

ORIGINAL

# Estudio sociodemográfico comparativo de los períodos 2007-2009 y 2015-2019 de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias



Ana Isabel Revuelta Fernández<sup>a,\*</sup>, María Fernández Rodríguez<sup>b,c</sup>,  
Patricia Guerra Mora<sup>d,e</sup> y Elena García Vega<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidad de Oviedo, Oviedo, España

<sup>b</sup> Área Sanitaria III, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Avilés, España

<sup>c</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

<sup>d</sup> Área Sanitaria IV, Servicio de Salud, Principado de Asturias, Oviedo, España

<sup>e</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Isabel I, Oviedo, España

Recibido el 23 de diciembre de 2020; aceptado el 22 de abril de 2021

Disponible en Internet el 3 de agosto de 2022

## PALABRAS CLAVE

Trans;  
Transexualidad;  
Disforia de género;  
Variables  
sociodemográficas;  
Sociodemografía

## Resumen

**Antecedentes y objetivo:** La elevada demanda asistencial sanitaria realizada por las personas trans en los últimos años ha dirigido el foco de la investigación hacia el estudio de sus aspectos clínicos y sociodemográficos. Este trabajo tuvo por objetivo comparar y analizar algunas variables sociodemográficas en personas trans en 2 períodos temporales: el período de inicio de funcionamiento de la unidad y el período más reciente.

**Materiales y método:** Se comparó una muestra de 131 usuarios que asistió a la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) entre 2015-2019, con una muestra de 33 que acudió entre 2007-2009. Los datos se extrajeron de historias clínicas.

**Resultados:** Respecto al período 2007-2009 entre 2015-2019 la ratio se invierte a favor de los hombres trans (HT). Los usuarios de ambos géneros solicitan consulta a edades más tempranas (especialmente los HT), provienen menos del extranjero, alcanzan una mayor cualificación educativa y laboral, presentan menos paro y solicitan más el cambio registral; y aunque las mujeres trans (MT) continúan siendo las que, mayoritariamente, se dedican a la prostitución y se autohormonan, en este período más reciente lo reportan menos y, además, conviven más acompañadas.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ana.revuelta.fdez@gmail.com](mailto:ana.revuelta.fdez@gmail.com) (A.I. Revuelta Fernández).

**Conclusiones:** Se observan cambios en las variables sociodemográficas de los usuarios de la UTIGPA entre 2007-2009 y 2015-2019, en dirección a una mayor inclusión. No obstante, las condiciones sociodemográficas de las MT siguen en desventaja en comparación con las de los HT.

© 2022 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Trans people;  
Transsexuality;  
Gender dysphoria;  
Sociodemographic  
variables;  
Sociodemography

## Sociodemographic comparative between the periods 2007-2009 and 2015-2019 of the Gender Identity Treatment Unit of Asturias

### Abstract

**Background and objective:** The high demand of assistance made by trans people in recent years has directed the focus of research towards the study of their clinical and sociodemographic aspects. The objective of this work was to compare and analyze some sociodemographic variables in trans people in two periods: the period when the unit began to operate and the most recent period.

**Materials and method:** A sample of 131 users who attended the Gender Identity Treatment Unit of the Principality of Asturias (UTIGPA) between 2015-2019 was compared with a sample of 33 who attended between 2007-2009. Data were extracted from medical records.

**Results:** Regarding 2007-2009, in 2015-2019 the ratio is inverted in favor of Trans Men (TM). Users of both genders request consultation at an earlier age (specially TM), come less from abroad, achieve higher educational and work qualifications, are less unemployed and request more name changes. And, although Trans Women (TW) continue to be those who are mostly engaged in prostitution and self-administration of hormones, in the most recent period they report it less and, furthermore, they live more accompanied than in the past.

**Conclusions:** Changes are observed in the sociodemographic variables of UTIGPA users between 2007-2009 and 2015-2019, in the direction of a greater inclusion. However, the sociodemographic conditions of the TW are still at a disadvantage in comparison to those of the TM.

© 2022 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La identidad de género es una vivencia individual y auto-determinada que puede coincidir o no con la expresión de género y/o con el sexo asignado en el nacimiento. Una persona es cisgénero si su identidad y expresión de género se ajustan a las esperadas por la sociedad para su sexo asignado, y es transgénero cuando no se da tal correspondencia. Sin embargo, el vocablo más empleado en este último caso es el de *personas trans*. Este grupo integra a personas transsexuales que se identifican con el género opuesto (*Mujer trans* o *MT*: mujeres que, en función de sus órganos genitales externos, fueron asignadas como hombres al nacer. *Hombres trans* o *HT*: hombres que fueron asignados como mujeres en el nacimiento). Persona trans también incluye a transgéneros, travestis, no binarios, de género fluido, etc., que se identifican con otras variantes del espectro de género.

La experiencia trans, en un principio, fue reducida a la transexualidad y se incorporó en los manuales diagnósticos CIE-9<sup>1</sup> y DSM-III<sup>2</sup> como una afección que alteraba el sistema sexo/género. En consecuencia, el tratamiento consistía en intervenciones hormonales y quirúrgicas para hacer que la apariencia física se correspondiese con el cuerpo asociado al sexo opuesto. La irrupción del movimiento de

despatologización de la transexualidad<sup>3</sup>, promovida por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero, por estamentos de la Unión Europea y por el activismo trans, ha resultado en una evolución del concepto biomédico inicial; del trastorno de la identidad sexual al de disforia de género en DSM-5<sup>4</sup>, donde el término trastorno desaparece. La CIE-11<sup>5</sup> da un paso más, al eliminar el transexualismo del capítulo de los trastornos mentales y denominarlo incongruencia de género. En el recorrido hacia una despatologización más completa, la reivindicación actual es procurar cobertura social, legal y sanitaria a las personas trans, considerando su vivencia como un proceso de salud no basado en la enfermedad. El objetivo de mantener una etiqueta estriba en proporcionar criterios y una categoría común que sistematice el acceso a los recursos y la comunicación interprofesional, pero entendiendo que lo trans —si no conlleva un padecimiento clínico significativo— no es sinónimo de psicopatología. En España se han promulgado leyes en la mayoría de comunidades autónomas. Por una parte, leyes que disponen una protección integral para todo el colectivo LGTBI<sup>6,7</sup>. Por otra parte, leyes que regulan, exclusivamente, en materia de identidad de género y personas trans<sup>8,9</sup>. Estas defienden la libre autodeterminación de género, la eliminación de criterios médicos y

establecen políticas para garantizar la inclusión trans en diferentes ámbitos de participación. Entonces, la subjetividad trans pasa a reconocerse como una forma más de ser y de estar en el mundo, única en cada individuo y socialmente mediada. Los genes<sup>10</sup>, los marcadores neurobiológicos o los caracteres sexuales de la persona no determinan el sentimiento de la identidad. No obstante, y pese a las reformas, esta visión no ha permeado del todo en la sociedad, que mantiene una perspectiva determinista y dicotómica: se nace siendo hombre o mujer y ser uno u otro implica reproducir los estereotipos de género que históricamente se han asociado a cada sexo. Esta conceptualización no deja espacio vital para la identidad trans; de hecho, la relación de invisibilización, rechazo y/o violencia hacia el colectivo está documentada y tiene repercusión sobre sus condiciones clínicas y sociodemográficas<sup>11</sup>.

Las variables sociodemográficas han sido descritas en diversos estudios. La *ratio de género* muestra un predominio de las MT en estudios nacionales<sup>11–13</sup> e internacionales<sup>14,15</sup>. Aunque trabajos recientes evidencian una inversión en la ratio, a favor de los HT<sup>16–18</sup>. En el último lustro las unidades especializadas han registrado un aumento de la demanda de los menores de edad<sup>19–21</sup>, con una ratio de género que tiende a igualarse<sup>22,23</sup> o a inclinarse a favor de los HT<sup>21,24</sup>, siendo además que los HT acuden a una edad más temprana que las MT<sup>13,15</sup>. En lo referente a la *nacionalidad*, en torno al 15,25% proviene del extranjero, esencialmente de Latinoamérica<sup>25,26</sup>. El *grado educativo* obtenido varía en las investigaciones. En un estudio realizado en la UTIGPA, entre 2013-2015, el 57,5% poseía estudios primarios, el 30,3% secundarios y un 12,1% superiores<sup>27</sup>. Las MT tienden a permanecer menos en el circuito formativo y completan niveles educativos menores que los HT<sup>13,27,28</sup>. Esta diferenciación en los estudios tiene su corolario en el *empleo*, detectándose tasas de paro más prominentes<sup>11,28</sup> y un mayor ejercicio de la *prostitución* en las MT<sup>15,28</sup>. Entre el 14% y el 44% de las personas trans está en paro<sup>15,17,29</sup> y parte de los trabajos que desempeñan son marginales<sup>12,15,30</sup>. En cuanto a la *convivencia*, las MT viven más en soledad que los HT<sup>30</sup>. Un 20% de personas trans no tiene un hogar estable<sup>31</sup> y un 23,8% ha carecido de alojamiento en algún momento de su vida<sup>17</sup>. En relación con la *autohormonación*, un 67,1%<sup>30</sup> y un 88,5%<sup>15</sup> de las personas trans, participantes de 2 estudios en Turquía y Brasil, respectivamente, confirman llevarla a cabo, y esta autohormonación la relatan, mayoritariamente, las MT.

Los trans que reportan vivencias de exclusión tuvieron niveles educativos menores, mayor desempleo y recurrieron a la autohormonación más que aquellos que no las reportan<sup>29</sup>. El estrés por ser trans en una muestra que informaba características sociodemográficas deficitarias<sup>11,32</sup> se asoció con una mayor prevalencia de problemas de salud mental que en participantes cisgénero y, en general, un estatus socioeconómico menor se relacionó con tasas elevadas de intentos de suicidio<sup>33</sup>; es decir, las personas trans se sitúan en una intersección<sup>34</sup> de 3 ejes que condiciona su bienestar: la relación con la sociedad, la sociodemografía y la salud mental. De la retroalimentación de estos ejes puede erigirse bien un escenario de inclusión, bien uno de exclusión social.

Se han despejado varios caminos en dirección hacia la inclusión. Por un lado, la despsicopatologización y la

reclamación social de políticas que amparen sus derechos. Por otro lado, el afloramiento de una comunidad trans que se asocia y construye su propio imaginario a través de literatura, cine, páginas web o perfiles en redes sociales. Lo que, por primera vez para algunos, supone una representación y una narrativa auténticas. Pero ¿estos cambios han resultado en cambios en su sociodemografía? Para responder a esta cuestión se planteó como *objetivo* del estudio comparar y analizar las variables sociodemográficas de los usuarios que acudieron a la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) en el período 2007-2009 (el inicio de funcionamiento de la unidad) y en el período 2015-2019 (el más reciente).

## Métodos

### Participantes

La muestra se compuso de 131 personas que acudieron a la UTIGPA entre 2015-2019, seleccionadas por muestreo no probabilístico consecutivo. Con el propósito de realizar la comparación de variables sociodemográficas entre períodos se recurrió a una investigación llevada a cabo en la misma unidad<sup>35</sup>, que empleó una muestra de 33 usuarios de la unidad entre 2007-2009. De este modo, para el estudio comparativo se diferenció el período 2007-2009 o período 1 y el período 2015-2019 o período 2.

### Instrumento

Se recurrió a las historias clínicas del programa informático SELENE. Con la información reflejada en estas se obtuvieron las variables del estudio:

- *Género*. Los participantes se presentaron como MT u HT. No se aludieron otras variantes de género.
- *Edad de llegada*. Edad biológica con la que los usuarios realizaron su primera demanda en la UTIGPA.
- *Lugar de nacimiento*. Se establecieron 2 categorías: España o el extranjero.
- *Nivel de estudios*. Se categorizó en 2 niveles en función de los estudios completados: estudios primarios/obligatorios o estudios secundarios y universitarios.
- *Ocupación*. Se dicotomizó en sujetos que trabajaban y en aquellos que no. Si trabajaban se categorizaron según la cualificación del empleo: no cualificado, cualificación media o cualificación alta. Si no trabajaban se categorizaron en: paro, estudiantes o jubilados.
- *Prostitución*. Si se dedicaron en el pasado y/o se dedicaban en el presente a la prostitución o si no ejercieron ni ejercían.
- *Convivencia*. Se dicotomizó en: convivencia acompañados o solos (incluyendo aquí: prisión, residencia, centro de menores, etc.).
- *Autohormonación*. Si en el pasado o en la actualidad se autoadministraban o no hormonas.
- *Cambio registral*. Si se realizó o no el cambio, según la Ley 3/2007, del nombre y/o el género de asignación que figura en los documentos oficiales al nombre y género deseados.
- *Año de llegada*. Año en curso en el que se recogió la primera consulta en la UTIGPA.

## Procedimiento

Tras obtener la aprobación de los organismos pertinentes se procedió a recolectar los datos, siempre asegurando el trato confidencial de los mismos.

## Análisis estadístico

Se utilizó al paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22. A fin de obtener las frecuencias, las medias y los porcentajes de las variables analizadas se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias. Se efectuaron pruebas de comparación entre grupos para comprobar las diferencias entre los mismos.

## Resultados

Se compararon las variables sociodemográficas de los periodos 2007-2009 y 2015-2019. Los estadísticos descriptivos se ilustran en la [tabla 1](#).

Las diferencias entre las variables de ambos periodos de estudio constan en la [tabla 2](#).

La *ratio de género* del periodo 2007-2009 fue de 1,36 a favor de las MT, mientras que en 2015-2019 fue de 1,22 a favor de los HT. La *ratio* apuntaba una mayor afluencia de las MT a la unidad hasta los años 2018 y 2019, en los que se invirtió a favor de los HT. Respecto al *lugar de nacimiento* y el *nivel de estudios* en 2015-2019 la mayoría fue española y alcanzó en mayor medida estudios secundarios y universitarios que en 2007-2009. Tampoco hubo diferencias significativas en la *ocupación* en los periodos. A modo descriptivo cabe destacar que en el *periodo 1* un 39,39% disponía de un trabajo de baja cualificación y un 15,15% uno de cualificación media. El 24,24% estaba en paro, el 15,15% eran estudiantes y el 6,06% jubilados. En el *periodo 2* un 21,37% poseía un trabajo no cualificado, un 11,45% uno de cualificación media y un 5,34% uno altamente cualificado. Un 9,16% estaba desempleado. El resto estudiaba (51,14%) y 2 personas estaban jubiladas. En cuanto a la *prostitución* en 2007-2009 se prostituía un 30,3%, porcentaje que en 2015-2019 disminuyó hasta el 15,25%. El 77,78% de las MT que se dedicaron a la prostitución puntuaron positivo en autohormonación. Esto contrasta con el periodo 2007-2009, en el que el 30,33% se dedicaba a la prostitución y el 100% de ellas se autohormonaba. La prostitución fue reportada únicamente por MT en ambos periodos. En lo tocante a la *convivencia*, en el periodo 2 viven en compañía en un porcentaje mayor, y estadísticamente significativo, que en el periodo 1. El tamaño de esta diferencia fue pequeño. De aquellos que convivían acompañados la mayoría en ambos periodos lo hace con su familia (un 33,33% del total en 2007-2009 y un 69,47% en 2015-2019). En el periodo 2 hay un porcentaje menor de personas que se *autohormonan* que en el periodo 1. El *cambio registral* fue llevado a cabo por un porcentaje más elevado en 2015-2019 que en 2007-2009. Para el análisis de la variable *edad de llegada* a la Unidad, la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney ( $U = 995$ ,  $p < 0,001$ ) indicó que la edad de llegada difirió significativamente entre periodos. La edad con la que más frecuentemente llegaron a la unidad en el periodo 1 es a los 30 años, cifra que decrece hasta los 15 años en el periodo 2.

En cuanto a las variables sociodemográficas de los periodos en función del género, solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la *convivencia* de las MT. Las MT en 2015-2019 viven acompañadas en un porcentaje mayor que en el periodo 2007-2009 ( $\chi^2(1) = 7,817$ ;  $p = 0,005$ ;  $V = 0,351$ ), siendo mediana la magnitud de esta diferencia. Las significaciones de la prostitución y de la autohormonación no se pudieron analizar por escasez de sujetos en cada grupo. Aunque cabe señalar que las MT en 2015-2019 se prostituyeron en menor medida que en 2007-2009 (15,25% vs. 52,64%, respectivamente), y estas usuarias se autohormonaron menos en 2015-2019 que en 2007-2009 (23,73% vs. 52,63%). Asimismo, hubo diferencias significativas entre los 2 periodos en la *edad de llegada*, en función del género. Las MT llegaron más jóvenes en 2015-2019 ( $U = 239,5$ ,  $p < 0,001$ ), al igual que sucedió con los HT ( $U = 259$ ,  $p = 0,004$ ), aunque continúan siendo los HT los que solicitan consulta a la edad más temprana.

Finalmente, se ejecutaron análisis entre las variables sociodemográficas del periodo 2015-2019, con el fin de comprobar las relaciones existentes ([tabla 3](#)).

Hubo asociación entre el *género* y las variables: *lugar de nacimiento*, *autohormonación*, *edad* y *cambio registral*. Las MT fueron extranjeras y mayores de 25 años en mayor proporción que los HT, aunque llevaron a cabo el cambio registral en menor medida que ellos. El *lugar de nacimiento* guardó relación con la *edad*, la *ocupación* y el *cambio registral*. Los usuarios extranjeros, en comparación con los españoles, fueron mayores de 25 años en mayor medida, tenían una tasa de empleo mayor y realizaban menos el cambio registral. La *convivencia* y la *edad* revelaron una asociación: convivían más en soledad los mayores de 25 años que los usuarios con edades menores. Por último, la *autohormonación* se vinculó con la *ocupación* y la *edad*. Aquellos que trabajaban y eran mayores de 25 años se autohormonaban más que los que no trabajaban y tenían edades inferiores. La magnitud de asociación entre todas las variables fue pequeña, a excepción de la magnitud moderada entre la *autohormonación* y la *edad*.

## Discusión

Se observan cambios sustantivos en las variables sociodemográficas de los 2 periodos de estudio. En comparación con 2007-2009, en 2015-2019 acuden más HT que MT, los usuarios solicitan consulta a una edad más temprana, viven más acompañados, recurren menos a la autohormonación y se dedican o dedicaron menos a la prostitución.

La *ratio de género* revela una predominancia de las MT sobre los HT en 2007-2009. Mientras que en el 2015-2019 hay una inversión de la *ratio* a favor de los HT, como se avala en otras investigaciones<sup>20,21,24</sup>. Las MT venían prevaleciendo sobre los HT hasta el año 2018, en el que la *ratio* cambia. Las MT acudieron antes a la UTIGPA, y ellos comienzan a asistir después. Una hipótesis explicativa es que las MT puede que pasen menos inadvertidas a ojos de la sociedad que los HT y que hayan sido objeto de más discriminación y exclusión. En consecuencia, habrían estado más predispuestas a demandar una asistencia sanitaria que coadyuvase a fomentar su integración y a aminorar su malestar.

**Tabla 1** Distribución de las variables sociodemográficas en los periodos 1 y 2

Variables	Período 1 (2007-2009)			Período 2 (2015-2019)		
	MT, n (%)	HT, n (%)	Total N (%)	MT, n (%)	HT, n (%)	Total N (%)
<i>Género</i>	19 (57,58)	14 (42,42)	33 (100)	59 (45,04)	72 (54,96)	131 (100)
<i>Edad llegada</i>	M = 38,42 DT = 13,35 [16-79]	M = 27,28 DT = 9,13 [17-45]	M = 33,70 DT = 12,86 [16-79]	M = 25,59 DT = 11,22 [9-61]	M = 20,97 DT = 1,11 [6-64]	M = 23,05 DT = 10,52 [6-64]
<i>Lugar nacimiento</i>						
España	16 (84,21)	11 (78,57)	27 (81,82)	47 (79,66)	67 (93,06)	114 (87,02)
Extranjero	3 (15,79)	3 (21,43)	6 (18,18)	12 (20,34)	5 (6,94)	17 (12,98)
<i>Estudios</i>						
Primarios	12 (63,16)	7 (50)	19 (57,58)	21 (35,59)	30 (41,67)	51 (38,93)
Secundarios y universitarios	7 (36,84)	7 (50)	14 (42,42)	38 (64,41)	42 (58,33)	80 (61,07)
<i>Ocupación</i>						
Trabajan	11 (57,89)	7 (50)	18 (54,55)	33 (55,93)	29 (40,28)	62 (47,33)
No trabajan	8 (42,11)	7 (50)	15 (45,45)	26 (44,07)	43 (59,72)	69 (52,67)
<i>Prostitución</i>						
Sí	10 (52,63)	0 (0)	10 (30,30)	9 (15,25)	0 (0)	9 (15,25)
No	9 (47,37)	14 (100)	23 (69,7)	50 (84,75)	72 (100)	122 (84,75)
<i>Convivencia</i>						
Acompañados	10 (52,63)	12 (85,71)	22 (66,67)	49 (83,05)	62 (86,11)	111 (84,73)
Solos	9 (47,37)	2 (14,29)	11 (33,33)	10 (16,95)	10 (13,89)	20 (15,27)
<i>Autohormonación</i>						
Sí	10 (52,63)	0 (0)	10 (30,30)	14 (23,73)	3 (4,17)	17 (12,98)
No	9 (47,37)	14 (100)	23 (69,70)	45 (76,27)	69 (95,83)	114 (87,02)
<i>Cambio registral</i>						
Sí	4 (21,05)	5 (35,71)	9 (27,27)	20 (33,90)	42 (58,33)	62 (47,33)
No	15 (78,95)	9 (64,29)	24 (72,73)	39 (66,10)	30 (41,67)	69 (52,67)

DT: desviación típica; M: media; N: tamaño de la muestra; n: tamaño de la submuestra.

**Tabla 2** Prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para diferencias entre las muestras totales de los periodos 1 y 2

Variables	$\chi^2$	g.l.	p	V
Género	1,197	1	0,274	0,101
Lugar de nacimiento	0,239	1	0,625	0,060
Estudios	3,022	1	0,082	0,151
Ocupación	2,277	1	0,131	0,133
Prostitución	11,935	1	0,001**	0,294
Convivencia	6,187	1	0,013*	0,213
Autohormonación	4,563	1	0,033*	0,187
Cambio registral	3,540	1	0,060	0,162

g.l.:grados de libertad; p: nivel de significación; V: V de Cramer; (&lt;0,125 efecto nulo, 0,125-0,35 efecto pequeño; 0,35-0,65 efecto mediano; &gt; 0,65 efecto grande).

\* p &lt; 0,05.

\*\* p &lt; 0,001.

En lo referente a la *edad*, asciende la afluencia de menores de edad en 2015-2019. Su creciente presencia en las unidades asistenciales<sup>20,21</sup> ha sido, en parte, promovida por la sexta versión de los Estándares Asistenciales (EA), que posibilitó la aplicación de tratamiento hormonal a esta franja de edad. La incorporación de la diversidad de género en los currículos educativos y la dinamización del

colectivo vía Internet han podido contribuir a informar y facilitar que los menores aparezcan anticipadamente en las unidades. Al analizar la *edad por género* se contempla que en ambos periodos los HT acuden más jóvenes que las MT, como señalan otros estudios<sup>25</sup>. Esto puede deberse a la aparición más temprana de la pubertad en la persona que, según el sexo biológico, se asignó como hembra. Los caracteres



**Tabla 3** Prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para diferencias entre variables sociodemográficas del periodo 2

Variables sociodemográficas	$\chi^2$	g.l.	p	V	
Género	Lugar nacimiento	4,034	1	0,045*	0,198
Género	Autohormonación	9,324	1	0,002*	0,290
Género	Edad	7,496	2	0,024*	0,239
Género	Cambio registral	6,818	1	0,009*	0,243
Lugar nacimiento	Edad	13,621	2	0,001**	0,322
Lugar nacimiento	Ocupación	8,066	1	0,005*	0,271
Lugar nacimiento	Cambio registral	5,603	1	0,018*	0,230
Convivencia	Edad	7,739	2	0,021*	0,243
Autohormonación	Ocupación	10,351	1	0,001**	0,304
Autohormonación	Edad	27,538	2	< 0,001**	0,458

sexuales secundarios son más visibles en este caso, por lo que les pueden generar mayor incomodidad y urgencia por modificarlos.

En cuanto a la *convivencia* se han incrementado las MT que viven acompañadas en 2015-2019, ocasionando que MT y HT residan junto a otras personas, principalmente con la familia en la misma proporción. Parece estar surgiendo un apoyo creciente de las familias hacia sus parientes trans, por más que haya que tener en consideración que el número de menores haya ascendido y, por ello, los que conviven en familia son más en número. Esto no coincide con otras investigaciones que observan que las MT viven solas más que los HT<sup>29,30</sup>.

La *prostitución* y la *autohormonación*, aun tras reducirse a la mitad de 2007-2009 a 2015-2019, continúan en alrededor de un quinto del total. La prostitución es reportada únicamente por las MT, la mayoría latinoamericanas, que se autohormonan. Por ser mujeres, trans e inmigrantes<sup>29</sup> se exponen a una triple discriminación y pueden toparse con que sus alternativas laborales sean puestos no reglados en peluquería, cuidado de personas mayores o prostitución. La cifra de la autohormonación es mucho menor en el presente estudio que en otros<sup>15,30</sup>. La propagación de unidades asistenciales especializadas en España desde 1999 ha fomentado la accesibilidad al tratamiento hormonal controlado.

Las demás variables no difieren de forma estadísticamente significativa entre ambos periodos; no obstante, se advierten cambios en las proporciones. En el periodo 2 figuran menos personas del *extranjero* y el *nivel de estudios* es más elevado. Por lo que atañe a la *ocupación*, en el último periodo hay más estudiantes, se eleva la cualificación laboral y descende la tasa de paro, que se aproxima a la referida por los últimos estudios: en torno a un cuarto del total<sup>11,15-17</sup>. El cambio registral se efectúa más en 2015-2019 y continúa siendo más solicitado por los HT. El trámite agiliza la transición, al proporcionar una documentación en la que consta su identidad elegida y con la que pueden acceder a cualquier institución, sin suponer otra barrera administrativa añadida.

En un nivel más específico se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre algunas variables sociodemográficas entre 2015-2019. Las MT, en contraposición con los HT, son con mayor frecuencia extranjeras y mayores de 25 años, recurren más a la autohormonación y realizan menos el cambio registral. Las personas extranjeras, puestas en relación con las españolas, suelen formar

parte del intervalo de mayores de 25 años, trabajan en mayor medida y solicitan menos el cambio registral que los menores de 25. Es posible que las personas procedentes de otro país tengan edades superiores y/o un empleo que les permitiera migrar y que prioricen otras gestiones administrativas frente al cambio registral. Además, aquellos que se autohormonaban integran con más frecuencia el grupo de mayores de 25 años y suelen trabajar con mayor frecuencia que los que no se autohormonan; lo que es lógico, considerando que suelen ser mayores de edad que no requieren consentimiento y cuentan con ingresos para la toma de hormonas.

Los resultados están condicionados por algunas limitaciones. El tamaño muestral difiere entre los 2 periodos, variabilidad que también plasman las muestras de otras investigaciones<sup>13,15-17</sup>. La edad de los participantes se ubica, primordialmente, en la minoría de edad o la adultez temprana, razón por la que la generalización de los resultados a personas de otras edades se ve obstaculizada. Una última cuestión es que los datos están, en todo momento, atravesados por la legislación vigente en España, el país que acoge el estudio, y por sus características sociodemográficas particulares.

## Conclusiones

La movilización del colectivo, la legislación y la materialización de mejoras han promovido que el trazado de sus condiciones sociodemográficas en 2015-2019 en la UTIGPA sea menos abrupto y desigual que en 2007-2009, y más en consonancia con la inclusión social. Acuden a la unidad en mayor medida y más temprano, la mayoría son españoles y alcanzan con mayor frecuencia estudios superiores y trabajos cualificados. Aunque el progreso es más acusado en las MT, que partían en 2007-2009 de un estado más desfavorecido, siguen sin equiparar su estatus al de los HT. La prostitución y la autohormonación siguen presentes en las MT. Al respecto, habría que atender la discriminación y estigma de las familias y las instituciones hacia las MT y allanar la transición para la persona que la quiera hacer, de modo que se aminore la posible interrupción y el impacto en su vida. Al actuar sobre estos aspectos es posible que se alargue su formación académica, lo que mejoraría su participación social, su empleabilidad y su salud mental. Se podría romper el círculo vicioso que impide la salida de las MT de las

situaciones de precariedad, violencia y exclusión. Asimismo, habría que favorecer que las MT accedan a los servicios asistenciales más jóvenes y dirigir atención y ayuda a las MT migrantes y mayores de 25 años (en condiciones especialmente vulnerables). Conviene seguir esta línea de estudio para conocer factores de protección y carencias que los profesionales y la sociedad al completo debemos detectar, para progresar hacia la total inclusión social de las personas trans.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- World Health Organization. International classification of diseases. 9.<sup>a</sup> ed. Ginebra: WHO; 1978 (trad. cast.: Madrid: Meditor; 1978).
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3.<sup>a</sup> ed. Washington, DC: APA; 1980 (trad. cast.: Barcelona: Masson; 1984).
- Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, García-Vega E. La 7.<sup>a</sup> versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH: un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2014;34:317–35, <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000200006> [consultado 22 Ago 2020].
- American Psychiatric Association APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM 5. Arlington: American psychiatric Publishing.
- Organización Mundial de la Salud OMS (s.f). The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD 11). Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>.
- Ley 3/2016, de 22 de julio, de protección integral contra LGT-Bifobia y la discriminación por razón de orientación e identidad sexual en la comunidad de Madrid. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 2016.
- Ley 18/2018, de 20 de diciembre, de igualdad y protección integral contra la discriminación por razón de orientación sexual, expresión e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Aragón. Aragón: Boletín Oficial del Estado (BOE); 2018.
- Ley 2/2016, de 29 de marzo, de identidad y expresión de género e igualdad social y no discriminación de la Comunidad de Madrid. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 2016.
- Ley 4/2018, de 19 de abril, de identidad y expresión de género e igualdad social y no discriminación de Aragón. Aragón: Boletín Oficial del Estado (BOE); 2018.
- Fernández-Rodríguez M, Villaverde-González A, Fernández-Fernández B. El género no está en los genes. *Rev Int Androl*. 2019;17:119–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2019.04.005>.
- Bretherton I, Thrower E, Zwickl S, Wong A, Chetcuti D, Grossmann M, et al. The health and well-being of transgender australians: A National Community Survey. *LGBT Health*. 2020;8:1–8, <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2020.0178>.
- Basterra V, Ruiz R, Toni M, Rebolé A, Pérez de Mendiola Y, Forga L. Estudio descriptivo de la transexualidad en Navarra. *An Sist Sanit Navar*. 2012;35:455–60, <http://dx.doi.org/10.4321/s1137-66272012000300011>.
- Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Cuchi-Alfaro M, García-Camba E, et al. Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the autonomous region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Arch Sex Behav*. 2017;46:1307–12, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-017-0955-z>.
- Tebbe E, Moraldi B. Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *J Couns Psychol*. 2016;63:520–33, <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000152>.
- Lerri M, Romão A, Santos M, Giami A, Ferriani R, Lara L. Clinical characteristics in a sample of transsexual people. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39:545–51, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1604134>.
- Yüksel Ş, Aslantaş-Ertekin B, Öztürk M, Bikmaz PS, Oğlağ Z. A clinically neglected topic: Risk of suicide in transgender individuals. *Noro Psikiyatri Arsivi*. 2017;54:28–32, <http://dx.doi.org/10.5152/npa.2016.10075>.
- Cheung AS, Ooi O, Leemaqz S, Cundill P, Silberstein N, Bretherton I, et al. Sociodemographic and clinical characteristics of transgender adults in Australia. *Transgender Health*. 2018;3:229–38, <http://dx.doi.org/10.1089/trgh.2018.0019>.
- Fernández-Rodríguez M, Guerra-Mora P, Revuelta-Fernández Al, Villaverde González A. Ratio sexo/género de los adolescentes con disforia de género de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género de Asturias. *Rev Int Androl*. 2020;18, <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2020.03.003>.
- Chen M, Fuqua J, Eugster EA. Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *J Adolescent Health*. 2016;58:369–71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010>.
- Fernández-Rodríguez M, Guerra-Mora P, Martín-Sánchez E, Grupo GIDSEEN. Características de los menores de edad con disforia de género que acuden a la unidad de tratamiento de identidad de género. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2017;91:e1–9 [Consultado Dic 2019]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17049838015>.
- Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med*. 2018;15:582–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>.
- Fernández M, Guerra P, Martín E, Martínez N, Álvarez-Díaz JA. Atención sanitaria a adolescentes con disforia de género. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92:1–9, e201802003. [consultado 14 Dic 2019]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557272018000100-200&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272018000100-200&lng=es&tlng=es).
- Steensma T, Cohen-Kettenis P, Zucker KJ. Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *J Sex Marital Ther*. 2018;44:713–5, <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>.
- Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med*. 2015;12:2206–14, <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.13034>.
- Rondón LM, Romero DM. Impact of social exclusion in transsexual people in Spain from an intersectional and gender perspective. *SAGE Open*. 2016;6, <http://dx.doi.org/10.1177/2158244016666890>, 2158244016666890.

26. Vitelli R, Scandurra C, Pacifico R, Selvino MS, Picariello S, Amodeo AL, et al. Trans identities and medical practice in Italy: Self-positioning towards gender affirmation surgery. *Sexologies*. 2017;26:e43–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2017.08.001>.
27. Nadales-Rojas M, Fernández-Rodríguez M, Guerra-Mora P. Evolución del perfil sociodemográfico de personas con disforia de género. *Cuad Med Psicosom. Psiquiatr*. 2016;119:35–44.
28. Simonsen R, Hald GM, Giraldo A, Kristensen E. Sociodemographic study of danish individuals diagnosed with transsexualism. *Sex Med*. 2015;3:109–17, <https://doi.org/10.1002/sm2.48>.
29. Cussino M, Crespi C, Mineccia V, Molo M, Motta G, Veglia F. Sociodemographic characteristics and traumatic experiences in an Italian transgender sample. *Int J Transgend*. 2017;18:1–12, <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2016.1268082>.
30. Turan S, Poyraz CA, İnce E, Kani AS, Emül HM, Duran A. Sociodemographic and clinical characteristics of transsexual individuals who applied to a psychiatry clinic for sex reassignment surgery. *Türk Psikiyatri Derg*. 2015;26:153–60.
31. Barboza GE, Dominguez S, Chance E. Physical victimization, gender identity and suicide risk among transgender men and women. *Prev Med Rep*. 2016;4:385–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.08.003>.
32. Bränström R, Pachankis JE. Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: A total population study. *Am J Psychiatry*. 2020;177:727–34, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>.
33. Goldblum P, Testa RJ, Pflum S, Hendricks ML, Bradford J, Bongar B. The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Prof Psychol Res Pract*. 2012;43:468–75, <http://dx.doi.org/10.1037/a0029605>.
34. Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*. 1991;43:1241–99, <http://dx.doi.org/10.2307/1229039>.
35. Fernández M, García-Vega E. Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales. *Norte Salud Ment*. 2014;12:26–35.