Característica	Muestra	Trans masculino	Trans femenino	Auto-medicación	Vigilancia médica
----------------	---------	-----------------	----------------	-----------------	-------------------

	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
FACTORES DE ESTRÉS DISTAL	20,94	9,95	11,25*	7,88	23,92*	8,69	24,70	9,84	15,57	7,84
Discriminación	2,52	1,23	2,00	0,81	2,69	1,31	2,70	1,49	2,28	0,75
Rechazo	3,58	1,80	2,50	1,91	3,92	1,70	3,70	1,76	3,42	1,98
Victimización	2,23	1,67	1,50	1,73	2,46	1,66	2,80	1,68	1,42	1,39
No Afirmación	12,58	7,54	5,25*	4,50	14,84*	6,87	15,50	7,80	8,42	5,09

Tabla 25 Resultados obtenidos para la subescala de Factores de Estrés Distal del instrumento GMSR. Fuente propia.

De esta manera, se observa que la media de la puntuación obtenida por la muestra para la subescala de Factores de Estrés Distal es de 20,94 (IC 16,21-25,66), siendo el subgrupo de participantes identificadas como mujeres trans las que obtuvieron un puntaje más alto en esta subescala, con respecto al subgrupo de hombres trans esta diferencia encontrada tuvo significancia estadística (Valor de P: 0,02 t student). Esta variable presento una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,987).

En lo referente a la variable de no afirmación de la identidad de género, se obtuvo una media del puntaje de 12,58 (IC 9,01-16,14) para la muestra analizada, siendo más alto este puntaje entre el subgrupo de participantes identificadas como mujeres trans con respecto al subgrupo de hombres trans, esta diferencia se encontró estadísticamente significativa (Valor de P: 0,020 t student). Para esta variable se encontró una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,356).

Así, se puede apreciar como en la mayoría de los casos analizados es el subgrupo de participantes que han emprendido medidas empíricas para la reafirmación de género el que ha obtenido los puntajes más altos en la subescala de Factores de Estrés Distal y sus variables, superado solo en la variable de Rechazo relacionado con el género por el subgrupo de participantes identificadas como mujeres trans (ilustración 7). De esta manera se hace evidente cómo las mujeres trans constituyen el subgrupo de participantes más vulnerables con respecto a la subescala de estrés distal, presentando por ejemplo mayores dificultades en el acceso a la hora de alquilar una vivienda, las más expuestas a violencia por motivo de género, incluyendo la violencia sexual y, especialmente, es el grupo que más dificultades presenta en lo concerniente a la no afirmación de la identidad de género.

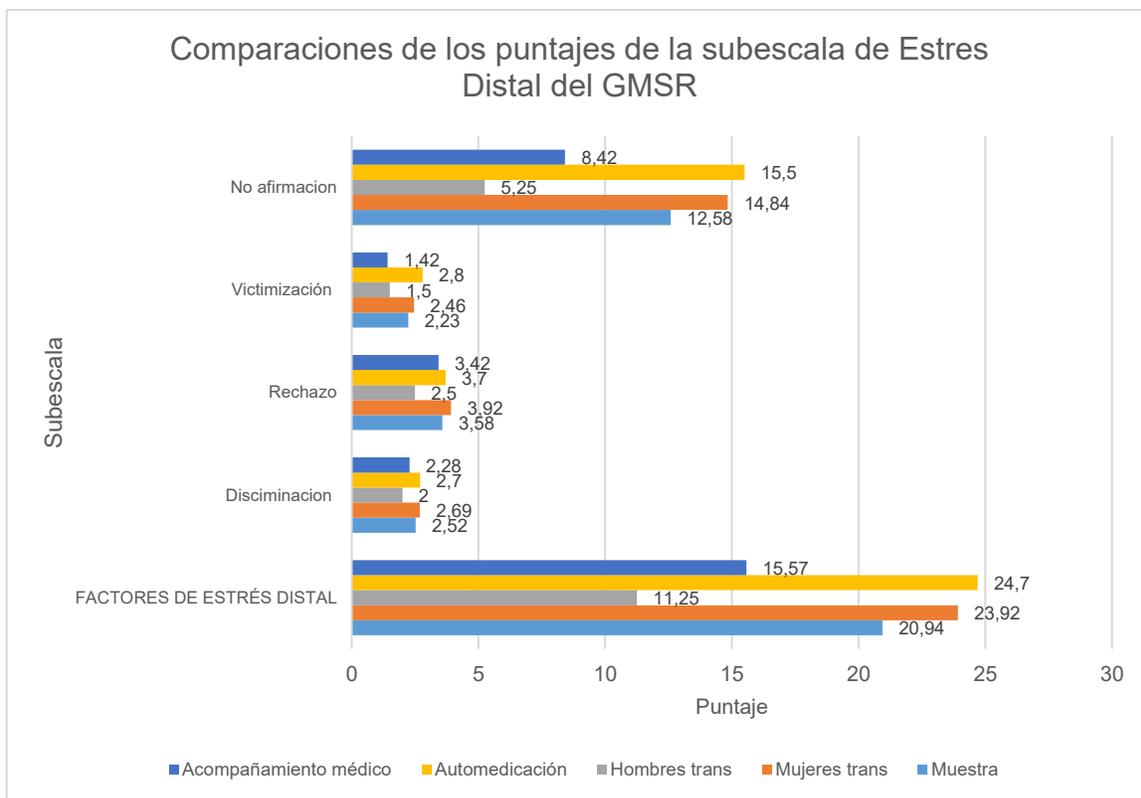


Ilustración 7 Gráfica comparativa de las medias de los puntajes obtenidos por los diferentes subgrupos estudiados en las subescalas de Factores de Estrés Distal del instrumento GMSR. Fuente propia.

En esta medida, merece la pena destacar algunos de los ítems evaluados en esta subescala, de especial relevancia para el análisis. Así, por ejemplo, 76,5% (n:13) de los participantes en el estudio estuvo de acuerdo con el enunciado “*he tenido dificultades para acceder al tratamiento médico debido a mi identidad de género*”, 23,5% (n:4) de la muestra declaró de manera afirmativa ante el enunciado “*he tenido dificultades para alquilar una vivienda debido a mi identidad de género*”, de ellas, su totalidad fueron mujeres trans (30,8%); por otro lado, 52,9% (n:9) de los participantes estuvo de acuerdo con la afirmación “*he tenido dificultades para encontrar un empleo debido a mi identidad de género*”, en su totalidad fueron participantes identificadas como mujeres trans (69,2% de las mujeres trans); 76,5% (n:13) estuvo de acuerdo con el enunciado “*he tenido dificultades para encontrar una pareja debido a mi identidad de género*”, 70,6% de los participantes respondió de manera afirmativa ante la afirmación “*he sido rechazado de una comunidad religiosa debido a mi identidad de género*”.

De igual manera, 88,2% (n:15) de los participantes manifestó haber sido víctimas de acoso verbal a causa de su identidad de género en algún momento de su vida, mientras que 29,4% (n:5) habían sido amenazados de daño físico y 35,3% (n:6) había sido víctima efectivamente de daño físico por causa de su identidad de género en algún momento de su vida. Así mismo, 29,4% (n:5) de participantes en este

estudio manifestó haber sido víctimas de violación sexual por causa de identidad de género, todas ellas mujeres transexuales (38,5% de la muestra de mujeres trans, es decir, más de un tercio de este subgrupo). Por otro lado, 47,1% (n:8) de la muestra consideró que tenía que ser hipermasculino o hiperfemenino, para ser aceptado como miembro del género sentido, en su totalidad fueron mujeres trans (61,5%).

8.4.3 Resultados de la subescala de Función Social del instrumento SF36  
Finalmente, se dispuso en este apartado de la subescala de Función Social del instrumento SF36. Para esta subescala puntuaciones cercanas al cero (0) indican interferencias extremas y muy frecuentes con las actividades sociales habituales, debido a problemas físicos o emocionales, mientras que puntuaciones más cercanas al cien (100) indican que el individuo lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales (97,98).

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos en esta subescala del instrumento SF36 para los diferentes grupos de estudio.

Característica	Muestra		Trans masculino		Trans femenino		Auto-medicación		Vigilancia médica	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Función Social	67,64	21,63	84,37	11,96	62,50	30,19	61,25	31,43	76,78	22,16

Tabla 26 Medias de los puntajes transformados en la subescala de Función Social de la Escala SF36. Fuente propia

Se encuentra para esta subescala puntuaciones más bajas en el subgrupo de participantes identificados como mujeres trans y entre quienes habían recurrido a las medidas empíricas, con respecto al subgrupo de participantes identificados como hombres trans y quienes se encontraban en vigilancia clínica, respectivamente. Ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa, para esta variable se encontró una distribución normal (Shapiro-Wilk 0,075).

De nuevo se evidencia como el subgrupo de participantes que han recurrido a las medidas empíricas para la reafirmación de su género presentan la puntuación más baja de los subgrupos estudiados, seguido muy de cerca por el subgrupo de participantes identificadas como mujeres trans. Para estos grupos las puntuaciones indican una mayor interferencia de sus actividades sociales habituales debidos a síntomas de su salud física y mental. Mientras, para los participantes identificados como hombres trans, estos resultados evidencian mejores condiciones en la esfera social de la salud.

## 8.5 Análisis particulares entre variables

Finalmente, y aunque, no estaba planteado para este estudio, se realiza un análisis correlacional entre las variables estudiadas en los capítulos precedentes, con el objetivo de determinar cómo las condiciones de salud cuantificadas de una esfera particular pudieran estar relacionadas a su vez, con las otras esferas. Así, para este capítulo adicional, se presentarán sólo aquellas asociaciones que tuvieron relevancia estadística.

### 8.5.1 Relación entre los resultados de Autoestima y Depresión

Este primer análisis supone el cruce entre los resultados de las variables de Autoestima, medida a través de la Escala de Rosenberg y la variable de Depresión medida a través del instrumento ESDETRA.

De esta manera, utilizando la siguiente tabla cruzada (tabla 27), se relacionan los resultados obtenidos en las mediciones de estas variables para el presente estudio.

		Dicotomización percentiles escala de Rosenberg				Total	
		Percentil Rosenberg <50		Percentil Rosenberg >50			
		n	%	n	%	n	%
Riesgo de Depresión según ESDETRA	Sin depresión ESDETRA	4	36,4%	6	100%	10	58%
	Riesgo de depresión ESDETRA	7	63,6%	0	0%	7	41,2%
Total		11	100%	6	100%	17	100%

Tabla 27 Tabla cruzada. Cruce de los resultados entre las variables de depresión medida con el instrumento ESDETRA y Autoestima medida con el instrumento Rosenberg. Fuente propia.

De esta manera, se evidencia que 63,6% de los participantes que puntuaron por debajo del percentil 50 de la escala de Rosenberg, es decir, que tenían una autoestima baja, puntuaron concomitantemente con riesgo de depresión según la escala ESDETRA, mientras que, ninguno de los participantes que puntuaron por encima del percentil 50 de la escala de Rosenberg, dieron puntajes que sugirieran riesgo de depresión en la escala ESDETRA.

La diferencia entre el subgrupo de participantes con una puntuación en la escala de Rosenberg por debajo del percentil 50, en comparación con aquellos que tenían puntuaciones más favorables en esta escala, respecto al resultado obtenida en la escala de depresión ESDETRA, es estadísticamente significativa ( $\chi^2$  valor de P: 0,042, corrección de Yates), con un Odds ratio 0,40 (IC 95% 0,18-0,85). Este hallazgo se traduce en que los participantes que tenían puntuaciones por encima del percentil 50 en la escala de Rosenberg tienen 0,40 más probabilidades de presentar concomitantemente puntuaciones con depresión en la escala ESDETRA, es decir, que para los participantes en este estudio, presentar puntuaciones por encima del percentil 50 en la escala de Rosenberg, se comporta como un factor protector frente a las puntuaciones de Depresión de la escala ESDETRA.

Así, en esta medida estos hallazgos sugieren un efecto protector de una buena autoestima frente a los síntomas depresivos para esta muestra de personas trans estudiadas.

### 8.5.2 Relación entre los resultados de Autoestima, Depresión y Ansiedad con las subescalas de Factores de Estrés Distal, Estrés Proximal y Factores de resiliencia.

En la misma línea del análisis propuesto, se realizó la evaluación de las medias de las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas del instrumento GMSR, dicotomizando los grupos según los resultados obtenidos en las escalas de ansiedad, depresión y autoestima. A continuación, se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados para estas variables (tabla 29).

Característica	Muestra		AUTOESTIMA				DEPRESIÓN				ANSIEDAD			
			Percentil Rosenberg >50		Percentil Rosenberg <50		Riesgo de depresión ESEDETRA		Sin depresión ESEDETRA		Riesgo de Ansiedad ESANTRA		Sin riesgo de Ansiedad ESANTRA	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
FACTORES DE ESTRÉS DISTAL	20,94	9,95	13,50*	7,20	25*	9,01	28,42*	7,54	15,70*	8	23,27	10,51	16,66	7,86
FACTORES DE ESTRÉS PROXIMAL	36,50	19,39	13,60*	10,40	46,90*	11,80	51*	8,92	25,22*	17,83	44,72*	16,07	18,40*	12,97
FACTORES DE RESILIENCIA	39,31	8,44	43	4,79	37,63	9,37	35,57	9,77	42,22	6,33	38	7,79	42,20	10,01
Transfobia	9,64	8,51	4,16*	5,38	12,63*	8,58								

Tabla 28 Relación entre los puntajes obtenidos para las variables de las subescalas del instrumento GMSR con los resultados de los instrumentos Rosenberg, ESEDETRA, ESANTRA. Fuente propia.

De esta manera, se encuentran para el caso de la subescala de *Factores de Estrés Distal* los siguientes resultados:

- Autoestima (Rosenberg): se observó que la media en la subescala de Factores de estrés distal fue más alta entre los participantes que tenían una baja autoestima, frente a aquellos que tenían una buena autoestima (valor de P: 0,017 t-student).
- Depresión (ESEDETRA): se observó que entre quienes habían puntuado en riesgo de depresión presentaron puntuaciones de la subescala de Factores de Estrés Proximal mayores, en relación con los participantes que no puntuaban con riesgo de depresión (Valor de P: 0,005 t-student).

Igualmente, para la subescala de Factores de Estrés Proximal se observaron las siguientes asociaciones:

- Autoestima: se observó que aquellos que puntuaban con baja autoestima, presentaron puntuaciones para esta subescala más altas en referencia con aquellos con una buena autoestima (Valor de P:0,000 t-student).
- Depresión: se observaron mayores puntajes de la subescala entre quienes puntuaban en riesgo de depresión según la escala ESDETRA frente a aquellos que puntuaban sin riesgo de depresión (valor de P: 0,003 t-student).
- Ansiedad: se encontró que la puntuación fue mayor entre el subgrupo de participantes con riesgo de ansiedad según ESANTRA frente a quienes no tenían riesgo de ansiedad (valor de P: 0,006 t-student).

De la misma manera, para la subescala de Factores de resiliencia, se encontraron diferencias entre los subgrupos analizados (ver tabla 23), aunque esta diferencia no tuvo significancia estadística.

Finalmente, encontró una asociación entre las puntuaciones en la variable de Transfobia Interiorizada y los resultados obtenidos en la Escala de Rosenberg, encontrando puntajes más altos entre los individuos que tenían una baja autoestima frente a quienes tenían una adecuada (Valor de P: 0,049 U de Mann-Whitney).

### 8.5.3 Relación entre las variables de la escala de salud SF36 y los resultados obtenidos en Autoestima, Ansiedad y Depresión.

Siguiendo con el análisis propuesto, se contempló considerar la asociación entre las subescalas de Salud del instrumento SF36 con los resultados obtenidos por los participantes en este estudio en las escalas de autoestima, ansiedad y depresión. En la siguiente tabla (tabla 30) se relacionan los resultados encontrados.

Característica	Muestra		AUTOESTIMA				DEPRESIÓN				ANSIEDAD			
			Percentil Rosenberg >50		Percentil Rosenberg <50		Riesgo de depresión ESDETRA		Sin depresión ESDETRA		Riesgo de Ansiedad ESANTRA		Sin riesgo de Ansiedad ESANTRA	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Función Física	87,35	12,63					78,57	13,13	93,50	8,18				
Desempeño Físico	72,05	39,41	100	-	56,81	41,96	50	40,82	87,50	31,73	50	40,82	87,50	31,73
Dolor Físico	83,58	26,08	98	3,09	75,72	29,84	68,64	34,93	94,05	10				
Salud General	74,82	24,01	89,83	13,21	66,63	25,03	60	29,29	85,20	12,75				
Vitalidad	63,52	21,63	80,83	13,93	54,09	19,34	50,71	24,05	72,50	15,13	54,54	19,55	80	15,16
Función Social	67,64	28,31					50	30,61	80	19,72				
Desempeño Emocional														
Salud Mental	57,17	25,13	79,33	20,92	45,09	18,33	38,28	18,30	70,40	20,67	43,63	17,92	82	15,33

Tabla 29 Relación entre los puntajes obtenidos para las variables de las subescalas del instrumento SF36 con los resultados de los instrumentos Rosenberg, EDESTRA, ESANTRA. Fuente propia.

Por consiguiente, para la subescala de Función Física se presentan los siguientes resultados:

- Depresión: el puntaje para esta subescala fue mayor puntaje entre quienes no presentaban riesgo de depresión según la escala ESDETRA en comparación con los que tenían puntajes en riesgo de depresión (Valor de P: 0,010 U de Mann-Whitney).

De la misma manera, para la subescala de Desempeño físico, se encontraron los siguientes resultados

- Autoestima: los puntajes se encontraron mayores entre quienes tenían una buena autoestima frente a quienes tenían una mala autoestima (valor de P: 0,017 U de Mann-Whitney).
- Ansiedad: los puntajes fueron mayores entre los participantes que no tenían ansiedad según la escala ESANTRA frente a quienes se encontraban en riesgo de ansiedad (valor de P: 0,017 U de Mann-Whitney).
- Depresión: los puntajes fueron mayores quienes no tenían depresión según la escala ESDETRA en comparación con los que puntuaban con riesgo de depresión (valor de P: 0,037 U de Mann-Whitney).

Para la subescala de Dolor Físico se encontraron los siguientes resultados:

- Autoestima: los puntajes fueron mayores entre quienes tenían una buena autoestima frente a quienes presentan una baja autoestima (valor de P: 0,022 U de Mann-Whitney).
- Depresión: los puntajes fueron mayores entre los participantes que no tenían depresión según la escala ESDETRA frente a quienes puntuaron con riesgo de depresión (valor de P: 0,015 U de Mann-Whitney).

Del mismo modo, para la subescala de Salud General, se encontraron los siguientes resultados:

- Autoestima: los puntajes fueron más altos entre quienes tenían una buena autoestima en comparación con los que tenían una baja autoestima (valor de P: 0,023 U de Mann-Whitney)
- Depresión: los puntajes fueron mayores entre quienes no tenían depresión según la escala ESDETRA en comparación con quienes puntuaban en riesgo de depresión (valor de P: 0,018 U de Mann-Whitney).

Por otra parte, los resultados para la subescala de Vitalidad son los siguientes:

- Autoestima: los puntajes fueron mayores entre los participantes que tenían una buena autoestima, en comparación con los participantes que tenían una mala autoestima (valor de P: 0,009 t-student).
- Ansiedad: los puntajes fueron mayores entre los participantes que no tenían ansiedad según la escala ESANTRA frente a quienes estaban en riesgo de ansiedad (valor de P: 0,015 t-student).
- Depresión: los puntajes fueron mayores entre quienes puntuaban sin riesgo de depresión según la escala ESDETRA, en comparación con aquellos en riesgo de depresión (valor de P: 0,036 t-student).

Mientras tanto, para la subescala de Función Social, se encontraron los siguientes resultados:

- Depresión: la puntuación presentó valores más altos entre los participantes que no se encontraban en riesgo de depresión según la escala ESDETRA, en comparación con los participantes que puntuaban en riesgo de depresión (valor de P: 0,026 t-student).

Finalmente, se encontraron los siguientes resultados para la subescala de Salud Mental:

- Autoestima: las puntuaciones entre los participantes con una buena autoestima fueron mayores, en comparación con los participantes que tenían una baja autoestima (valor de P: 0,003 t-student).

- Ansiedad: las puntuaciones fueron mayores entre quienes puntuaron sin ansiedad según la escala ESANTRA, en comparación aquellos que reportaron en riesgo de ansiedad (valor de P: 0,000 t-student).
- Depresión: los participantes que puntuaban sin depresión según la escala ESDETRA obtuvieron mayores puntuaciones en comparación quienes puntuaban en riesgo de depresión (valor de P: 0,005 t-student).

#### 8.5.4 Relación entre las variables de la escala de discriminación trans TDS21 y los resultados obtenidos en Autoestima, Ansiedad y Depresión

Finalmente, se realizó un análisis entre las variables de la escala TDS21 con los resultados obtenidos en las escalas de ansiedad, depresión y autoestima, sin embargo, al no encontrar relaciones de asociación con significancia y valor estadístico, se pone a consideración del lector el único resultado de este análisis en donde sí se encontraron estos criterios.

Característica	Muestra		ANSIEDAD			
			Riesgo de Ansiedad ESANTRA		Sin riesgo de Ansiedad ESANTRA	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
TDS21 Maltrato en entornos de atención médica	2,43	1,15	3,19*	1,16	1,90*	0,83

Tabla 30 Correlación entre la subescala de Maltrato en entornos de atención médica de la escala TDS21 y los resultados de Ansiedad. Fuente propia.

De esta manera, los resultados indican que los puntajes obtenidos en la subescala de Maltrato en entornos de atención médica presentaron unos resultados mayores entre los participantes que puntuaban con riesgo de ansiedad según la escala ESANTRA, en comparación con los participantes que no puntuaban con ansiedad (Valor de P:0,017 t-student).

Se puede concluir con estos resultados, que existe una correlación entre los resultados obtenidos en la subescala de maltrato en entornos de atención médica y los puntajes obtenidos en la escala ESANTRA de ansiedad. De esta manera, menores puntuaciones en esta subescala (es decir, menores exposiciones a experiencias de discriminación al tratar de acceder a servicios de salud) están asociados a puntuaciones sin riesgo de ansiedad.

## 8. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten conocer un panorama de la salud de las personas con experiencias de vida trans en Colombia y las prácticas a que éstas recurren con el fin de hacer que sus cuerpos coincidan con la imagen mental que tienen de sí mismos. En este apartado se retomarán los resultados por secciones, según fueron descritos para su análisis.

### 8.1 Caracterización sociodemográfica la población transexual

Mediante los resultados obtenidos se evidenció que hasta un 11,8% de las mujeres trans participantes refirieron el uso del etinil estradiol, que como se mencionó con anterioridad, se encuentra contraindicado para el manejo hormonal cruzado en mujeres trans (7); así mismo 11,8% de la muestra refirieron monoterapia con antiandrógeno lo cual es sabido que se relaciona con mayores resultados adversos tanto en la salud ósea, así como la disminución del factor neurotrófico cerebral (BDNF), relacionado entre otras con la disminución de la sustancia gris cerebral, que puede tener efectos sobre las funciones mentales superiores y con procesos mórbidos como la depresión (63).

Los resultados encontrados en este estudio se contrastan con los resultados del estudio de *ESTRÉS, SALUD Y BIENESTAR DE LAS PERSONAS LGBT EN COLOMBIA* realizados por el instituto Williams, donde significativamente más encuestados transgénero (25%) estaban en el estado económico más bajo (nivel 1), en comparación con los demás encuestados LGB. Así mismo, este mismo estudio encontró que en términos de educación, una proporción menor de encuestados transgénero (25%) tenía una educación universitaria en comparación con los encuestados LGB, y que la mayoría de los encuestados transgénero (79%) eran solteros. De igual manera, este estudio evidenció que una proporción mayor de encuestados trans (44%), estaban desempleados en comparación con los encuestados LGB, así como que el 50% de los encuestados trans reportaron un ingreso personal menor al del salario mínimo legal vigente COL \$ 781,242 (alrededor de US \$ 260) (33), todos estos resultados similares a los encontrados en la presente muestra.

### 8.2 Condiciones de salud física

En lo referente a los resultados obtenidos en la evaluación de la salud sexual de esta muestra de personas, se hace evidente que la prevalencia de la mayoría de las disfunciones sexuales fue mayor en comparación con la población colombiana general. Por ejemplo, Espitia-De la Hoz en 2018, encontró que la prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres cisgénero fue del 32,97 % principalmente en lo referente al deseo (32,97 %), el orgasmo (21,93 %), la excitación (16,86 %), y dolor (7,56 %), todos estos menores a los resultados de este estudio (101).

Por otro lado, los datos de la prevalencia de disfunciones sexuales contrastan con los datos encontrados en el estudio de seguimiento ENIGI (European Network for

the Investigation of Gender Incongruence initiative - Red Europea para la Investigación de la Incongruencia de Género) en Gante, Hamburgo y Ámsterdam.

Las disfunciones sexuales más frecuentes reportadas por este grupo tanto en hombres como en mujeres trans fueron la dificultad para iniciar y buscar el contacto sexual y la dificultad para alcanzar el orgasmo. Además, las mujeres trans a menudo informaron un deseo sexual demasiado bajo y los hombres trans a menudo informaron un deseo sexual demasiado fuerte (99).

Específicamente, en el caso de las mujeres trans el 69% informó al menos 1 disfunción sexual, las disfunciones sexuales más frecuentes fueron: dificultad para alcanzar un orgasmo (29%), dificultad al iniciar el contacto sexual (26%), y dolor durante las relaciones sexuales (24%) (99).

Así mismo, de los hombres trans, 54% informó al menos 1 disfunción sexual. Las disfunciones sexuales más frecuentes para los hombres trans fueron: dificultad para iniciar y buscar el contacto sexual (32%), miedo al contacto sexual (22%) y dificultad para alcanzar el orgasmo (15%). El miedo a lesionarse (16%) solo se calculó para los hombres trans que se sometieron a cirugía genital (99).

Un factor determinante, encontrado por el estudio en mención es que la angustia causada por la disforia de género a menudo impide que las personas trans desarrollen completamente su salud sexual y el experimentar actividades sexuales placenteras (99). Estas personas pueden experimentar disforia corporal incluso después del tratamiento médico. Estos autores consideran necesaria la consejería y la terapia sexual para ayudar a las personas trans a mejorar su salud sexual (99).

En este estudio se encontró que las mujeres trans que se habían sometido a una vaginoplastia informaron una angustia significativamente menor causada por dificultades de excitación, aversión sexual y bajo deseo sexual en comparación con las mujeres trans que solo tomaban hormonas (99).

De igual manera, en el estudio mencionado los hombres trans que se sometieron a una metoidioplastia a menudo informaron más disfunciones sexuales. Se ha sugerido que la cirugía de tórax puede ser un factor crucial para la autoestima sexual de los hombres trans (99). De la misma manera, los hombres trans que planeaban someterse a una cirugía genital experimentaron con mayor frecuencia la ausencia de eyaculación como algo angustiante, lo que revela que estos hombres trans pueden considerar un funcionamiento sexual falocéntrico más importante que los hombres trans que no tienen la intención de una cirugía genital (99).

### 8.3 Condiciones de salud psíquica

Los datos encontrados en este estudio, son similares a los encontrados en los participantes trans de la encuesta ESTRÉS, SALUD Y BIENESTAR DE LAS PERSONAS LGBT EN COLOMBIA del instituto Williams; en este estudio la angustia psicológica se midió mediante la aplicación de la Escala de salud mental Kessler-6,

una puntuación total > 5, indica angustia psicológica moderada; el promedio de la puntuación de los encuestados transgénero fue de 9.68, obteniendo puntajes más elevados en comparación con los demás participantes LGB (33). Igualmente este estudio reveló que el 55% de los encuestados trans informaron haber pensado en el suicidio a lo largo de su vida, y uno de cada tres encuestados transgénero (31%) había intentado suicidarse (33)

Muchos estudios han informado las tasas de diversos problemas de salud mental en muestras de población trans, la cantidad de síntomas depresivos clínicamente significativos han variado del 35 al 62% y en los síntomas de ansiedad se han encontrado tasas de 33 a 48% (102).

Existen algunas particularidades en la forma en que las personas trans experimentan el ocultamiento o la no revelación de identidad de género (conocida como cispasing en la literatura en inglés); en primera medida, el género es percibido de manera general por los otros a través de señales físicas, por lo tanto, la decisión con respecto a la divulgación esta guiada por las características fenotípicas, el acceso a la atención médica, la etapa de transición y la edad al momento de la transición. En segundo lugar, en muchos idiomas y muchas culturas, el género es una característica primaria de identificación que cambia la forma en que se espera que todos los interlocutores sociales se refieran entre sí (80).

Los resultados presentados en las subescalas de Factores de estrés Proximal y Factores de resiliencia para la muestra analizada, revelan unos efectos menos favorecedores para los participantes de este estudio, en comparación con un estudio que midió los factores de Estrés de las minorías de género en una muestra de individuos trans suizos durante su proceso de afirmación del género (103), aunque a su vez, se muestran unos resultados más positivos respecto a otro estudio donde se midieron estos mismos factores en una población transgénero del medio oeste de EE. UU (102). Particularmente llama la atención que en el estudio suizo es el subgrupo de hombres trans quienes obtuvieron resultados más desfavorables respecto al subgrupo de mujeres trans, aunque, en todos los casos, sus resultados son más positivos que los de la muestra en este estudio.

#### 8.4 condiciones sociales relacionadas con la salud

Se ha informado que la discriminación en los entornos de atención médica puede ir desde el acoso verbal hasta la negación total del tratamiento; Shires y Jaffee en 2015 encontraron que 42% de los hombres trans reportó acoso verbal, agresión física o denegación de trato igualitario en un entorno de atención médica, otros estudios han encontrado una amplia gama de tasas de discriminación en la atención médica con un 20-71% de personas trans que informan algún modo de maltrato mientras acceden a la atención. Existe una relación entre la discriminación experimentada y evitar buscar atención; Cruz en 2014 encontró que la mitad de las personas trans habían retrasado la búsqueda de atención médica. Así mismo,

Kattari y Hasche en 2016, encontraron que son las personas más jóvenes quienes tienen tasas más altas de estas experiencias (102).

Con respecto al *Acoso por la aplicación de la ley*, 29% de las personas trans en Colombia han reportado que habían sido verbalmente abusadas por la policía y 24% que habían sido maltratadas de manera física por la policía (33).

De la misma manera, y con respecto a la subescala de *Bullying y acoso en entornos educativos*, la Encuesta LGBT en el ámbito escolar en Colombia mostró que los estudiantes LGBT colombianos reportaron sentirse inseguros en sus escuelas debido a su orientación sexual (67%) y sobre su expresión de género (55%). La mayoría (76%) escuchó expresiones homofóbicas en los colegios durante el año escolar. Más de un tercio (36%) evitó usar los baños del colegio; 23% evitó asistir a clases de educación física; y 15% de los estudiantes LGBT evitaron estar en el colegio después de clases debido al miedo. Así mismo, 23% de los jóvenes evitaron ir a clases por temor al acoso-matoneo, lo que afectó su rendimiento académico. Muchos estudiantes LGBT (84%) han sido víctimas de acoso verbal, acoso físico (43%) y acoso sexual (47%). Casi la mitad (44%) de los estudiantes LGBT reportaron haber sufrido robos o daños de sus objetos personales por parte de otros estudiantes y un tercio (34%) reportó haber sido víctimas de acoso cibernético. En lugar de proteger a los estudiantes LGBT, 37% informaron haber sido agredidos por un maestro debido a su orientación sexual o identidad de género. Finalmente, 25% de los estudiantes fueron penalizados o conocían a otros estudiantes que fueron penalizados por algo relacionado con ser LGBT (33).

Por otro lado, la encuesta nacional de personas transgénero de EE. UU. en 2015 reveló que uno de cada 10 encuestados reportó victimización violenta por parte de un miembro de la familia; la mayoría reportó algún tipo de maltrato en la escuela, incluido el 54% que informó acoso verbal; y el 30% de los encuestados que estaban empleados informaron que fueron despedidos, se les negó un ascenso o experimentaron alguna otra forma de daño basado en la identidad de género. Finalmente, el 33% de los encuestados en este estudio informaron haber sido acosados, se les negó el tratamiento o tuvieron otra experiencia negativa relacionada con su condición de minoría de género cuando vieron a un proveedor de atención médica en el último año (104).

Finalmente, y con respecto a la subescala de *Carrera restringida y oportunidades de trabajo*, un estudio de Bogotá en 2017 reveló que el factor estresante que más impacto había generado a las personas LGBT fue el miedo a perder un trabajo debido a la discriminación; a pesar de encontrar que el 88% de las personas LGBT encuestadas reportaron buena salud, el 46% reportó preocupación y miedo, el 54% cansancio y agotamiento, 49% reportó sentirse irritables, 48% reportaron problemas de sueño y 41% reportó dolores de cabeza y tensión muscular durante el período del año antes de la encuesta (33).

Así mismo, con respecto a las personas encuestadas en el estudio ESTRÉS, SALUD Y BIENESTAR DE LAS PERSONAS LGBT EN COLOMBIA del instituto Williams, casi todos los participantes trans (76%) reportaron haber sufrido agresión verbal a lo largo de su vida, 36% de los encuestados transgénero informaron haber sido golpeadas o atacadas físicamente en su vida, y 27% habían sido agredidas sexualmente (33). Igualmente, 40% de los participantes trans refirieron haber sido despedidos de un trabajo o les negaron un trabajo, 30% manifestó que se les había negado un ascenso o habían recibido una evaluación negativa de su trabajo. Aproximadamente 17% de encuestados trans fueron detenidos por un propietario o agencia de bienes raíces que les impedía hacer mudanza o comprar una casa o apartamento. Casi todas las personas trans encuestadas en este estudio (85%) fueron víctimas del bullying antes de los 18 años (33).

A este respecto, en un estudio realizado por Lombardi y colaboradores en 2002 encontró que 14% de las personas trans informaron haber sido víctimas de una agresión sexual o intento de agresión sexual. Cierta victimización ocurre dentro del contexto de las relaciones; un estudio de Bazargan y Galvan en 2012 en una muestra de mujeres trans informó que 60% fueron víctimas de violencia sexual por parte de su pareja. Un análisis de la violencia de pareja realizado por Langenderfer-Magruder, y colaboradores en 2016 encontró que las personas trans experimentan tasas más altas de violencia de pareja que las personas cisgénero (102).

Merece la pena considerar que existen características adicionales que pueden modular discriminación relacionada con el género; Miller y Grollman en 2015 encontraron que las personas trans cuya apariencia no se ajustaba a las normas sociales de género experimentaron más discriminación que las personas trans cuya apariencia se ajustaba al género. Así mismo, la raza también se cruza con el género para afectar las experiencias de discriminación. Whitfield, y colaboradores en 2014 encontraron que las minorías raciales experimentaron niveles más altos de discriminación que sus pares blancos, en la misma línea de análisis, Kattari, y colaboradores en 2015 encontraron que las personas trans de color experimentaron niveles más altos de discriminación en la atención médica que las personas trans blancas (102).

#### 8.5 Análisis entre variables

Para esta muestra analizada se encontró una correlación entre los factores de estrés distal y los resultados en las escalas de depresión y autoestima; puntuaciones altas en esta subescala se asociaron con niveles de baja autoestima y con puntuaciones que sugerían riesgo de Depresión en la escala ESDETRA.

Así mismo, se evidenció una asociación entre los factores de estrés proximal y los resultados en las escalas de ansiedad, depresión y autoestima; puntuaciones altas en esta subescala, se correlacionaron con puntuaciones que sugerían riesgo de ansiedad según ESANTRA, riesgo de depresión según ESDETRA y niveles de baja autoestima.

Para la muestra analizada se evidenció una correlación entre los niveles de transfobia internalizada y los resultados en autoestima. Las puntuaciones altas en esta variable se asociaban con niveles de baja autoestima.

En este sentido, Breslow y colaboradores en 2015 encontraron que los factores de estrés de las minorías de género, incluida la discriminación trans, la conciencia del estigma y la transfobia internalizada, se correlacionaron positivamente con la angustia psicológica, así mismo, la conciencia del estigma medió significativamente y de manera positiva el vínculo entre la discriminación trans y la angustia psicológica. Del mismo modo, Timmins y colaboradores en 2017 encontraron que la discriminación trans se relacionó con más autoestigma, ocultamiento de la identidad, expectativas de rechazo y angustia entre una muestra de participantes trans (84).

Igualmente, el presente estudio evidenció una asociación entre los resultados en la Función Física y los resultados de depresión, puntuaciones altas en la subescala de función física se correlacionaron con puntajes sin riesgo de Depresión según la escala ESDETRA.

De manera general, las puntuaciones altas logradas en las diferentes subescalas del instrumento SF36 por los participantes del presente estudio, se correlacionaron de manera positiva con haber obtenido puntuaciones libres de depresión y ansiedad según las escalas EDETRA y ESANTRA, así como con resultados que indicaran una buena autoestima según el instrumento de Rosenberg.

A este respecto, numerosos estudios han encontrado que la discriminación, la victimización y el estigma relacionados con el género están asociados con una peor salud física y mental. Los resultados negativos en la salud asociados con las experiencias adversas relacionadas con el género incluyen una mayor angustia psicológica, depresión, ansiedad, consumo de sustancias, trastorno de estrés postraumático, ideación suicida, intentos de suicidio y peor salud física (102).

## 9. CONCLUSIONES

La realización de este trabajo de investigación pretendió cubrir un vacío en el conocimiento existente en el entorno académico médico-científico colombiano, en lo referente a las condiciones de salud de las personas trans, desde un enfoque biopsicosocial abordando el concepto de salud como el estado de máximo bienestar del individuo y no solo como la usencia de enfermedad, según la definición de OMS.

Si bien, en un primer momento se planteó el análisis de las condiciones de salud de las personas trans que tenían asistencia clínica para el proceso de reafirmación de género, frente a los individuos que recurrían a procedimientos empíricos con este mismo fin, el análisis posterior de los resultados encontrados para esta muestra, planteó una ominosa necesidad de realizar el mismo tratamiento de los datos y plan

de análisis para comparar los participantes según su género identitario, con el fin de evaluar los resultados en este nuevo subgrupo de estudio.

En la misma línea y aunque excede el planteamiento de partida para este estudio, se realizó una correlación entre las categorías de salud estudiadas con el fin de visualizar la influencia de estos determinantes de salud entre sí, con miras a futuros planteamientos e intervenciones terapéuticas a que pudiesen tener lugar y surgir de estas conclusiones.

Así, por medio de los datos analizados en este estudio, se pudo determinar que existen unas mejores condiciones de salud en general entre los participantes identificados como hombres trans, con respecto a las mujeres trans, tanto en los componentes físicos, psíquicos y sociales de la salud, incluso, encontrando diferencias con significancia estadística en variables como la función física, desempeño emocional y salud mental de la escala SF36; las subescalas de Factores de Estrés proximal, Factores de Estrés Distal y la variable de no afirmación de la identidad de género del instrumento GMSR; las subescalas de Microagresiones y hostigamiento, Condiciones profesionales y de carrera, Acoso por parte de la ley y Bullying en entornos educativos del instrumento TDS21.

De la misma manera, los datos obtenidos mediante el estudio de esta muestra evidenciaron unas mejores condiciones de salud entre los participantes que se encontraban en seguimiento clínico y que seguían protocolos, frente a aquellos que habían recurrido a medidas empíricas para la reafirmación de género. En los resultados referentes a condiciones de salud física se evidenciaron algunas variaciones entre las variables en estos dos grupos, por ejemplo, para las personas que seguían medidas empíricas se tuvieron mejores resultados en las subescalas de Dolor Físico, Salud general y vitalidad del instrumento SF36, mientras que el grupo de vigilancia clínica tuvo mejores resultados en las subescalas de desempeño físico y función física de este mismo instrumento, aunque estas diferencias no tuvieron relevancia estadística. Algunas medidas en salud mental presentaron resultados similares en estos grupos como los resultados en depresión medidos por el instrumento ESDETRA. Particularmente, llama la atención los mejores resultados en las condiciones sociales de la salud para el subgrupo de vigilancia clínica con respecto a los participantes que emprendieron medidas empíricas, encontrando diferencias de valor estadístico en las subescalas de Acoso por parte de la ley y Bullying y acoso en entornos educativos del instrumento TDS21 entre estos subgrupos.

De esta manera, los hallazgos de este estudio sugieren implicaciones tanto terapéuticas como de justicia social. Por un lado, muestra a los profesionales de salud la importancia de la evaluación y la exploración de las experiencias de discriminación de los consultantes trans, incluidas las microagresiones y el hostigamiento, y su impacto en la salud mental. Tales experiencias deben enmarcarse en un contexto sociocultural patriarcal y heterosexista, con una visión

marcadamente binaria del sistema sexo-género, cissexista y transfóbico, en un esfuerzo por disminuir la internalización de la transfobia y otros resultados adversos para el individuo (84).

Diariamente, las personas trans están sujetas a la estigmatización debido a las concepciones normativas de género en la sociedad. Las experiencias de exclusión pueden tener lugar a nivel estructural (por ejemplo, a través de leyes y prácticas institucionales), interpersonal (por ejemplo, a través de la victimización) o intrapersonal (por ejemplo, a través de sentimientos negativos hacia la propia identidad) (84). La estigmatización es omnipresente y también se puede encontrar en el sector de la salud. Desde una perspectiva clínica, la historia de experiencias con la estigmatización debe tener una alta prioridad cuando se está en contacto con personas trans. Las barreras de tratamiento y las discriminaciones por parte del profesional con las que se enfrentan muchas personas trans proporcionan ejemplos de estigmatización estructural e interpersonal dentro de los diversos sistemas de atención médica (103).

Para los profesionales de salud, el aumento de la visibilidad de las personas trans se refleja en una mayor demanda de intervenciones médicas de afirmación de género. Al reducir la disforia de género de las personas trans, estos procedimientos médicos también contribuyen de manera secundaria a mejorar su salud mental y calidad de vida (103).

Sin embargo, se debe considerar que las minorías de género han experimentado una larga historia de rechazo al intentar buscar atención de salud física y mental, por lo tanto, las personas trans pueden desconfiar en un momento inicial de los médicos y demostrar respuestas afectivas pronunciadas ante los desaires percibidos, a su vez, los médicos pueden estar inclinados a interpretar estas respuestas como posibles síntomas límite de la personalidad, sin comprender necesariamente los factores contextuales subyacentes; de hecho, estas respuestas afectivas pueden no ocurrir en entornos clínicos que las personas experimentan como afirmativos y menos amenazantes (104).

La relación entre el estigma, la salud mental y la calidad de vida de las personas trans tiene implicaciones clínicas para los profesionales que atienden a este grupo poblacional, por lo tanto, hay situaciones en las cuales las personas trans quieren someterse a una intervención de afirmación de género específica no debido a una disforia de género intrínseca existente, sino principalmente para evitar las consecuencias extrínsecas de la estigmatización y lograr un mayor ocultamiento de la identidad de género (cispasing). Sin el reconocimiento de estas relaciones e interacciones, se corre el riesgo de un asesoramiento insuficiente, lo que a su vez probablemente afecte el grado de satisfacción con los procedimientos de reafirmación de género, incluidos las intervenciones quirúrgicas (103).

Por esta razón, y teniendo en cuenta la consideración anterior, es importante señalar que los efectos positivos de las intervenciones médicas en la afirmación de género por sí solas, pudieran resultar insuficientes a la hora de intervenir las problemáticas posteriores de estigmatización, por tanto, es importante que los individuos que presentan alto grado de autoestigmatización no realicen de manera exclusiva intervenciones somáticas para minimizar sus síntomas disfóricos, sino que también, con el fin de fortalecer su propia identidad como personas trans, estos individuos deben estar en contacto con servicios de atención y psicoterapéuticos trans aliados (103).

Las alteraciones psíquicas entre las minorías de género pueden desarrollarse, entre otras posibilidades, en respuesta a los desafíos de vivir como una minoría estigmatizada en un entorno discriminatorio (104). En esta medida, el Modelo de Estrés y Resiliencia de las minorías de género proporciona un enfoque heurístico al examinar el impacto de la estigmatización en la salud de las personas trans (103).

De acuerdo con la teoría del estrés de las minorías, los múltiples actos de discriminación, trauma y abuso realizados en los niveles individual, interpersonal y estructural pueden conducir a un estigma internalizado, expectativas de rechazo y ocultamiento de la identidad, lo que produce un estrés crónico que puede dar lugar a disparidades de salud mental y física. Entre las disparidades más comunes vinculadas al estrés entre las minorías de género se encuentran la depresión, la ansiedad, los trastornos por uso de sustancias, la ideación e intentos suicidas y las conductas de riesgo sexual. Los miembros de minorías de género que experimentan estrés crónico relacionado con el estigma pueden desarrollar síntomas que se asemejan a los del trastorno de personalidad límite (104).

No obstante, aunque el estigma minoritario de género puede producir sensibilidad al rechazo y otros síntomas que se asemejan al trastorno de personalidad límite, estos podrían interpretarse como respuestas razonables, o incluso adaptativas, al estigma social dominante, en lugar de como un trastorno subyacente de la personalidad (104).

Para el caso del presente estudio, los factores estresantes distales estaban altamente asociados con los síntomas depresivos, este resultado confirma los obtenidos en estudios precedentes que investigan los efectos de la no afirmación de la identidad de género; esto indica que la dificultad de la sociedad para reconocer el género de las personas trans tiene como resultado un impacto negativo significativo a largo plazo para este grupo (103).

Igualmente, los factores estresantes proximales también tuvieron la asociación esperada con síntomas depresivos; es importante destacar que la transfobia internalizada como factor estresante proximal se asoció fuertemente a una baja autoestima que a su vez se relaciona con síntomas depresivos. Estos resultados confirman investigaciones previas sobre factores estresantes proximales (103).

En términos de predictibilidad del modelo de estrés de las minorías de género, este estudio encontró principalmente los factores estresantes distales y los factores estresantes proximales como factores que contribuyen tanto a los síntomas depresivos y ansiosos como a una baja autoestima, este es un hallazgo interesante, ya que ambos factores están relacionados con el nivel de estigma interpersonal, con experiencias de estigma estructural y una autoestigmatización de los participantes trans (103).

Desde una perspectiva clínica, se comprende bien la relación entre las experiencias distales de no afirmación de la identidad de género y el desarrollo a largo plazo de síntomas depresivos; los estados disfóricos de género surgen tanto de diferencias intrínsecas como de diferencias extrínsecas. Por medio de los procedimientos médicos de afirmación del género, se contribuye a la reducción de la fuente disfórica de género intrínseca, y ocasionalmente extrínseca de las personas trans (103).

Sin embargo, en los casos en los que no hay reducción del sufrimiento extrínseco, la no afirmación de género adquiere un significado especial. Se ha argumentado que para una afirmación "exitosa" de la identidad de género, la percepción de uno mismo y de la percepción que otras personas tienen de esa persona debe ser congruente, si esta congruencia se ve socavada, la no afirmación de su propia identidad de género puede tener efectos perjudiciales a largo plazo en el bienestar de la persona trans. Debido a la presión para ajustarse a un sistema de género binario, no es sorprendente que algunas personas trans que hayan pasado por la transición estén satisfechas después de sus primeros procedimientos médicos de afirmación de género y busquen otros procedimientos como la feminización facial. La combinación de un estigma binario pronunciado y la falta de intervenciones médicas para la reafirmación de género adecuadas están fuertemente relacionadas con el alto nivel de depresión en esta población (103).

## 10. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Una limitación sustancial de este estudio es el diseño transversal, que solo permite sacar conclusiones correlacionales y no causales. A la luz de una mejor comprensión del modelo de estrés de las minorías de género, los estudios futuros deberían abordar esta limitación considerando un diseño de estudio longitudinal.

Otro aspecto para considerar es que se pidió a los participantes del estudio que se concentraran en un cuestionario durante 45 minutos aproximadamente. Este aspecto impide junto con el tamaño de la muestra la generalización de este estudio, ya que las personas trans con problemas de salud mental graves no pueden participar debido a la incapacidad para concentrarse durante ese período de tiempo y, por lo tanto, no están representadas.

Una fuerte limitación en este estudio fue el tamaño de la muestra. Aunque durante la fase de planteamiento del mismo, se propuso de manera tentativa una muestra de entre 30 a 40 personas, dadas las características del muestreo propuesto (a conveniencia, por bola de nieve), durante el proceso de captación de la muestra se presentó un alto grado de dificultad, debido a la crisis sanitaria derivada del SARS-CoV 2 / COVID 19, la cual ha traído consigo consecuencias económicas, psicosociales y culturales tales como el aislamiento y distanciamiento social obligatorio, confinamiento en los hogares, interrupción del transporte municipal, dificultades en el ámbito laboral y reducción en los ingresos económicos para muchas personas.

La última limitación se refiere a dos cuestiones relacionadas con la operacionalización. En primer lugar, para este estudio, la salud mental solo se evaluó mediante la autoevaluación de los síntomas depresivos y ansiosos. Aunque se utilizaron instrumentos validados, solo sirven como prueba de detección, por lo que no se pudo calcular una estimación de prevalencia de estos trastornos. En segundo lugar, las escalas de discriminación, rechazo y victimización por género fueron respondidas retrospectivamente (antes de los 18 años, después de los 18 y en el último año). Dado que se ha sugerido que los eventos recientes de estigmatización interpersonal tienen más probabilidades de afectar la salud mental de una persona trans, la operacionalización de estas escalas puede no ser precisa y deberían modificarse.

A pesar de las limitaciones, la mayor fortaleza de esta investigación fue que estudió de manera amplia las condiciones de salud física, sexual, psíquicas y social, valiéndose del marco de la teoría del estrés de las minorías de género de manera sistemática con todos los factores estresantes y de resiliencia propuestos. Además, este es el primer informe que registra las experiencias de estigmatización a largo plazo en una muestra de personas trans colombianas.

## 11. RECOMENDACIONES

A veces, los médicos dudan en entregar u ofrecer referencias para atención que afirme el género, y se preguntan si la identidad de minoría de género declarada de un paciente es causada por una autoimagen inestable dentro del contexto del trastorno límite de la personalidad, sin embargo, como se discutió con anterioridad, aunque estos consultantes pudieran presentar síntomas que se asemejan a esta entidad clínica, se deben a respuestas adaptativas ante las circunstancias adversas del medio y no a un trastorno de la personalidad (104).

Por otro lado, los profesionales de salud mental deben reconocer que las personas trans enfrentan discriminación en entornos educativos, lo que puede resultar en ausentismo escolar, el rendimiento académico deficiente, abandono escolar e intenciones más bajas de continuar la educación superior. De esta manera, se alienta a los proveedores de salud mental en las escuelas a trabajar con los administradores escolares para brindar capacitación sobre maneras de crear entornos seguros y afirmativos para los jóvenes trans que pueden incluir el uso de verdaderos pronombres de género, el desarrollo de políticas antidiscriminatorias que incluyan el género y el suministro de baños inclusivos. Debido a que las personas trans pueden encontrar discriminación en los entornos de atención médica, también se alienta a los proveedores de salud a que conozcan a profesionales de la salud afirmativos y competentes a quienes puedan referir a sus consultantes trans (84).

En esta misma medida, los proveedores de salud mental también deben reconocer que las personas trans se enfrentan a la discriminación en los entornos laborales y que estas experiencias están relacionadas con el sufrimiento psicológico; de esta manera, deben investigar si las políticas de antidiscriminación en el lugar de trabajo incluyen la identidad de género. Además, los psicólogos pueden consultar con los empleadores sobre el desarrollo de políticas antidiscriminatorias que incluyan la identidad de género y fomentar un clima de trabajo de apoyo para los empleados trans que pueden buscar una transición social y médica (APA, 2015) (84).

En esta medida, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se recomienda para estudios futuros incluir un mayor número de participantes que permitan ampliar la muestra para de esa manera confirmar o encontrar nuevas asociaciones estadísticas entre las variables.

De igual manera, se recomienda ampliar las categorías de identificación en los participantes para incluir personas que se identifiquen fuera de un sistema binario de género como género queer, género fluido, entre otros. En esta misma línea, complementar estos hallazgos mediante una investigación desde una perspectiva cualitativa permitiría la comprensión de datos a profundidad.

## 12. REFERENCIAS

1. Association AP. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM - V. 5 edición. Arlington, VA.; 2013.
2. Wilczynski C, Emanuele MA. Treating a Transgender Patient: Overview of the Guidelines. *Postgrad Med* [Internet]. 2014;126(7):121–8. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3810/pgm.2014.11.2840>
3. Radix A, Sevelius J, Deutsch MB. Transgender women, hormonal therapy and HIV treatment: A comprehensive review of the literature and recommendations for best practices. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(Suppl 2):1–8.
4. Valcuende del Río JM, Marco Macarro MJ, Alarcón Rubio D. ESTUDIOS SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL EN IBEROAMÉRICA [Internet]. Aconcagua. Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades Univesidad Pablo de Olavide (Sevilla). Sevilla; 2013. 27–50 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4315199>
5. Gómez E, Esteva de Antonio I, Bergero T. La trasexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características básicas. *Med psicosomática y Psiquiatr enlace*. 2006;78:7–12.
6. Meriggiola MC, Berra M. Safety of hormonal treatment in transgenders. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* [Internet]. 2013;20(6):565–9. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01266029-201312000-00011>
7. Tangpricha V, Safer JD. Transgender women: Evaluation and management - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2017 [cited 2017 Jun 28]. Available from: [https://biblio.ucaldas.edu.co:2103/contents/transgender-women-evaluation-and-management?source=see\\_link&sectionName=EPIDEMIOLOGY&anchor=H1084578518#H1084578518](https://biblio.ucaldas.edu.co:2103/contents/transgender-women-evaluation-and-management?source=see_link&sectionName=EPIDEMIOLOGY&anchor=H1084578518#H1084578518)
8. Gardner IH, Safer JD. Progress on the road to better medical care for transgender patients. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* [Internet]. 2013;20(6):553–8. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01266029-201312000-00009>
9. ALBARRACÍN CABALLERO M, NOGUERA ROJAS M. Situación de los derechos humanos de lesbianas, hombres gay, bisexuales y transgeneristas en Colombia, 2006-2007. 1st ed. Bogotá D.C. Colombia: Colombia Diversa; 2008. 356 p.
10. Ferreira Macedo R, Ananias Lobão R, Mello De Capitani E, Petrucci Zanovello ME, Catarina Caruso P, Souza de Toledo Leme M, et al. Alveolar hemorrhage after parenteral injection of industrial silicone. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2013;39(3):387–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfca.2014.12.012>
11. Thurston MD, Allan S. Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clin Psychol Rev*. 2018;66(November 2017):39–50.
12. Polderman TJC, Kreukels BPC, Irwig MS, Beach L, Chan YM. The Biological

Contributions to Gender Identity and Gender Diversity : Bringing Data to the Table. *Behav Genet* [Internet]. 2018;0(0):0. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10519-018-9889-z>

13. Pérez Guirao FJ. Identidad y diversidad cultural. Una visión antropológica del género y la sexualidad. *RESED Rev Estud Socioeducativos* [Internet]. 2015;12–32. Available from: <http://hdl.handle.net/10498/16977>
14. Gómez Suárez Á. El sistema sexo/género y la etnicidad: sexualidades digitales y analógicas \*. *Rev Mex Sociol* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jun 30];71(4):647–74. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v71n4/v71n4a3.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Ginebra; 1993.
16. Chou D, Cottler S, Khosla R, Reed GM, Say L. Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): Implications for measurement and beyond. *Reprod Health Matters*. 2015;23(46):185–92.
17. Useche B, Villegas D. Estudio de caso de “incongruencia de género” (transexualismo) en Colombia. *Arch Hispanoam Sexol*. 2000;6(1):63–76.
18. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, 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):3869–903.
19. Streed CG, Harfouch O, Marvel F, Blumenthal RS, Martin SS, Mukherjee M. Cardiovascular Disease Among Transgender Adults Receiving Hormone Therapy A Narrative Review. *Ann Intern Med* [Internet]. 2017; Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M17-0577>
20. DANE. ¿Cuántos somos? [Internet]. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. [cited 2019 Jul 18]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>
21. Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, et al. Sociodemographic Variables, Clinical Features, and the Role of Preassessment Cross-Sex Hormones in Older Trans People. *J Sex Med* [Internet]. 2016;13(4):711–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.009>
22. McBride DL. Overcoming Barriers to Health Care Utilization by Transgender / gender Nonconforming Youth ☆. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2018;40:34–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2018.03.002>
23. Wiepjes CM, Nota NM, Blok CJM De, Klaver M, Vries ALC De, Wensing-kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study ( 1972 e 2015 ): Trends in Prevalence , Treatment , and Regrets. *J Sex Med* [Internet]. 2018;1–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
24. Zhou J-N, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* [Internet]. 1995 Nov 2 [cited 2018 Jul 31];378(6552):68–70. Available from: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/378068a0>

25. Breedlove SM. Another important organ. *Nature* [Internet]. 1995 Nov 2 [cited 2018 Jul 31];378(6552):15–6. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/378015a0>
26. Gliske S V. A new theory of gender dysphoria incorporating the distress, social behavioral, and body-ownership networks. *eNeuro*. 2019;6(6).
27. Ngun TC, Vilain E. The Biological Basis of Human Sexual Orientation : Is There a Role for Epigenetics ? [Internet]. Vol. 86, *Advances in Genetics*. Elsevier; 2014. 167–184 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-800222-3.00008-5>
28. McKusick VA. TRANSSEXUALITY [Internet]. OMIM. 1995 [cited 2018 Jul 31]. p. 1. Available from: <http://omim.org/entry/600952>
29. Diehl A, Vieira DL, Zaneti MM, Fanganiello A, Sharan P, Robles R, et al. Social stigma, legal and public health barriers faced by the third gender phenomena in Brazil, India and Mexico: Travestis, hijras and muxes. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2017;002076401770698. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020764017706989%5Cnhttp://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764017706989>
30. REDLACTRANS R de PT de LA y el C. Informe sobre el Acceso a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Población Trans en Latinoamérica y el Caribe. 2014;1.
31. CIDH. VIOLENCIA CONTRA UNA MIRADA A LA PERSONAS LGBTI. Anexo comunicado de prensa 153/14. 2014 Dec 17;
32. Cortés Gómez H. Morir a los 35 años y no por enfermedad. *El Colombiano* [Internet]. 2018 Jul 6;1–5. Available from: <https://www.elcolombiano.com/problemas-de-salud-que-sufren-las-mujeres-trans-XH8922752>
33. kyu Chol S, Divsalar S, Flórez-donado J, Kittle K, Lin A, Meyer IH, et al. ESTRÉS , SALUD Y BIENESTAR DE LAS PERSONAS LGBT EN COLOMBIA: Resultados de una encuesta nacional. 1st ed. Los Ángeles, CA: The Williams Institute; 2020.
34. Perez Rodriguez GA, Vargas Gómez D. Aunque intenten borrarlos. Informe de derechos humanos de personas LGBT en Colombia 2018. 1st ed. Bogotá D.C. Colombia: Colombia Diversa; 2020. 79 p.
35. Panesso Quintero M, Pérez Álvarez A, Pérez Rodríguez GA. Entre el miedo y la resistencia. INFORME DE DERECHOS HUMANOS DE PERSONAS LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES Y TRANS Colombia 2016. Bogotá;
36. Diversa C, Afirmativo C. LA DISCRIMINACIÓN, una guerra que no termina. Informe de Derechos Humanos de Personas Lesbia- nas, Gays, Bisexuales y Trans Colombia 2017. Editores A, editor. Bogotá; 2018. 1–100 p.
37. Diversa C. VIVIR BAJO SOSPECHA Estudios de caso: personas LGBT víctimas del conflicto armado en Vistahermosa y San Onofre [Internet]. Bogotá D.C. Colombia; 2017. Available from: [http://www.colombiadiversa.org/conflictoarmado-lgbt/documentos/vivir\\_baja\\_sospecha.pdf](http://www.colombiadiversa.org/conflictoarmado-lgbt/documentos/vivir_baja_sospecha.pdf)
38. Centro Nacional de Memoria Historica. Un carnaval de resistencia: Memorias del reinado trans del río Tuluñí. 2018.

39. Cárdenas Suarez M, Cifuentes C. S, Parra Norato J. Cuando la autoridad es discriminación. Violencia policial contra personas con orientación sexual e identidad de género diversas en espacios públicos. 1st ed. Bogotá D.C. Colombia: Defensoría del Pueblo; 2018. 64 p.
40. Nahata L, Quinn GP, Caltabellotta NM, Tishelman AC. Mental Health Concerns and Insurance Denials. *LGBT Heal.* 2017;00(00):1–6.
41. Erazo C. Nace unidad para atención en salud a transgéneros - ELESPECTADOR.COM [Internet]. *El Espectador.* 2015 [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/nace-unidad-atencion-salud-transgeneros-articulo-602007>
42. Rivera Rueda M. Unidad transgénero en Bogotá Unidad de atención transgénero en Bogotá no pasó de ser un anuncio | ELESPECTADOR.COM [Internet]. *El Espectador.* 2017 [cited 2019 Jun 15]. Available from: <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/unidad-transgenero-no-paso-de-ser-un-anuncio-articulo-707056>
43. Fundación Valle del Lili. Clínica del Género | Fundación Valle de Lili [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <http://valledellili.org/departamentos-y-servicios/clinica-del-genero/>
44. Hospital San Jospé. Especialidades | Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José Main menu [Internet]. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <http://www.hospitaldesanjose.org.co/especialidades>
45. Bernstein SM, Lewis HC. The World Was Not Built for Us: Improving Access to Care for Transgender Youth. *Pediatrics.* 2018;142(6):e20182781.
46. OutRighActionInternational. CARTOGRAFÍA de derechos trans EN COLOMBIA. 1st ed. New York, NY: OutRight Action International; 2016.
47. Peralta Cruz KJ, Espitia Pachón N. Uso de modelantes estéticos, como proceso de la transformación corporal de mujeres transgeneristas. *Tabula Rasa.* 2013;19(2):281–300.
48. García Becerra A. Tacones, siliconas, hormonas Etnografía, teoría feminista y experiencia trans. Primera Ed. Colombia UN de, editor. Bogotá D.C. Colombia: Siglo del Hombre Editores; 2018. 198 p.
49. García Becerra A. Tacones, silicones, hormonas y otras críticas al sistema sexo-genero. *Feminismos y experiencias de transexuales y travestis. Rev Colomb Antropol.* 2009;45(enero-junio):119–46.
50. Triana Duarte SA. La salud para los transgenero en la capital. Universidad del Rosario; 2013.
51. Colombia Diversa: Jurisprudencia [Internet]. [cited 2017 Jul 24]. Available from: <http://www.colombia-diversa.org/p/sentencias.html>
52. Francisco Pérez Fernández. El medio social como estructura psicológica: reflexiones a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *Edupsykhé [Internet].* 2004;3(2):161–77. Available from: <http://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/108/C00030300.pdf?sequ>

ence=1&isAllowed=y

53. Milrod C, Karasic DH. Age Is Just a Number: WPATH-Affiliated Surgeons' Experiences and Attitudes Toward Vaginoplasty in Transgender Females Under 18 Years of Age in the United States. *J Sex Med* [Internet]. 2017;14(4):624–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007>
54. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism* [Internet]. 2012;13(4):165–232. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15532739.2011.700873>
55. Bourgeois AL, Auriche P, Palmaro A, Montastruc JL, Bagheri H. Risk of hormone therapy in transgender people: Literature review and data from the French Database of Pharmacovigilance. *Ann Endocrinol (Paris)* [Internet]. 2016;77(1):14–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ando.2015.12.001>
56. Irwig MS. Testosterone therapy for transgender men. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2016;5(4):301–11. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)00036-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(16)00036-X)
57. T'Sjoen G, Arcelus J, De Vries ALC, Fisher AD, Nieder TO, Özer M, et al. European Society for Sexual Medicine Position Statement “Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction.” *J Sex Med* [Internet]. 2020;17(4):570–84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>
58. Shatzel JJ, Connelly KJ, DeLoughery TG. Thrombotic Issues in Transgender Medicine: A Review ‘Accepted Article.’ *Am J Hematol* [Internet]. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3810/pgm.2014.11.2840>
59. Tangpricha V, den Heijer M. Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2016;5(4):291–300. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30319-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9)
60. Arnold JD, Sarkodie EP, Coleman ME, Goldstein DA. Incidence of Venous Thromboembolism in Transgender Women Receiving Oral Estradiol. *J Sex Med* [Internet]. 2016;13(11):1773–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.001>
61. Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ, Guadamuz TE. Cross-Sex Hormone Use, Functional Health and Mental Well-Being among Transgender Men (Toms) and Transgender Women (Kathoeyes) in Thailand. *Cult Heal Sex*. 2015;17(1):92–103.
62. Fung R, Hellstern-Layefsky M, Tastenhoye C, Lega I, Steele L. Differential Effects of Cyproterone Acetate vs Spironolactone on Serum High-Density Lipoprotein and Prolactin Concentrations in the Hormonal Treatment of Transgender Women. *J Sex Med* [Internet]. 2016;13(11):1765–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.012>
63. Fuss J, Hellweg R, Van Caenegem E, Briken P, Stalla GK, T'Sjoen G, et al. Cross-sex hormone treatment in male-to-female transsexual persons reduces serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF). *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2015;25(1):95–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.11.019>

64. Carella S, Romanzi A, Ciotti M, Onesti MG. Skin ulcer: A long-term complication after massive liquid silicone oil infiltration. *Aesthetic Plast Surg.* 2013;37(6):1220–4.
65. Boattini M, Francisco AR, Cavaco R, Rodrigues J, Bento L. Shock following subcutaneous injections of polymethylmethacrylate. *Med Intensiva.* 2015;39(4):256–7.
66. Quiroz Parra GE. Categorías de los diagnósticos de la identidad de género en el DSM y la CIE: Una revisión crítica. Universidad de Caldas; 2017.
67. Useche Aldana B. Medicalización , erotismo y diversidad sexual: una crítica sexológica al DSM-IV-TR ( I parte ). *Sexol Integr.* 2005;2(1):36–42.
68. Alzate H. Sexualidad Humana [Internet]. Segunda ed. Temis, editor. Bogotá, Colombia; 1987. Available from: [http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI\\_Presentaciones/licenciatura\\_en\\_mercadotecnia/fundamentos\\_de\\_metodologia\\_investigacion/PRES44.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf)
69. Useche Aldana B. Medicalización , erotismo y diversidad sexual: una crítica sexológica al DSM-IV-TR ( II parte ). *Sexol Integr.* 2005;2(2):87–95.
70. Tangpricha V, Safer JD. Transgender men: Evaluation and management - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2017 [cited 2017 Jun 28]. Available from: [https://biblio.ucaldas.edu.co:2103/contents/transgender-men-evaluation-and-management?source=see\\_link](https://biblio.ucaldas.edu.co:2103/contents/transgender-men-evaluation-and-management?source=see_link)
71. OMS | Preguntas más frecuentes. WHO [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 25]; Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
72. OMS | Constitución de la OMS: principios. WHO [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 12]; Available from: <http://www.who.int/about/mission/es/>
73. WHO. Developing sexual health programmes. A framework for action. *Reprod Health.* 2010;55.
74. Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen.* 2011;37(2):61–8.
75. De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav.* 2005;34(6):679–90.
76. Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry.* 2014;204(2):151–6.
77. Molina JMR, Araque NA, Fernández AB, Pérez MJL. Escalas de depresión y ansiedad para personas transexuales. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2015;32(1):53–80. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21337152003>
78. Scandurra C, Bochicchio V, Amodeo AL, Esposito C, Valerio P, Maldonato NM, et al. Internalized transphobia, resilience, and mental health: Applying the psychological mediation framework to Italian transgender individuals. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(3).

79. Jackman KB, Dolezal C, Bockting WO. Generational Differences in Internalized Transnegativity and Psychological Distress Among Feminine Spectrum Transgender People. *LGBT Heal.* 2017;5(1):54–60.
80. Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychol Sex Orientat Gen Divers.* 2015;2(1):65–77.
81. Butler RM, Testa RJ, Swee MB, Horenstein A, Heimberg RG, Kaplan SC, et al. Social anxiety among transgender and gender nonconforming individuals: The role of gender-affirming medical interventions. *J Abnorm Psychol.* 2018;128(1):25–31.
82. van de Grift TC, Kreukels BPC, Elfering L, Özer M, Bouman MB, Buncamper ME, et al. Body Image in Transmen: Multidimensional Measurement and the Effects of Mastectomy. *J Sex Med [Internet].* 2016;13(11):1778–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>
83. Papadopulos NA, Lellé JD, Zavlin D, Herschbach P, Henrich G, Kovacs L, et al. Quality of Life and Patient Satisfaction Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *J Sex Med [Internet].* 2017;14(5):721–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022>
84. Watson LB, Allen LR, Flores MJ, Serpe C, Farrell M. The development and psychometric evaluation of the trans discrimination scale: TDS-21. *J Couns Psychol.* 2019;66(1):14–29.
85. Curcio Borrero CL. Investigación Cuantitativa: Una perspectiva epistemológica y metodológica. Primera Ed. Armenia - Colombia: Editorial Kinesis; 2002. 120 p.
86. Montanero Fernández J. Manual de Bioestadística. 1st ed. Extremadura: Universidad de Extremadura; 1992. 145 p.
87. Wayne W D. BIostatistics: A FOUNDATION FOR ANALYSIS IN THE HEALTH SCIENCES. 3th ed. Wiley J, editor. México D.F.: Editorial Limusa; 1991. 915 p.
88. Hernández V. Estudios epidemiológicos: tipos, diseño e interpretación. *Enferm Inflamm Intest al Día.* 2017;16(3):98–105.
89. Colimon K-M. FUNDAMENTOS DE EPIDEMIOLOGIA. GETAFE (Madrid): Ediciones Díaz de Santos S.A; 1990.
90. Cataldo R, Arancibia M, Stojanova J, Papuzinski C. Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios observacionales con diseños transversal y ecológico [Internet]. Vol. 19, Medwave. NLM (Medline); 2019 [cited 2020 Jun 27]. p. e7698. Available from: </link.cgi/Medwave/Revisiones/MetodInvestReport/7698.act>
91. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletchere GS. Clinical Epidemiology. The Essentials. 5 Edición. 經濟研究. Philadelphia, PA 19103: Wolters Kluwer; 2016.
92. Álvarez-Hernández G, Delgado-DelaMora J. Diseño de estudios epidemiológicos: I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Blod Clin Hosp Infant Edo Son [Internet].* 2015;32(1):26–34. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>
93. Waite S, Denier N. A Research Note on Canada's LGBT Data Landscape: Where We

- Are and What the Future Holds. *Can Rev Sociol.* 2019;56(1):93–117.
94. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Bautista Lucio P. *Metodología de la Investigación.* 6th ed. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES SA, editor. México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.; 2014. 632 p.
  95. Gómez-Lugo M, Espada JP, Morales A, Marchal-Bertrand L, Soler F, Vallejo-Medina P. Adaptation, validation, reliability and factorial equivalence of the rosenberg self-esteem scale in colombian and Spanish population. *Span J Psychol.* 2016;19:1–12.
  96. Lugo LE, Garcia HI, Gomez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006;37–50.
  97. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135–50.
  98. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 [Internet]. 1st ed. Health Survey. Barcelona, España: Institut Municipal d'Investigació Mèdica; 2000. 1–8 p. Available from: [http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36\\_CUESTIONARIOpdf.pdf](http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf)
  99. Kerckhof ME, Kreukels BPC, Nieder TO, Becker-hébly I, Griff TC Van De, Staphorsius AS, et al. Prevalence of Sexual Dysfunctions in Transgender Persons: Results from the ENIGI Follow-Up Study. *J Sex Med [Internet].* 2019;1–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003>
  100. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
  101. Espitia-De La Hoz FJ. PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES, EN 12 CIUDADES COLOMBIANAS, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2018;69(1):9–21.
  102. Brennan SL, Irwin J, Drincic A, Amoura NJ, Randall A, Smith-Sallans M. Relationship among gender-related stress, resilience factors, and mental health in a Midwestern U.S. transgender and gender-nonconforming population. *Int J Transgenderism [Internet].* 2017;18(4):433–45. Available from: <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1365034>
  103. Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, Schaefer DJ, Jenewein J, Schneeberger A, et al. Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *Biomed Res Int.* 2018;2018:10.
  104. Goldhammer H, Crall C, Keuroghlian AS. Distinguishing and Addressing Gender Minority. *Harv Rev Psychiatry.* 2019;317–25.

### 13. ANEXOS

#### Anexo A. Concepto de Comité de Ética de la universidad de Caldas



UNIVERSIDAD DE CALDAS  
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD  
COMITÉ DE BIOÉTICA

FECHA	12 de Noviembre de 2019
CONSECUTIVO	CBCS-078

Nombre del Investigador	Juan David Canevali Orozco
Facultad	Ciencias para la Salud.
Especialización	Sexología Clínica
Proyecto de Investigación	Estudio comparativo de las condiciones de salud de las personas transexuales con asistencia médica y otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género

**EVALUACIÓN:**

Se considera una Investigación con RIESGO MÍNIMO, de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

**CONSIDERACIONES:**

Se debe tener en cuenta el manejo, anonimización y custodia de los datos.

Los investigadores deben tener en cuenta que si existen cambios en la formulación del proyecto o el consentimiento informado esto debe ser informado a este Comité.

El Comité podrá solicitar información posterior sobre el desarrollo del proyecto y los cambios de acuerdo a las recomendaciones solicitadas.

ACTA No 018 de 2019
SE APRUEBA ( <input checked="" type="checkbox"/> )
SE APRUEBA CON RECOMENDACIONES ( <input type="checkbox"/> )
NO SE APRUEBA ( <input type="checkbox"/> )

NATALIA GARCIA RESTREPO

Presidente

## *Anexo B. Instrucciones - Formato de Consentimiento Informado*

### **Estudio comparativo de las condiciones de salud de las personas transexuales con asistencia médica y otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género**

Autor:  
Juan David Cañaveral Orozco, MD  
Residente de Sexología Clínica  
Universidad de Caldas  
Asesor:  
Jaime Alberto Restrepo Soto, Ph.D.  
Docente de Sexología Clínica  
Departamento de salud mental y comportamiento humano  
Universidad de Caldas

#### **Instrucciones**

Buen día.

Usted ha sido seleccionado(a) para participar en este estudio, que se plantea investigar cómo cambian las condiciones de salud de las personas transexuales de la ciudad de Manizales, que cuentan con asistencia médica frente a individuos que cuentan con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

Se entiende por parte de este grupo de investigación que la población transexual, al ser parte de una minoría sexual, enfrenta múltiples disparidades e inequidades sociales, especialmente en lo que se refiere a barreras en la atención en salud, que afectan de manera directa en su salud física, mental y social, a la vez que el proceso de afirmación de género constituye un elemento ampliamente estudiado para mejorar estas variables en salud.

El objetivo general de esta investigación es comparar las condiciones de salud de las personas transexuales de la ciudad de Manizales que tienen asistencia médica con las que tienen otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

Los objetivos específicos son:

- Caracterizar la población transexual que tienen asistencia médica y la población transexual con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género
- Comparar las condiciones de **salud física** de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.
- Comparar las condiciones de **salud psíquica** de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.
- Comparar las **condiciones sociales** de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

Dado lo anterior, deseamos especificarle que su participación en este estudio:

1. Es de carácter estrictamente confidencial. No se requiere su nombre u otro dato que lo(a) identifique.
  - a. Los cuestionarios resueltos NO serán vistos por personas diferentes al investigador y después se archivarán en un lugar seguro.

- b. No se realizarán reportes personales o particulares, en el informe de investigación se darán los resultados por grupos.

Todo esto para que usted esté seguro (a) que puede responder tranquilamente y que nadie se enterará de sus respuestas particulares.

2. Para registrar su respuesta, simplemente tache con una equis la opción escogida que más se acerque a sus experiencias vividas o escriba la información solicitada en el espacio disponible para ello.
3. La información será directamente recogida únicamente por el autor de esta investigación.
4. La información acá recolectada es privada, por esto el cuestionario debe ser diligenciado de forma individual basado en vivencias personales. Si tiene alguna dificultad o duda, será resuelta para su comodidad.
5. Dado lo poco que se conoce en el país acerca de la salud de las personas transexuales, lo más importante a la hora de responder es que no brinde información falsa. Este es un proyecto que busca generar información que beneficie a la comunidad transexual y brinde al personal asistencial mejores herramientas para la atención.
6. Este proyecto de investigación surge de la motivación personal del autor de este, no cuenta con financiamiento externo. Por lo tanto, no surgen conflictos de intereses.

En caso de querer comunicarse con el investigador para dudas, preguntas o si considera que puede requerir alguna consulta para manejo por sexología clínica comunicarse con al correo electrónico [juan.27617123228@ucaldas.edu.co](mailto:juan.27617123228@ucaldas.edu.co)

### Formulario de consentimiento informado

Buen día,

Como persona transexual, usted ha sido seleccionado para participar en este estudio de investigación, por favor lea este consentimiento cuidadosamente.

**Propósito del estudio** es comparar las condiciones de salud de las personas transexuales de la ciudad de Manizales que tienen asistencia médica con las que tienen otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género. Para esto se han planteado los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar la población transexual que tienen asistencia médica y la población transexual con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género
- Comparar las condiciones de **salud física** de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.
- Comparar las condiciones de **salud psíquica** de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.
- Comparar las **condiciones sociales** de los individuos transexuales que tienen asistencia médica y los individuos transexuales con otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género.

**Procedimiento:** Mediante la aplicación de cuestionarios validados para personas transexuales se tomará la información correspondiente a determinantes de salud física, psíquica y social, directamente por el autor de este estudio. Este procedimiento no durará aproximadamente una hora, se hará con estricta confidencialidad.

**Riesgos e incomodidades:** En este estudio los participantes pueden sentirse ansiosos o temerosos al sentir que se vulnera su privacidad puesto que las preguntas apuntan a determinar conductas sexuales y experiencias personales, sin embargo, en ningún momento se intentarán identificar las conductas individuales y todo se hará bajo estricta confidencialidad.

**Privacidad y confidencialidad:** La información que usted brinde en esta investigación será confidencial, en ningún momento se solicitarán datos que lo identifiquen. A las encuestas se les asignará un código y el investigador no podrá conocer su identidad.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en reuniones científicas, pero la identidad suya no será divulgada.

Todo el proceder de la investigación será revisado por el comité de ética de la Universidad de Caldas.

**Estudios futuros:** es posible que en el futuro los resultados de su cuestionario sean utilizados para otras investigaciones pero su identidad nunca será revelada.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

Se plantea en el futuro realizar una segunda fase de esta investigación con un componente cualitativo para investigar a profundidad algunos aspectos y para esta se plantea una nueva toma de datos a los participantes que deseen. Si usted desea hacer parte de la segunda fase de esta investigación por favor administrar un correo electrónico donde pueda contactarlo.

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico

### *Anexo C. Instrumentos utilizados*

#### *Anexo D. Cuestionario General*

- Edad:
- Sexo de asignación (el que te asignaron al nacer según tus genitales):
- Sexo identitario (sexo sentido, con el que te identificas):
- Escolaridad (Último año cursado):
- Profesión (a qué te dedicas actualmente):
- Estado civil:
- Religión:
- Estrato socioeconómico:
- Régimen de salud (contributivo/subsidiado, qué EPS tienes):
- Automedicación (indicar desde qué edad y qué sustancias):
- Inyección de sustancias (indicar qué tipo de sustancia -silicona, aceite, biopolímeros- y en qué parte del cuerpo):
- Complicaciones para la salud autopercibidas, derivadas del uso de sustancias o de la automedicación:
- Consciencia de la identidad sexual (desde qué edad recuerdas que te identificas con el sexo sentido):
- Qué tipo de transito realiza actualmente (automedicado/en protocolo)
- Transito social (se refiere a adquirir socialmente el rol del sexo sentido - vestirse, adaptar un rol social, adquirir un nuevo nombre- desde qué edad, hace cuanto)
- Transito hormonal (se refiere al inicio de medicamentos, bien sea de manera automedicada o prescrita por el médico; desde qué edad, hace cuanto)
- Transito quirúrgico (se refiere a la realización de cirugías que reafirman el género -mastectomía en el caso de los chicos o mamoplastias de aumento en el caso de las chicas, así como las cirugías de reasignación genital. Desde qué edad, hace cuanto o si lo desea)

Anexo E. Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género (EDIG) (67)

	Si	No
<b>Diagnóstico Diferencial</b>		
<b>F52.0 (302.71) Deseo sexual hipoactivo</b>		
1. ¿Has notado una disminución en las fantasías sexuales?	1	0
2. ¿Has notado una disminución en el deseo sexual?	1	0
3. ¿Crees que tu deseo sexual es más bajo de lo que consideras normal?	1	0
4. Si hay bajo deseo ¿esto te provoca malestar acusado o interfiere en tus relaciones interpersonales?	1	0
<b>F52.10 [302.79] Aversión al sexo</b>		
5. ¿Has experimenta aversión o asco ante el contacto genital con tu pareja sexual?	1	0
6. ¿Has experimenta aversión o asco ante el contacto sexual con otra persona?	1	0
7. Si ha estado presente esta sensación de asco o aversión, ¿esto te provoca malestar intenso o interfiere en tus relaciones interpersonales?	1	0
<b>F52.2 [302.72 y 302.79] Déficit de excitación sexual</b>		
8. ¿Tienes una incapacidad o gran dificultad para tener lubricación vaginal o erección?	1	0
9. Si lo anterior es cierto, ¿te provoca malestar o interfiere en tus relaciones interpersonales?	1	0
<b>F52.3 [302.73 y 74] Anorgasmia</b>		
10. ¿Te resulta imposible o muy difícil llegar al orgasmo tras una excitación sexual normal?	1	0
11. Si lo anterior es cierto ¿te provoca malestar o interfiere en tus relaciones interpersonales?	1	0
<b>F52.5 y F52.6 [302.76 y 306.51] Vaginismo/dispareunia</b>		
12. ¿Sufres dolor o espasmos genitales asociados a la relación sexual o que te impiden ésta?	1	0
13. Si lo anterior es cierto ¿provoca interferencias en sus relaciones interpersonales?	1	0
<b>F65.1 [302.3] Travestismo fetichista</b>		
14. ¿Has tenido de forma recurrente los últimos 6 meses y excitándote con ello, fantasías sexuales consistentes en travestirse en una persona del sexo contrario?	1	0
15. Si lo anterior es cierto ¿te provoca malestar o interfiere en sus relaciones interpersonales?	1	0
<b>F45.2 (300.7) Dismorfia corporal o dismorfofobia</b>		
16. ¿Consideras que tienes una deformidad física?	1	0
17. ¿Te preocupa mucho tu defecto?	1	0
18. ¿Compruebas a menudo cómo es ese defecto?	1	0
19. ¿Piensas constantemente en este defecto?	1	0
20. ¿Este defecto afecta gravemente tu vida?	1	0
21. ¿Crees que si se soluciona este defecto se solucionarán todos tus problemas?	1	0
<b>II- Diagnóstico de transexualidad F64.0 [302.85]</b>		
22. ¿Tienes un intenso deseo de pertenecer al sexo contrario al que naciste?	1	0
23. ¿Tienes un intenso deseo de ser tratado como si pertenecieses al sexo contrario?	1	0
24. En caso afirmativo ¿este deseo ha durado más de un año?	1	0
25. ¿Te produce malestar pertenecer a tu propio sexo?	1	0
26. ¿Deseas intensamente modificar tus características sexuales secundarias (depilación, voz, nuez, estética, etc.)?	1	0
27. ¿Crees que has nacido con el sexo equivocado?	1	0

Anexo F. Escala de Ansiedad para Personas Transexuales (ESANTRA) (70)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento nervioso/a	1	2	3	4	5
2. Estoy tenso/a	1	2	3	4	5
3. Estoy alterado/a	1	2	3	4	5
4. Me siento angustiado/a	1	2	3	4	5
5. Estoy preocupado/a	1	2	3	4	5
6. Estoy tan excitado/a (agitado/exaltado) que me cuesta dormir	1	2	3	4	5
7. Me siento inseguro/a	1	2	3	4	5
8. Estoy a disgusto (me siento intranquilo)	1	2	3	4	5
9. Hablar de mi transexualidad me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
10. Pensar en ligar (salir de levante/conquistar) me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
11. Cuando me critican me enfado demasiado	1	2	3	4	5
12. Cuando pienso en el tratamiento hormonal me angustio	1	2	3	4	5
13. Discuto mucho con mi pareja, mis amigos o mi familia	1	2	3	4	5
14. Mi futuro me preocupa mucho	1	2	3	4	5
15. Pierdo los papeles fácilmente (me irrito fácilmente)	1	2	3	4	5
16. Soy muy inquieto/a	1	2	3	4	5
17. Pensar en tener relaciones sexuales me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
18. Cuando discuto me altero mucho	1	2	3	4	5
19. Me da miedo contar mi situación	1	2	3	4	5
20. Esperar me pone muy nervioso/a	1	2	3	4	5
21. Pensar en mi futuro me pone nervioso/a	1	2	3	4	5
22. Cuando estoy nervioso/a sudo, tengo sensaciones en el pecho, el estómago...	1	2	3	4	5
23. Cuando tengo que tomar una decisión importante lo paso muy mal (me angustio)	1	2	3	4	5
24. Cuando quiero hacer una crítica me pongo demasiado nervioso/a	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento observado/a me molesta más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
26. Si no estoy de acuerdo con algo del tratamiento me produce mucha ansiedad	1	2	3	4	5
27. Me pongo agresivo/a con cierta facilidad	1	2	3	4	5
28. Las cirugías del tratamiento me producen mucha angustia (preocupación)	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo un problema real, me angustio (preocupo) y lo exagero	1	2	3	4	5
30. Cuando he cometido un error me preocupo más de lo normal	1	2	3	4	5

Anexo G. Escala de Depresión para Personas Transexuales (ESDETRA) (70)

	Totalmente en descuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento muy triste	1	2	3	4	5
2. Odio mi cuerpo	1	2	3	4	5
3. Solo me apetece (quiero) estar en la cama	1	2	3	4	5
4. Mi aspecto personal es bastante malo	1	2	3	4	5
5. He llegado a fantasear con la idea del suicidio	1	2	3	4	5
6. Pienso que me van a suceder cosas malas	1	2	3	4	5
7. No rindo en el trabajo o los estudios	1	2	3	4	5
8. Lloro más que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
9. Estoy siempre apático/a (desmotivado/desinteresado)	1	2	3	4	5
10. A menudo me siento culpable	1	2	3	4	5
11. Si noto que me miran me pongo muy triste	1	2	3	4	5
12. Me cuesta tomar decisiones más que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
13. No me apetece (quiero) ver gente	1	2	3	4	5
14. Cuando tengo sexo solo me preocupa que la otra persona disfrute	1	2	3	4	5
15. Si mi imagen corporal no se adapta a mis deseos prefiero morirme	1	2	3	4	5
16. Me doy asco	1	2	3	4	5
17. Me cuesta planificar actividades	1	2	3	4	5
18. Me repele (No me gusta) verme en el espejo	1	2	3	4	5
19. A penas consigo dormir (Duelmo muy poco)	1	2	3	4	5
20. No tengo fuerzas para hacer nada	1	2	3	4	5
21. Las comidas que antes me gustaban ya no me llaman la atención	1	2	3	4	5
22. Mi vida es un desastre	1	2	3	4	5
23. Mi deseo sexual es más bajo que en la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
24. No disfruto con nada	1	2	3	4	5
25. Me siento culpable por hacer sufrir a mis seres queridos	1	2	3	4	5
26. Cualquier contratiempo me entristece mucho	1	2	3	4	5
27. No tengo apetito	1	2	3	4	5
28. Mi vida es un fracaso	1	2	3	4	5
29. No hago nada o casi nada para divertirme	1	2	3	4	5
30. Veo el futuro muy negro	1	2	3	4	5

## Anexo H. Escala de Resiliencia y Estrés de las Minorías de Género (73)

### Instrucciones

Elementos de discriminación, rechazo y victimización relacionados con el género (primeros 17 elementos). Marque todo lo que corresponda (por ejemplo, puede marcar tanto después de los 18 años como en las columnas del año pasado si ambos son ciertos). En esta encuesta, la expresión de género significa cómo el hombre / mujer / andrógino aparece ante el mundo en función de muchos factores, tales como modales, vestimenta, personalidad, etc.

Todos los demás artículos. Indique cuánto está de acuerdo con las siguientes declaraciones.

### Discriminación de género

Debido a mi identidad o expresión de género

	Nunca	Si, antes de los 18 años	Si, después de los 18 años	Si, en el último año
1. He tenido dificultades para obtener tratamiento médico o de salud mental (relacionado con la transición u otro).	0	1	1	1
2. He tenido dificultades para encontrar un baño cuando estoy en público.	0	1	1	1
3. He tenido dificultades para obtener documentos de identidad que coincidan con mi identidad de género.	0	1	1	1
4. He tenido dificultades para alquilar una vivienda o permanecer en una vivienda debido.	0	1	1	1
5. He tenido dificultades para encontrar empleo o mantenerlo, o se me ha negado el ascenso.	0	1	1	1

### Rechazo relacionado con el género

Debido a mi identidad o expresión de género

	Nunca	Si, antes de los 18 años	Si, después de los 18 años	Si, en el último año
1. He tenido dificultades para encontrar una pareja o he tenido un final de relación.	0	1	1	1
2. Una comunidad religiosa me ha rechazado o hecho sentir inadecuado.	0	1	1	1
3. He sido rechazado o me han hecho sentir inadecuado en mi comunidad étnica/racial.	0	1	1	1
4. He sido rechazado o distanciado por mis amigos.	0	1	1	1

5. He sido rechazado en la escuela o el trabajo.	0	1	1	1
6. He sido rechazado o distanciado de la familia.	0	1	1	1

### Victimización relacionada con el género

	Nunca	Si, antes de los 18 años	Si, después de los 18 años	Si, en el último año
1. He sido acosado o molestado verbalmente debido a mi identidad o expresión de género. (Por ejemplo, ser llamado "eso")	0	1	1	1
2. He sido amenazado con ser expulsado o chantajeado debido a mi identidad o expresión de género.	0	1	1	1
3. Me han dañado mi propiedad personal debido a mi identidad o expresión de género.	0	1	1	1
4. He sido amenazado con daño físico debido a mi identidad o expresión de género.	0	1	1	1
5. Me han empujado, golpeado, me han arrojado algo o maltratado de cualquier otra forma por mi identidad o expresión de género.	0	1	1	1
6. He tenido contacto sexual con alguien en contra de mi voluntad debido a mi identidad o expresión de género.	0	1	1	1

### No afirmación de la identidad de género

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo / en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totamente de acuerdo
1. Tengo que explicar repetidamente mi identidad de género o corregir los pronombres que usan las personas.	0	1	2	3	4
2. Tengo dificultades para ser percibido de acuerdo con mi género.	0	1	2	3	4
3. Tengo que trabajar duro para que la gente perciba mi género con precisión.	0	1	2	3	4
4. Tengo que ser "hipermasculino" o "hiperfeminina" para que las personas acepten mi género.	0	1	2	3	4
5. Las personas no respetan mi identidad de género debido a mi apariencia o cuerpo.	0	1	2	3	4
6. La gente no me entiende porque no ven mi género en la forma que yo lo veo.	0	1	2	3	4

## Transfobia internalizada

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo / en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me molesta mi identidad o expresión de género.	0	1	2	3	4
2. Mi identidad o expresión de género me hace sentir como un bicho raro.	0	1	2	3	4
3. Cuando pienso en mi identidad o expresión de género, me siento deprimido.	0	1	2	3	4
4. Cuando pienso en mi identidad o expresión de género, me siento infeliz.	0	1	2	3	4
5. Debido a mi identidad o expresión de género, me siento como un paria (relegado).	0	1	2	3	4
6. A menudo me pregunto: ¿por qué mi identidad o expresión de género no puede ser normal?	0	1	2	3	4
7. Siento que mi identidad o expresión de género es vergonzosa.	0	1	2	3	4
8. Envidio a las personas que no tienen una identidad o expresión de género como la mía.	0	1	2	3	4

## Orgullo

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo / en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi identidad o expresión de género me hace sentir especial y único.	0	1	2	3	4
2. Está bien para mí que la gente sepa que mi identidad de género es diferente de mi sexo asignado al nacer.	0	1	2	3	4
3. No tengo ningún problema para hablar sobre mi identidad de género y mi historia de género con casi cualquier persona.	0	1	2	3	4
4. Es un regalo que mi identidad de género sea diferente de mi sexo asignado al nacer.	0	1	2	3	4
5. Soy como otras personas, pero también soy especial porque mi identidad de género es diferente de mi sexo asignado al nacer.	0	1	2	3	4
6. Estoy orgulloso de ser una persona cuya identidad de género es diferente de mi sexo asignado al nacer.	0	1	2	3	4
7. Me siento cómodo revelando a los demás que mi identidad de género es diferente de mi sexo asignado al nacer.	0	1	2	3	4
8. Prefiero que la gente sepa todo y me acepte con mi identidad e historia de género.	0	1	2	3	4

¿Actualmente vive en su género afirmado \* todo o casi todo el tiempo?

(\* Su género afirmado es el que ve como preciso para usted).

- En caso negativo, responda las preguntas en las secciones A y C, y omita la sección B.
- En caso afirmativo, omita la sección A y responda las preguntas en las secciones B y C.

## Sección A

### Expectativas negativas para el futuro

Si expreso mi IDENTIDAD de género

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo / en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Otros no me aceptarán.	0	1	2	3	4
2. Los empleadores no me contratarían.	0	1	2	3	4
3. La gente pensaría que estoy mentalmente enfermo o "loco".	0	1	2	3	4
4. La gente pensaría que soy asqueroso o pecaminoso.	0	1	2	3	4
5. La mayoría de las personas pensarían en forma negativa sobre mí.	0	1	2	3	4
6. La mayoría de la gente me despreciaría.	0	1	2	3	4
7. Podría ser víctima de un crimen o violencia.	0	1	2	3	4
8. Podría ser arrestado o acosado por la policía.	0	1	2	3	4
9. Se me podría negar una buena atención médica.	0	1	2	3	4

### No divulgación

Debido a que no quiero que otros conozcan mi IDENTIDAD de género

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo / en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. No hablo sobre ciertas experiencias de mi pasado o cambio partes de lo que le diré a la gente.	0	1	2	3	4
2. Modifico mi forma de hablar.	0	1	2	3	4
3. Presto especial atención a la forma en que me visto o me arreglo.	0	1	2	3	4
4. Evito exponer mi cuerpo, como usar un traje de baño o desnudos en los vestuarios.	0	1	2	3	4
5. Cambio la forma en que camino, hago gestos, me siento o me paro.	0	1	2	3	4

## Sección B

### Expectativas negativas para el futuro

Si expreso mi HISTORIA de género

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo / en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Otros no me aceptarán.	0	1	2	3	4
2. Los empleadores no me contratarían.	0	1	2	3	4
3. La gente pensaría que estoy mentalmente enfermo o "loco".	0	1	2	3	4
4. La gente pensaría que soy asqueroso o pecaminoso.	0	1	2	3	4
5. La mayoría de las personas pensarían en forma negativa sobre mí.	0	1	2	3	4
6. La mayoría de la gente me despreciaría.	0	1	2	3	4
7. Podría ser víctima de un crimen o violencia.	0	1	2	3	4
8. Podría ser arrestado o acosado por la policía.	0	1	2	3	4
9. Se me podría negar una buena atención médica.	0	1	2	3	4

### No divulgación

Debido a que no quiero que otros conozcan mi HISTORIA de género

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo / en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. No hablo sobre ciertas experiencias de mi pasado o cambio partes de lo que le diré a la gente.	0	1	2	3	4
2. Modifico mi forma de hablar.	0	1	2	3	4
3. Presto especial atención a la forma en que me visto o me arreglo.	0	1	2	3	4
4. Evito exponer mi cuerpo, como usar un traje de baño o desnudos en los vestuarios.	0	1	2	3	4
5. Cambio la forma en que camino, hago gestos, me siento o me paro.	0	1	2	3	4

## Sección C

### Conectividad comunitaria

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo / en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me siento parte de una comunidad de personas que comparten mi identidad de género.	0	1	2	3	4
Me siento conectado con otras personas que comparten mi identidad de género.	0	1	2	3	4
Siento que pertenezco, cuando interactúo con miembros de la comunidad que comparte mi identidad de género.	0	1	2	3	4
No soy como otras personas que comparten mi identidad de género. (R)	4	3	2	1	0
Me siento aislado y separado de otras personas que comparten mi identidad de género. (R)	4	3	2	1	0

## Anexo I. Escala de Discriminación Trans (77)

Por favor, piense detenidamente en su vida al responder las preguntas a continuación. Para cada pregunta, lea la pregunta y luego responda: por lo que ha sido su VIDA TOTAL (desde que era niño hasta ahora). Encierre en un círculo el número que mejor describa los eventos en SU VIDA COMPLETA, usando estas reglas:

- Círculo 1 = Si el evento NUNCA te ha sucedido.
- Círculo 2 = Si el evento sucedió UNA VEZ EN UN MOMENTO (menos del 10% del tiempo)
- Círculo 3 = Si el evento ocurrió ALGUNAS VECES (10–25% del tiempo)
- Círculo 4 = Si el evento ocurrió MUCHO (26–49% del tiempo)
- Círculo 5 = Si el evento ocurrió la mayor parte del tiempo (50–70% del tiempo)
- Círculo 6 = Si el evento ocurrió CASI TODO EL TIEMPO (más del 70% del tiempo)

	Si el evento NUNCA te ha sucedido	Si el evento sucedió UNA VEZ EN UN MOMENTO (menos del 10% del tiempo)	Si el evento ocurrió ALGUNAS VECES (10–25% del tiempo)	Si el evento ocurrió MUCHO (26–49% del tiempo)	Si el evento ocurrió la mayor parte del tiempo (50–70% del tiempo)	Si el evento ocurrió CASI TODO EL TIEMPO (más del 70% del tiempo)
1. ¿Los demás han negado o minimizado sus experiencias de discriminación como personas transgénero?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Se le han negado oportunidades en el lugar de trabajo? (por ejemplo, promoción, aumento de sueldo, oportunidades para trabajar con clientes, trabajar en cierto proyecto, no se le han ofrecido oportunidades de desarrollo profesional)	1	2	3	4	5	6
3. ¿Ha experimentado maltrato en entornos de atención médica?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Ha experimentado acoso o matoneo por parte de compañeros en entornos educativos?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Ha experimentado hostigamiento (por ejemplo, insultos, daños físicos) por parte de agentes de la ley (por ejemplo, oficiales de policía, oficiales de seguridad, administración de seguridad de transporte)?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Ha sido juzgado por otros después de que se enteraron de su identidad de género?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Ha escuchado comentarios de tipo “todas las personas transgénero son iguales” (por ejemplo, supuestos de que todas las personas transgénero se someten o desean someterse a cirugías de afirmación de género)?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Ha experimentado mentoría (asesoría) limitada en entornos profesionales?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Ha sido discriminado al intentar acceder a la atención médica (por ejemplo, exámenes ginecológicos, vacunas, exámenes de próstata, etc.)?	1	2	3	4	5	6

10. ¿Los maestros o instructores se negaron a detener el abuso o intimidación dirigida hacia usted?	1	2	3	4	5	6
11. ¿Ha sido interrogado injustamente sobre su identidad de género por parte de la policía (por ejemplo, oficiales de policía, oficiales de seguridad, administración de seguridad de transporte)?	1	2	3	4	5	6
12. ¿Personas importantes en tu vida se negaron a usar tus verdaderos pronombres de género (por ejemplo, él, ella, ellos, elle)?	1	2	3	4	5	6
13. ¿Recibió mensajes degradantes sobre su apariencia física (por ejemplo, no se ve "lo suficiente" como su verdadera identidad de género, comentarios sobre su atuendo, "Nunca hubiera sabido que usted es trans")?	1	2	3	4	5	6
14. ¿Le han negado un empleo a casusa de su identidad de género?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Tuvo que educar a los médicos, enfermeras o personal administrativo sobre la atención médica relacionada con personas transgénero?	1	2	3	4	5	6
16. ¿Ha experimentado acoso por parte del profesorado, el personal y los administradores en entornos educativos?	1	2	3	4	5	6
17. ¿Escuchó comentarios intrusivos sobre su cuerpo (por ejemplo, "¿qué hay entre sus piernas")?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Se esperaba que fuera o actuara de manera conforme con el género?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Ha experimentado rechazo social en entornos educativos?	1	2	3	4	5	6
20. ¿Ha experimentado acoso por parte de miembros de su familia?	1	2	3	4	5	6
21. ¿Ha sido detenido por agentes de la ley (por ejemplo, oficiales de policía, oficiales de seguridad, administración de seguridad de transporte) y ha sido interrogado injustamente?	1	2	3	4	5	6

*Anexo J. Rosenberg Self-Esteem Scale (86)*

Marque con una X la respuesta que considere para cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente nos gustaría saber qué valoración tiene de usted mismo. Trate de ser lo más sincero posible. Muchas gracias.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4
2. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.	4	3	2	1
3. Creo que tengo buenas cualidades.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	1	2	3	4
5. Pienso que tengo muchas cosas de las cuales sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4
6. A veces me siento inútil.	4	3	2	1
7. Creo que soy una persona igual de valiosa a la mayoría de la gente.	1	2	3	4
8. Quisiera respetarme más a mí mismo/a.	4	3	2	1
9. Tiendo a pensar que soy un fracasado/a.	4	3	2	1
10. Tengo una visión positiva sobre mí mismo/a.	1	2	3	4

*Anexo K. Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia), versión 1.2 (87)*

Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto

	¿Excelente?	¿Muy buena?	¿Buena?	¿Regular?	¿Mala?
1. En general, ¿diría usted que su salud es: (marque un solo número.)	1	2	3	4	5
2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año? (Marque un solo número.)	1	2	3	4	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?  
(Marque un número en cada línea.)

	Sí, me limita Mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita para nada
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas de compras	1	2	3
d. Subir varios pisos por las escaleras	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro (10 cuadras)	1	2	3
h. Caminar medio kilómetro (5 cuadras)	1	2	3
i. Caminar cien metros (1 cuadra)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse	1	2	3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?  
(Marque un número en cada línea.)

	Si	No
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?  
(Marque un número en cada línea.)

	Si	No
a. ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?  
(Marque un solo número).

Nada en absoluto 1	Ligeramente 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Extremadamente 5
-----------------------	------------------	--------------------	---------------	---------------------

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?  
(Marque un solo número).

Ninguno 1	Muy poco 2	Poco 3	Moderado 4	Mucho 5	Muchísimo 6
--------------	---------------	-----------	---------------	------------	----------------

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?  
(Marque un solo número).

Nada en absoluto 1	Ligeramente 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Extremadamente 5
-----------------------	------------------	--------------------	---------------	---------------------

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han salido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted.  
 ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas? (Marque un número en cada línea).

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿Se ha sentido lleno/a de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Ha estado muy nervioso/a?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?	1	2	3	4	5	6
e. ¿Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ¿Se ha sentido desanimado/a y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ¿Se ha sentido agotado/a?	1	2	3	4	5	6
h. ¿Se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ¿Se ha sentido cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?  
 (Marque un solo número).

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	2	3	4	5

11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque un número en cada línea).

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano/a como cualquiera.	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5