Grau en Sociologia

Curs acadèmic 2021 – 2022

MENTS (IN)HABITABLES:

L'experiència viscuda de les persones trans i dissidents de gènere com a usuàries dels serveis d'atenció a la salut mental a Barcelona

"Puc sentir que sense certes característiques reconeixibles no puc viure. Però també puc sentir que els termes pels qual sóc reconeguda converteixen la meva vida en inhabitable[1]."

"La tasca de tots aquests moviments [feministes i LGBTIQ+] consisteix en distingir entre les normes i convencions que permeten a la gent respirar, desitjar, estimar i viure, i aquelles normes i convencions que restringeixen o coarten les condicions de vida."

– Judith Butler a "Deshacer el género"

[1] Quan Butler (2004) usa el concepte d'habitabilitat, es pregunta per quines condicions normatives han de ser complides perquè la vida sigui vida, no només en un sentit de la mínima forma biològica de la vida, sinó també per què estableix les condicions mínimes per a una vida habitable amb respecte a la vida humana. Donat que les normes de gènere produeixen un sentit de la diferència entre qui és humà i qui no ho és, quines vides són habitables i quines no, Butler emfatitza que la crítica a les normes de gènere han de situar-se en el context de les vides "tal i com es viuen i han de guiar-se per la qüestió de què maximitza les possibilitats d'una vida habitable, què minimitza la possibilitat d'una vida insuportable o, inclús, de la mort social o literal." Experimentar la vida com a "habitable", va més enllà d'experimentar-la com a "suportable". Així doncs, he emprat aquest potent terme portant-lo al terreny de la salut mental. És, per aquesta raó, que parlo de "ments (in)habitables".

ÍNDEX

Introducció i objectius de la recerca 4

La inteligibilitat del gènere i el desig de reconeixement 6

La noció de salut mental a la ciència 7

Les persones trans i dissidents de gènere en els serveis d'atenció a la salut mental 8

La patologització de les identitats trans 8

La salut mental en les narratives trans 10

Metodologia 14

Resultats 16

Diferents camins: trajectòries vitals 16

Ments (in)habitables 17

Experiències en les institucions de salut mental a Barcelona 22

Discussió i conclusions 27

Referències 29

Annexos 32

Annex I: Procés d'elecció de publicacions que formen el corpus textual 32

Annex II: Sobre la colonialitat del gènere 34

Annex III: Guió d'entrevista 35

Annex IV: Llibre de codis 36

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS DE LA RECERCA

Tenint en consideració que la salut i la malaltia són quelcom inherent a l'experiència de ser humà, l'aportació més important de la sociologia de la salut ha estat la de rebutjar la concepció de l'individu com una illa deserta, constatant com els problemes de salut mental no es distribueixen uniformement en la societat, sinó que ocorren en col·lectius vulnerables amb major freqüència (Aneshensel & Phelan, 1999).

El gènere, entre altres diversos factors (com ara l'edat, la procedència i la classe social), constitueix un dels determinants socials de la salut. Tot i la notorietat i rellevància dels estudis que han tractat i tracten les diferències i desigualtats existents entre homes i dones pel que fa a la salut mental, aquests s'emmarquen en uns determinats paràmetres binaris i biologistes, no contemplant el gènere com un ventall més ampli.

El gènere continua essent un fort determinant de la salut en especial per a les persones trans i dissidents de gènere, és a dir, aquells individus que se surten de la cisheteronorma. Segons nombrosos estudis (Barrientos et al, 2019; Caravaca-Morera et al, 2017; García-Acosta et al, 2019; Guzmán-González et al, 2020; Strauss et al, 2020 & 2021; Suess, 2014 & 2020; Wagner et al, 2016), la població transgènere té un risc més elevat de patir problemes de salut mental que la població cisgènere (persones amb sexe i identitat de gènere concordant des del naixement) i altres minories sexuals (gays, lesbianes i bisexuals), en part a causa del major estrès que pateixen o per ser víctimes de prejudicis sexuals.

No només es tracta d'un col·lectiu vulnerable per les raons mencionades prèviament sinó que, a més, és una realitat fortament invisibilitzada, tant a la realitat social com a la realitat científica. En els últims anys, però, hi ha hagut un interès creixent pel col·lectiu trans arreu del món. A Espanya en particular, aquest s'ha intensificat arran del disseny i aplicació de la Llei Trans, que s'ha trobat tant amb persones detractores com partidàries. Tot plegat ha anat paral·lelament d'una major visibilitat a les persones trans, que també ha estimulat el sorgiment d'un camp de discussió i investigació.

Havent detectat un buit de coneixement, em vaig proposar fer una aproximació empírica amb un disseny metodològic qualitatiu dins del sistema sanitari, més específicament el de la salut mental. La pregunta de recerca formulada és finalment la següent: **quina és l'experiència viscuda de les persones trans i dissidents de gènere[2] com a usuàries dels serveis d'atenció a la salut mental a Barcelona?** De la pregunta de recerca, es desprèn l'objectiu general de la recerca, que no

[2] S'usa la terminologia "trans" com una abreviació de "transgènere", un terme paraigües emprat pel col·lectiu LGBT per a referir-se a totes les identitats que escapen de la intel·ligibilitat de l'espectre normatiu de la identitat de gènere, que en són dissidents *(vegeu aparell conceptual, pàgina 6).* Es vol reconèixer també el caràcter occidental del terme i de l'àmplia diversitat de conceptes existents en diferents contextos culturals per a descriure processos de trànsit respecte al gènere assignat en néixer (com per exemple, la paraula *travesti* a Amèrica Llatina).

és un altre que el de conèixer les experiències viscudes per les persones trans i dissidents de gènere en els serveis de salut mental de Barcelona, tot veient si aquests últims **es constitueixen com un espai d'alienació o d'ajuda per persones del col·lectiu.**

Altrament, dins d'aquest objectiu general s'emmarquen uns objectius específics, que són els de (1) detectar riscos específics de salut mental de la població trans, (2) comprendre barreres i dificultats identificades per les persones trans (dinàmiques i actitud del personal sanitari cap a les persones usuàries i, finalment, (3) definir pràctiques que puguin representar solucions potencials i una pèrdua de barreres.

Donat que el sistema sanitari és especialment biologista i utilitza de manera intercanviable els termes "gènere" i "sexe", considero imprescindible realitzar la recerca des d'una perspectiva biopsicosocial, així com des d'una epistemologia feminista aplicada a la sociologia[3] , una perspectiva decolonial del gènere i una perspectiva despatologitzant de les identitats trans.

[3] És la meva intenció abordar la recerca des de la perspectiva del coneixement situat desenvolupada per Haraway a *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza* (1991), entenent que la ciència "objectiva" és aquella que posa en evidència i clarifica el lloc des d'on es parteix i la pròpia posició discursiva. (Part eliminada per a preservar l'anonimat)

LA INTELIGIBILITAT DEL GÈNERE I EL DESIG DE RECONEIXEMENT

(Butler, 1996; 2004)

Parteixo en aquesta recerca del concepte butlerià de gènere, entenent que aquest no es troba polaritzat en quelcom tan simple com la masculinitat i la feminitat, sinó que va més enllà, en un esdevenir i una fluïdesa. El gènere és un tipus d'imitació per a la qual no existeix original: el gènere és el que es fa, no un concepte universal de qui s'és (Butler, 1996).

Són els actes de gènere reiteratius i corporals (que comprenen la forma de vestir, el comportament, el llenguatge que emprem, els gestos, i tota classe d'activitats quotidianes, així com l'activitat sexual i l'elecció de parella) el que determina el sexe i gènere amb què ens identifiquem. No obstant això, no es tracta tampoc d'una elecció trivial d'estil de vida, sinó que comprèn també una dimensió material i, en aquest sentit, és important comprendre que no és un artifici que es pugui adoptar o rebutjar a voluntat (Butler, 2004).

Per a Butler (2004), el desig és el motor dels individus, i aquest és alhora desig de reconeixement. En aquest sentit, els individus es constitueixen com a éssers socials viables únicament a través de l'experiència del reconeixement, convertint-se aquest en una seu de poder mitjançant la qual es produeix allò humà de forma diferencial. Per tant, si part del que busca el desig és obtenir reconeixement, llavors el gènere, en la mesura que està animat pel desig, buscarà també reconeixement.

El gènere evidencia la relació entre cos i norma; la norma sempre comporta una violència restrictiva, articulada de manera binària, dicotòmica i jeràrquica. Els cossos, com a quelcom construït i que viuen dins d'unes limitacions productives d'uns determinats esquemes reguladors generitzats, funcionen segons unes restriccions que produeixen un terreny de cossos intel·ligibles. Els cossos que no s'ajusten a la norma, i que, per tant, queden fora del reconeixement, es converteixen en cossos abjectes, impensables i invivibles. Així, són cossos que queden fora d'allò intel·ligible, de manera que hi ha cossos que importen més que altres, que són reconeguts com a més humans que altres (Butler, 2004).

LA NOCIÓ DE SALUT MENTAL A LA CIÈNCIA

(Aneshensel & Phelan, 1999)

> *"Les veus de les persones malaltes són fàcils d'ignorar, perquè sovint aquestes veus tenen un to vacil·lant i un missatge barrejat… Aquestes veus parlen de condicions... de les que la majoria de nosaltres preferim evitar per tal d'oblidar la nostra vulnerabilitat. Escoltar és difícil, però també és un acte fonamentalment moral... En escoltar l'altre, ens escoltem a nosaltres mateixos. Ser testimoni de la història cristal·litza una mutualitat de necessitat, quan cadascú és per l'altre"* (Frank a Aneshensel & Phelan, 1999).

La salut mental no es pot definir com una mera oposició a la malaltia mental. La salut mental va més enllà de l'absència de malestar i engloba altres aspectes que s'insereixen dins del benestar psíquic de l'individu. La salut mental és matèria d'interès per a tota la societat, i no només concerneix a aquelles persones afectades per un trastorn mental. L'OMS (2018) exposa com "la salut mental i el benestar són fonamentals per a la nostra capacitat col·lectiva i individual de pensar, manifestar sentiments, interactuar amb els altres, guanyar el suport i gaudir de la vida."

Les perspectives biologistes han buscat les explicacions de les problemàtiques de salut mental dins del subjecte, obviant el paper que hi té societat. Des de la sociologia i una perspectiva biopsicosocial, s'ha posat èmfasi en el fet que cal mirar els individus en el seu context social, tenint en compte les estructures socials i la seva influència. Les persones no actuem en contextos únics: les nostres percepcions, reflexions i accions estan constituïdes per múltiples posicions socials que s'entrecreuen.

En altres paraules, la salut i la malaltia no són fenòmens individuals i aïllats, sinó socials. La salut és relativa al marc cultural en què s'analitza, de manera que cada societat avalua què és estar sa i què és estar malalt, alhora que modela els pensaments, sentiments i accions dels seus membres en formes que considera trastorns mentals, juntament amb les conseqüències de tenir, o de pensar que es té, un trastorn mental[4].

En el context de l'atenció a la salut mental, conceptualitzar l'individu com a pacient té implicacions en l'atenció i experiència viscuda del trastorn, de manera que s'exclouen les narratives personals i no es considera l'experiència com a productora de coneixement. En el seu lloc, usaré el concepte de "persona usuària", que contempla aquesta com a subjecte i, per tant, rebutja la concepció d'aquesta en un rol passiu i d'espera, en un marc en què el coneixement en la pràctica clínica és unidireccional.

[4] Consegüentment, d'aquest punt de partida surten els models basats en la classificació d'allò normal i allò patològic, tal com el Manual estadístic i diagnòstic de malalties mentals (DSM). Per posar un exemple, fa només deu anys que la transsexualitat va deixar de ser considerada una malaltia mental pel DSM-5.

LES PERSONES TRANS I DISSIDENTS DE GÈNERE EN ELS SERVEIS D'ATENCIÓ A LA SALUT MENTAL

LA PATOLOGITZACIÓ DE LES IDENTITATS TRANS

Les persones trans i dissidents de gènere han estat tradicionalment estudiades des de diferents perspectives en l'àrea de la investigació amb un fort lligam en l'àmbit clínic amb èmfasis en la medicina, la psiquiatria, la psicoanàlisi i la psicologia[5]. La investigació que existeix relativa a les persones trans i la seva salut, no només tendeix a realitzar-se des d'un punt de vista mèdic, sinó que a més es tracten d'estudis quantitatius en la seva gran majoria relatius a diferents aspectes mèdics relacionats amb la confirmació del gènere, l'accés i la qualitat de l'atenció (García-Acosta et al, 2019). Precisament, Barrientos et al (2019) alerten que el coneixement generat mitjançant enquestes pot generar un coneixement de caràcter acrític, individual i atomitzant.

Cal també cridar l'atenció a la imprecisió conceptual que es dóna en l'àmbit científic, en tant que les nocions de sexe i gènere (tot i ser termes diferents), es fan servir de manera intercanviable i arbitrària, generant una gran confusió conceptual i dificultats en la investigació i discussió en l'àrea (Stryker a Barrientos et al, 2019). Aquesta pràctica de solapament obstaculitza la comprensió de les inequitats de salut trobades entre la població trans i cisgènere, de manera que es desconeix si aquestes es deuen al sexe, al gènere, a ambdues categories o a cap de les dues[6]. Addicionalment, hi ha una escassa comprensió per part de la comunitat científica de les múltiples identitats trans i experiències que comprèn el concepte trans, el que dificulta encara més la investigació.

Així mateix, s'evidencia una clara escassetat d'investigació social entorn aquest objecte d'estudi en particular i, d'altra banda, d'aspectes que no concerneixin el gènere necessàriament. La major part d'estudis es concentren a països anglosaxons, en especial els Estats Units, i es troben només disponibles en la llengua anglesa. Tenint en compte que el coneixement generat a un país en concret no és necessàriament generalitzable a altres entorns culturals, a Espanya no es troba cap estudi amb aquesta temàtica específica fins l'actualitat.

[5] N'és un exemple prou il·lustratiu que algunes de les revistes científiques on s'han hagin publicat els articles escollits per a la realització de l'estat de l'art duguin per nom *Enfermería Global, Enfermagem, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* i *Psychological Medicine*.

[6] La paraula "transgènere" connecta dues nocions importants: les de sexe i identitat de gènere. Inicialment, es feia ús del concepte de sexe com a única categorització de la població trans, però el sorgiment del concepte de gènere va permetre contemplar una dimensió no biològica de la sexualitat i la identitat.

Conseqüentment, les identitats trans han estat fortament patologitzades[7] en aquest marc de medicina occidental. Caravaca-Morera et al (2017) exposen com les classes dominants han creat mecanismes per al control social de les poblacions subjugades en diverses situacions, sent una d'aquestes la transformació de les condicions humanes en trastorns que requereixen tractaments mèdics i psiquiàtrics. La medicalització de les identitats trans, per tant, contribueix a l'estigmatització dels individus transsexuals i té com a objectiu controlar els cossos que escapen a les determinacions de gènere i adequar-los als estàndards normatius i socialment esperats del sistema psiquiàtric. En altres paraules, el sistema de salut actual cerca la normalització social mitjançant estratègies de patiment.[8]

Des del 2007 es pot advertir l'emergència i la difusió d'un activisme internacional per la despatologització trans, sostingut per reflexions teòriques aportades des de perspectives teòric-activistes i aliades. Entre les demandes principals hi ha la retirada de la classificació diagnòstica de la transsexualitat com a trastorn mental, la cobertura pública de l'atenció en salut a persones trans i el canvi del model d'atenció, des d'un model d'avaluació psiquiàtrica cap a un enfocament de decisió informada. A més, l'activisme per la despatologització trans reivindica el reconeixement legal de gènere sense requisits mèdics, la despatologització de la diversitat de gènere a la infància, la protecció contra la violència transfòbica i la despatologització de les pràctiques de recerca (Suess, 2020).

Des de la investigació social, Suess (2014) destaca també l'emergència de discursos trans i intersex que qüestionen la construcció biomèdica de la transsexualitat, des d'un marc no patologitzant i crític amb el sistema biomèdic, que possibiliten noves conceptualitzacions i reflexions al voltant de ser "trans". Nogensmenys, alerta sobre les dinàmiques de patologització i objectivació que no només es troben latents en la bibliografia biomèdica, sinó també en la investigació social amb perspectiva de gènere; en el sentit que certs enfocaments queer i postfeministes tendeixen a idealitzar la figura trans com a símbol de ruptura de l'ordre binari o metàfora d'ansietats culturals, sense tenir en compte la seva realitat quotidiana i necessitat de negociació constant en un món dicotomitzat.

[7] Per patologització s'entén la conceptualització de característiques corporals, identitats, pràctiques, hàbits, gestos, persones o grups de persones com a malaltes o anòmales. Per instància, es poden observar dinàmiques estructurals de patologització respecte a diferents característiques personals i socials, entre les quals l'orientació sexual, les característiques sexuals, la diversitat corporal/funcional o la salut mental, entre d'altres. Es pot diferenciar entre formes institucionals de patologització en l'àmbit sanitari, educatiu i juridicoadministratiu, així com dinàmiques de patologització en el context social, familiar, educatiu i laboral (Suess, 2020).

[8] Entre les conseqüències de la patologització de les persones trans, cal assenyalar un impacte en la salut física i mental, barreres en l'ús dels serveis de salut, processos d'exclusió d'una igualtat d'oportunitats en l'àmbit educatiu i laboral, així com a limitacions del dret a la personalitat jurídica. S'observa una interrelació entre la classificació diagnòstica de la transsexualitat com a trastorn mental i l'exposició a dinàmiques de patologització, discriminació i violència transfòbica. Des d'una perspectiva interseccional, que analitza la presència de diferents eixos de desigualtat no des d'una mirada sumatòria, sinó des de la consideració de les interrelacions específiques, es constata una exposició diferenciada de persones trans a situacions estructurals d'inequitat social (Suess, 2020).

LA SALUT MENTAL EN LES NARRATIVES TRANS

Una considerable quantitat de literatura científica sobre el col·lectiu trans ha estat publicada en el marc de la recerca LGBTIQ+ (lesbianes, gays, bisexuals, trans, intersex i queer). Així i tot, el gènere i la sexualitat, malgrat anar entrellaçats, constitueixen aspectes identitaris diferents. Mentre que el col·lectiu LGBT presenta una salut mental més deteriorada que la població general, aquesta és notablement pitjor per les persones trans en comparació amb la resta del col·lectiu (Strauss et al, 2020).

Per bé que les persones trans presenten les mateixes necessitats que la població general, poden tenir altres necessitats específiques de la salut, com ara la teràpia hormonal d'afirmació de gènere i/o la cirurgia[9]. Paral·lelament, l'exposició a la violència, la marginació, l'estigma i la discriminació també són més alts en aquesta població (García-Acosta et al, 2019). En aquesta mateixa línia, un altre estudi d'Strauss et al (2020) evidencia com experimentar un allotjament inestable, discriminació, assetjament escolar, sentir-se sense suport de la família i problemes en l'educació i l'ocupació, s'associen amb la majoria de resultats negatius pel que fa a la salut mental (Strauss et al, 2020).

Així, l'evidència suggereix que les persones trans sovint experimenten una major taxa de malalties, incloent-hi els àmbits de la salut mental, sexual i reproductiva (García-Acosta et al, 2019). Més concretament en el marc que és aquí rellevant, aquestes experiències negatives vitals estan associades amb altes taxes de dificultats de salut mental, particularment amb la depressió, l'ansietat, el trastorn d'estrès posttraumàtic, trastorns alimentaris, l'autolesió i ideació i els intents de suïcidi (Strauss et al, 2021).

A tall d'exemple, en una recerca quantitativa realitzada a Xile (Guzmán-González et al, 2020), les persones participants trans reporten una prevalença de depressió (40%) deu vegades major que la població general a nivell mundial (4,4%), el 68,8% del qual ha tingut ideació suïcida en l'últim any i, dins d'aquest mateix percentatge, el 51,5% ha pensat a suïcidar-se. No obstant això, els problemes de salut mental no es distribueixen de forma homogènia en la població trans; els resultats conclouen que aquelles persones que s'autoidentifiquen com a gènere "no binari" posseeixen els nivells més baixos de satisfacció vital, sent inferiors a la resta del col·lectiu.[10]

En un altre estudi similar conduït per Strauss et al (2020) a Austràlia, les taxes d'autolesió i suïcidi eren excepcionalment altes, amb gairebé quatre de cada cinc participants amb antecedents d'autolesió i gairebé un de cada dos havent intentat suïcidar-se. El mateix estudi mostra que les associacions més

[9] No obstant això, autoidentificar-se com a trans no implica necessàriament transicionar mèdicament. Considerant que la transició és un projecte vital, fluid i particular a cada persona, hi ha persones que poden únicament transicionar socialment (modificant l'expressió de gènere, canviant el nom, etc).

[10] Relacionen aquest fet amb què les persones que no s'adhereixen a les categories binàries d'home/dona tenen experiències vitals diferents d'aquelles que s'adscriuen dins d'una categoria fundada en el binarisme de gènere.

grans entre experiències de vida i autolesions i intents de suïcidi van relacionades amb problemes d'habitatge i educació. Així les coses, les dificultats de salut mental en aquesta població són de causa multifactorial.

No només es troba el col·lectiu trans amb barreres a l'hora d'accedir als serveis d'atenció a la salut mental (García et al, 2019), sinó que un cop dins, experimenten també diverses dificultats. La majoria de les participants en l'estudi d'Strauss et al (2021) acudien a les institucions de salut mental a causa de depressió, ansietat, necessitats relacionades amb el gènere (identitat de gènere, disfòria, transició) i preocupacions sobre salut mental no especificades, i aquests experimentaven barreres malgrat buscar suport per assumptes de salut mental general que no estaven directament relacionats amb la identitat de gènere.

Tot i l'existència d'experiències positives o mixtes en l'àmbit sanitari, pretenc focalitzar-me en les experiències negatives o problemàtiques, és a dir, aquelles que comporten barreres significatives percebudes per les usuàries trans. Caravaca-Morera et al (2017) defineixen aquestes barreres com "*qualsevol situació o condició que limiti o impedeixi que un individu trans rebi atenció integral de salut mental o que gaudeixi dels beneficis del sistema de salut mental".*

L'estudi de Wagner et al (2016) posa èmfasi en la interseccionalitat de manifestacions individuals, interpersonals i institucionals d'estigma[11] que pateixen les persones trans. En aquest sentit, el context de salut trans és complex, en tant que es troba definit, d'una banda, per ansietats personals (com per exemple, experiències viscudes de discriminació) i, d'altra banda, per ansietats relacionades amb experiències viscudes per altres membres de la comunitat trans tant fora com dins del sistema sanitari, i que, per tant, condicionen la visió que es té d'aquest a priori. En aquest sentit, usar una mirada psicosocial implica, per a Barrientos et al (2019) articular diferents nivells d'anàlisi (individual i social en aquest cas) i abordar el conflicte que sorgeix en la trobada entre l'individu i la societat.

L'article publicat per García-Acosta et al (2019) fa metodològicament ús d'una revisió de la literatura per tal d'analitzar les diferents barreres a l'atenció sanitària trobades per varis estudis. En primer lloc, distingeixen les desigualtats en l'atenció sanitària percebudes per les persones usuàries trans. Segons els diversos testimonis, els professionals no empatitzen amb elles, mostrant cert desinterès per conèixer i entendre les necessitats específiques que el seu col·lectiu requereix.

En la mateixa línia, Strauss et al (2021) apunten que una recerca anterior ha demostrat que els problemes principals de la pràctica psicològica inclouen evitar les discussions sobre gènere o, per

[11] L'estigma, segons Link i Phelan a Wagner et al (2016), és conformat per un nexe de cinc components interrelacionats i inseparables entre sí i que actuen en un sistema opressiu: (1) identificació i etiquetatge de la diferència humana, (2) relació estereotipada dels membres d'una comunitat a un comportament no desitjat, (3) existència dicotòmica d'un "nosaltres" en vers a un "ellxs", (4) pèrdua d'estatus o sentiment de discriminació, i (5) l'exercici de poder.

contra, centrar-se en excés en el gènere, com també mencionen Wagner et al (2016). Així mateix, la investigació existent s'ha centrat en la satisfacció de resultats quirúrgics i no en la satisfacció com a persona usuària.

En segon lloc, les persones usuàries manifesten haver sigut víctimes de prejudicis i haver sentit discriminació en forma d'assetjament verbal, assetjament físic, menyspreu, actituds negatives i negació de les cures. A tall d'exemple, en preguntar al personal sanitari, un 5% utilitzava les formes inclusives de gènere, el 44% no coneixia les formes inclusives, el 37% no sabia a què es referia el gènere i el 14% confonia la identitat de gènere amb l'orientació sexual (Carabez et al a García-Acosta et al, 2019). Wagner et al (2016) mostren com moltes usuàries usen l'estratègia de no "revelar" la seva identitat de gènere per evitar estigmatització i les conseqüències, i només ho fan si és extremadament necessari.[12]

En tercer lloc, un altre dels punts a destacar és el dèficit de coneixement del personal sanitari. Les persones entrevistades constaten que aquest no adquireix en cap moment coneixement sobre l'atenció a les usuàries trans i desconeix els recursos per aconseguir informació, el que comporta una desigualtat en les cures prestades. De la mateixa manera, es denuncia un dèficit de formació en els plans d'estudi actuals, i es reivindica que aquests han de ser revisats, ja que no proporcionen una preparació suficient en matèria de perspectiva de gènere i de diversitat sexual que posi en qüestió la cisheteronormativitat dels entorns de l'assistència sanitària.

En suma, i com ben indicat per Caravaca-Morera et al (2017), és possible que les necessitats de salut d'aquesta població no es compleixin efectivament, en part perquè el personal proveïdor de salut no està capacitat per reconèixer i respondre a les seves necessitats, com a causa de les pràctiques i polítiques de les institucions de salut que invisibilitzen les persones trans. De la mateixa manera, l'atenció sanitària trans-específica és limitada o inexistent (Suess, 2014)[13].

Segons les persones participants, el coneixement, l'interès, el respecte i la comunicació són necessaris per a facilitar la provisió de serveis de salut inclusius (Caravaca-Morera et al, 2017). Tanmateix, García-Acosta et al (2019) posen sobre la taula una sèrie de pràctiques que poden representar solucions potencials, com ara millorar les fonts d'informació, millorar la disseminació de la informació que ja existeix, incorporar formació sobre salut trans als actuals currículums professionals, incloure formació específica en els actuals plans d'estudi de futurs professionals (Wagner et al, 2016), millorar la

[12] En un altre estudi d'Strauss et al (2021) algunes de les participants, especialment aquelles que s'identifiquen com a gènere no binari, sentien que havien d'amagar la seva identitat per tal d'obtenir el suport i l'ajuda que necessitaven; i en l'altra recerca de Caravaca-Morera et al (2017) s'aprecia en els resultats expressions d'apatia, falta de respecte i transfòbia per part del personal sanitari cap a les mateixes persones usuàries.

[13] L'Organització Mundial de la Salut (OMS) identifica la manca d'investigació i comprensió de la salut LGTBI, juntament amb actituds dels proveïdors cap a aquestes poblacions, com a barreres significatives per resoldre les disparitats de salut relacionades amb les minories sexuals (García-Acosta et al, 2019).

col·laboració entre professionals més experts i iniciatives basades en línies polítiques per a millorar l'accés a serveis de salut de les persones usuàries trans.

Amb tot plegat, es desprèn la necessitat de dur a terme recerca empírica i qualitativa que tingui per objecte d'estudi les persones i trans en el context de les institucions de salut mental, sent aquestes un entorn en què malauradament hi naveguen sovint a causa de la major incidència de problemes de salut mental en aquesta població. Fins el moment, i pel meu coneixement, no s'ha abordat aquesta temàtica en el context espanyol, i l'actual comprensió d'aquesta és limitat en tant que els estudis trobats es situen en contextos diferents i centrats en prevalences sobre aspectes de salut mental (i no en un context institucional), així com tampoc poden ser extrapolables. Es tracten, a més, d'estudis que en la seva gran majoria posen al col·lectiu trans en una posició passiva i no com a expert en tant a les seves experiències viscudes.

METODOLOGIA

El disseny d'aquesta recerca és abductiu, seguint una lògica de ruptura del coneixement, entenent la ruptura com un trencament *amb els prejudicis i amb les falses evidències que creen en nosaltres la il·lusió enganyosa d'entendre les coses (*Quivy & Van Campenhoudt, 1997).

Donat que l'objectiu de l'estudi és dur a terme una aproximació empírica a les experiències viscudes per part de les persones trans i dissidents de gènere, he implementat una recerca amb una metodologia qualitativa. Tenint en compte l'heterogeneïtat dins del col·lectiu a estudiar, aquesta permet obtenir uns elements de reflexió rics i matisats, en què el contacte directe entre la investigadora i les persones interlocutores facilita aquesta exterioització.

Més concretament, he triat l'entrevista semidirigida en format d'història de vida. Amb aquesta tècnica d'anàlisi cerco la flexibilitat i l'escassa estructuració del dispositiu, que permet recollir els testimoniatges i les interpretacions dels interlocutors tot respectant els seus propis marcs de referència i possibilitant així una major llibertat en les formes d'expressió, per tal que les persones entrevistades puguin encaminar la conversa cap a les direccions que considerin més importants, destacant la seva veu i les seves experiències (Barrientos et al, 2019). Així, he elaborat un guió d'entrevista[14] que em permetés crear-me un esquema mental i tenir present els punts que volia abordar, però sense estar aquest present en l'encontre.

En relació amb la població i les unitats d'anàlisi, la província de Barcelona s'estableix com el camp d'anàlisi, per tal de no limitar en excés les unitats d'anàlisi però alhora poder configurar l'espai d'interès. Altrament, la dimensió i la durada de la recerca no només condicionen l'àmbit temporal, quedant aquest concretat en la primera meitat de l'any 2022; sinó que també tenen un impacte en la grandària i la selecció de la mostra[15].

Els criteris d'inclusió i exclusió de la mostra han estat els següents: que la persona entrevistada (1) s'autoidentifiqui com a persona trans o dissident de gènere, (2) sigui major d'edat, i (3) hagi estat tractada per serveis d'atenció a la salut mental de la província de Barcelona. Pel que fa als perfils d'aquestes, els explico amb detall a l'inici dels resultats de la recerca.

Per tal de tenir accés al camp no només he mobilitzat el meu capital social, sinó que també he contactat amb Ca l'Enredus[16], que m'ha ajudat a difondre la recerca. Les persones interessades m'han contactat

[14] Vegeu el guió de l'entrevista a l'Annex III.
[15] Els perfils de les persones entrevistades es troben explicitats a l'inici de l'anàlisi.
[16] Ca l'Enredus és un projecte de l'associació Actua Vallès, la missió del qual és oferir un espai d'acompanyament a persones LGBTI, alhora d'erradicar l'homofòbia i la transfòbia a Sabadell. Per a més informació: https://actuavalles.org/project/ca-lenredus/

via Whatsapp o bé per correu electrònic, i a posteriori hem concretat un espai i data a conveniència en què cada persona se sentís còmoda, com per exemple des d'un bar-cafeteria per esmorzar fins a uns jardinets, totes a Sabadell. Cal destacar com a límit metodològic l'absència de persones trans no binàries a les entrevistes.

A l'hora de dur a terme les quatre entrevistes (les quals tenen una duració aproximada d'entre una hora i mitja i dues hores[17]), he considerat fonamental mantenir una conversa prèvia en què ens poguéssim conèixer i que no anés necessàriament enfocada a la temàtica de la recerca d'entrada. Quan ambdues persones hem considerat oportú començar l'entrevista, primerament m'he posicionat com a investigadora [18] i he proporcionat una justificació clara de l'estudi, com també he enregistrat el consentiment per part de les persones participants. En el transcurs de la conversa, he evitat fer ús d'un llenguatge binari referit a la identitat, alhora que he procurat tenir present l'impacte emocional que poden tenir certs temes sensibles.

Un cop realitzat el treball de camp, he dut a terme la transcripció de les entrevistes a format digital de la forma més fidedigna possible, per després executar l'anàlisi qualitatiu del material amb el software Atlas.ti 9.0. El programari escollit es basa en la teoria fonamentada de Glasser i Strauss[19] que permet, amb un mètode comparatiu constant, codificar i analitzar les dades de manera simultània per tal de desenvolupar conceptes que a priori no s'haguessin incorporat i que han anat emergint, adaptant-se així al camp d'anàlisi i no al contrari. Tal codificació (vegeu el llibre de codis a l'Annex V) també m'ha permès l'elaboració de categories i el reconeixement de relacions entre aquestes. Posteriorment, he portat a cap l'anàlisi de contingut, que té un objectiu interpretatiu i no quantificable (Cáceres, 2003). És a dir, és rellevant el què es diu i els diferents matisos, però no la quantitat de cops que es pugui repetir un cert aspecte.

Durant el procés de la recerca, he mantingut el vincle amb l'associació Ca l'Enredus, amb la qual ens hem reunit per tal d'acordar una devolució al camp en un format expositiu conjuntament amb MariCorners[20], un congrés internacional d'estudis LGTBIQ+. La reunió es realitzarà el 17 de juny amb el suport i difusió de l'Ajuntament de Sabadell.

[17] Les transcripcions de les entrevistes (d'una llargada aproximada de 120 pàgines) es troben a disposició del tribunal en cas de considerar-se oportú. Si és així, posar-se en contacte amb l'autora del Treball de Fi de Grau o el tutor del mateix.

[18] Seguint la perspectiva del coneixement situat desenvolupada per Haraway a *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza* (1991).

[19] Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.

[20] Vegeu més informació a www.maricorners.es

RESULTATS

Les experiències de les persones no es poden entendre si no s'entén d'on venen: hi ha un punt en què allò micro s'intersecciona i es retroalimenta amb allò macro; les circumstàncies personals de la vida, aquells petits detalls que ens converteixen en la persona que som, gustos i aficions, condicionen la nostra salut mental, que alhora condueix a diversos camins en l'àmbit institucional, i viceversa.

DIFERENTS CAMINS: TRAJECTÒRIES VITALS

En primer lloc, l'**Athena**[21] és una dona de 23 anys que es troba actualment reposant i sense feina pel fet que va decidir realitzar-se la cirurgia de reassignació de sexe uns mesos enrere[22]. Li agrada anar a restaurants amb les seves amigues, qui descriu com el seu suport, i xerrar amb la gent gran del poble, com també seure al sofà i mirar una pel·lícula. Encara manté interessos de quan era petit[23].

Un cop va deixar l'institut a 3r d'ESO, va modificar la seva manera de vestir i el seu nom. Explica que *"(...) yo llegué a la conclusión que podría haber sido transexual en el instituto, pero como tenía una especie de trauma y todo eso, estaba encorsetado en un cuerpo de gay." (1:4)* Cap als 16 o 17 anys, va començar amb les hormones. En un inici, van comportar-li eufòria de gènere, per fi se sentia a gust amb el seu cos. No obstant això, fa dos anys que les va haver de deixar per raons mèdiques.

En segon lloc, l'**Héctor** és un home de 25 anys que treballa de cara al públic en jornada completa, però sempre li agrada i necessita trobar moments en què pugui sentir-se actiu, cuidat i en el present, com per exemple menjar i compartir un moment amb la seva mare. Als 16 anys va començar a tenir dubtes sobre la seva identitat de gènere, i un cop va ser atès per Trànsit[24], va començar amb el procés de masculinització, amb el que ja porta entre 5 i 7 anys. En crear-li disfòria el pit, va decidir dur a terme la mastectomia fa dos anys mitjançant una cobertura privada a causa de les llargues cues d'espera a la sanitat pública[25].

---

[21] Les identitats de les persones que han participat en la recerca es mantenen en l'anonimat, protegint la intimitat d'aquestes tant com la confidencialitat dels aspectes abordats en les entrevistes. D'aquesta manera, he decidit usar pseudònims escollits per les persones participants per a referir-me a elles.

[22] El passat octubre, l'Athena va decidir passar per quiròfan, on va estar vuit dies ingressada a l'hospital acompanyada de la seva mare i descriu l'experiència de la següent manera: *"(...) cuando me desperté fue como que se me había caído una roca volcánica. Tenía una roca de lava dentro, me quemaba, gritaba (...)". (1:129)*

[23] Quan l'Athena parla de sí mateixa en el passat (abans de transicionar), utilitza el masculí.

[24] Trànsit, Atenció a la salut de les persones trans (GenCat). https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/altres-serveis/model-atencio-salut-persones-trans/

[25] L'Héctor exposa com, aproximadament, el temps d'espera per una mastectomia en un home trans és de 5 anys, mentre que les reassignacions de sexe d'una dona trans podrien ser entre 7 i 10 anys. 3 dies després d'haver-se operat, el van trucar des de CatSalut comunicant-li que ja era el seu torn.

En tercer lloc, en **Fènix** és un home de 45 anys que actualment treballa en un allotjament turístic en què se sent realitzat i útil, en comparació amb les feines que havia tingut anteriorment. Li agrada dedicar el seu temps lliure a crear, com per exemple fer composicions poètiques o escriure. També gaudeix cuinant, xerrant en petit comitè, caminant per la natura, escoltant música i sentint-se en un espai segur i protegit com casa seva.

Es considera una persona espiritual, i quan va finalitzar el Batxillerat se'n va anar a un retir per a trobar respostes per a si mateix, ja que des de ben petit sentia que alguna cosa no "quadrava" amb el seu gènere. Va ser llavors quan als 18 anys va saber que era trans, però va ser *"com una goma que l'estires i al final trobes la resposta, però se te'n va la goma als aires" (3:64).* Explica com la meditació l'ha ajudat molt en tot el procés de la seva transició i a connectar amb la seva veritat. Porta hormonant-se fa 5 anys, i quan va tenir clar qui era, va considerar que havia de conèixer el seu cos i reeducar-lo, per la qual cosa també va sovint al gimnàs.

En quart i últim lloc, la **Dahlia** és una dona de 25 anys que no només té una feina a jornada completa de cara al públic, sinó que també es dedica al món de la tecnologia i la comunicació. Li agrada escriure, llegir, veure pel·lícules, dormir, el flamenco, menjar, les manualitats i quedar amb les seves amigues, així com veure a les altres persones felices i escoltar-les parlant sobre quelcom que les il·lusiona. En poques paraules, resumeix la seva vida en *"treballar, estudiar, crear i gaudir" (4:126).*

Quan va fer la transició, la Dahlia va canviar la seva forma de vestir, de pentinar-se, i va començar a maquillar-se i a comprar-se roba, com també fer-se arracades. Fa 4 anys que s'està hormonant, i explica que *"el dia que vaig començar l'hormonació, va ser un dels millors dies de la meva vida. Va ser com... ara comença la meva vida. Tot el que he viscut abans no és que no serveixi, sinó que no era jo, i ara sí." (4:135)*

MENTS (IN)HABITABLES

Les paraules són importants, estan carregades d'històries i significats, són eines per comunicar-nos i donar sentit a les nostres vides. En **Fènix** parla (tenint en compte que part de la seva trajectòria vital va tenir lloc al segle passat) de com un *"món que havia amagat i ignorat l'existència de ser trans",* el va fer *"parar boig". "Llavors no es parlava d'això. (...) Simplement de què jo era un home dins d'una dona. (...) La paraula "trans" no estava en el meu cap (...)." (3:245)* Explica com el patiment arran de la invisibilització i patologització que va patir podria haver estat diferent simplement posant-li un nom, i ho compara amb com ha anat canviat això darrerament:

"Seguiràs sent part d'una minoria, podràs seguir patint bullying, podràs seguir tenint ansietats perquè ets diferent, però tindràs algo on agafar-te, tindràs una paraula, tindràs una xarxa, tindràs uns recursos, que ho sabran els mestres... doncs quan no hi és aquest nom, no tens d'on agafar-te. No ets res. El que tu

ets és un error, ets un bitxo, no t'han donat un nom al que et passa, una opció... (...) Bueno, clar, i tan fàcil que és ara, ara un nen obrirà un llibre, espero i gràcies a tots, i ho llegirà. Hi ha nenes que se senten nens... i això és ser transgènere. I sabrà la resposta. Jo no la tenia! Aquest llibre no hi era! No hi era ni en els mestres, ni els doctors, ni en els pares, no hi era." – Fènix (3:130)

L'**Héctor** destaca com *"des que es va eliminar la transsexualitat com una malaltia de salut mental, tot ha anat a millor." (2:203)* Explica com, "*una amiga meva, estava començant a descobrir el seu camí en la transició i demés, i va anar per l'Hospital Clínic, li van fer una prova que consistia en interactuar socialment amb tothom com una dona sense cap tipus de tractament hormonal, sense cap tipus de directrius de com fer-ho, excepte: "pots portar faldilla, pots maquillar-te si et ve de gust" (...) Perquè així se la llegeixi més com una dona, i així després d'aquests dos mesos digui, (amb to irònic) "d'acord, ara ja has passat el període de prova, pots comprovar la teva subscripció amb les hormones?" (2:110).* Tant ell, com la **Dahlia** i l'**Athena** han sigut ateses per Trànsit, un servei d'acompanyament i atenció a les persones trans des d'una perspectiva biopsicosocial i despatologitzant de les identitats trans, que va començar la seva tasca el 2012 a Catalunya i s'ha anat estenent, reemplaçant l'abordatge patologitzant que hi havia hagut fins aleshores i que es feia a través de l'Hospital Clínic[26] per derivació.

Si bé la mirada cap a les identitats trans ha evolucionat positivament, aquestes segueixen estant considerablement regides per la normativitat de gènere. Totes les persones ens enfrontem a certes normes socials sobre el que es considera normal, que fan referència al cos, a les capacitats i a l'aspecte. Aquestes normes exerceixen un gran impacte sobre com ens sentim íntimament i com ens comportem socialment. Són regles que restringeixen les nostres vides, generen patiment i frustració. En el cas de les persones trans, això es veu encara més accentuat, de manera que constitueixen un mecanisme de control com sostenen Caravaca-Morera et al (2017) sobre els seus cossos i identitats. L'Héctor explica com *"quan se't considera trans, sense el prefix home o dona davant, se't sol demanar l'androgínia. (...) Però si poses el prefix d'home o dona davant, s'espera que siguis súper home, súper dona, que si barba, que si músculs, que si actituds cishetero..." (2:105).*

De la mateixa manera, la Dahlia explica com *"tenim una imatge de dona. Les dones es posen arracades, es pinten els llavis i es posen faldilla. Doncs... si jo no ho aconsegueixo... (...) no sóc dona. I, jo, sóc una dona. I si no ho aconsegueixo, doncs... me mato." (4:22)* La necessitat d'encaixar en uns rols de gènere binaris, ja sigui modificant l'expressió de gènere, aprenent a modular la veu en el cas de la Dahlia, o hormonant-se, demostra que, per a ser reconegudes, hem de seguir les normes socials. Trencar amb els binarismes i les normes sexuals i de gènere té un preu, i tot allò que és diferent pot provocar violència física, simbòlica i/o emocional. Per exemple, l'Héctor detalla com és de cansat per una amiga seva trans que ha d'estar tot el dia reiterant el seu nom i pronoms, perquè se la llegeix com a home.

[26] Hospital Clínic Barcelona. Per a més informació: https://www.clinicbarcelona.org/ca

Afegeix, a més, que les persones trans no tenen la responsabilitat de trencar amb els esquemes de gènere.

No és fàcil enfrontar-se a la pressió social i sentir-nos lliures de ser qui som i del que volem ser en contextos hostils on els nostres cossos, les nostres expressions de gènere i el nostre comportament poden ser incompresos o mal vistos. Recordant a Butler (2004), els cossos que no s'ajusten a la norma i queden fora del reconeixement, es converteixen en cossos abjectes, impensables i invivibles:

"Abans de transitar amb hormones, vaig estar un any que sí que em vaig fer dir Fènix... és que jo no em volia hormonar. Pensava, per què haig de canviar? Aquell any, vaig estar un any sent en Fènix sense hormones. Però va ser un any molt difícil. És com... vaig pensar "jo he d'estar tota la vida dient, diga'm Fènix perquè sóc transgènere?" Doncs mira, vaig fer el canvi perquè ara ja no ho he d'explicar, (...) ja no t'he de donar explicacions, ja ho veus, t'ho poso fàcil. Jo al principi era bastant antimodificacions corporals, no? Però ara veig que no, que t'ho posen tot més fàcil, les modificacions." – Fènix (3:195)

De les entrevistes que he realitzat s'afirma el que manifesten García-Acosta et al (2019): les persones trans es troben exposades a violència, marginació, estigma i discriminació i s'enfronten a diferents problemes, com per exemple en l'educació i l'ocupació. En el cas de la Dahlia, exposa com sent que no pot ser ella en segons quins entorns: *"fa un mes vaig anar a Madrid a un hostal compartit, de només dones. (...) Totes estaven parlant súper bé i no sé... (...) jo portava mascareta per si se'm veia la barba i eren terfas*[27]*... Saps?" (4:112).* Altrament, dubta i troba molt dificultós on posar límits a l'hora de combatre la transfòbia per a la seva salut mental, ja que realitza bastant activisme a través de les xarxes socials.

Pel que fa a la feina, per la Dahlia és quelcom que l'esgota i l'aliena, i la solvència econòmica és un tema que li crea molta angoixa. En Fènix va estar molts anys treballant a un lloc que sentia molt aïllat, i sent que no ha acabat d'acomplir res a la seva vida a causa dels seus hàndicaps.

En el context escolar, tant l'Athena com l'Héctor patien assetjament escolar. D'una banda, l'Athena va acabar abandonant l'escola pel patiment que li suposava, i a l'Héctor li feien bullying per *"marimacho" (2:176).* En aquest sentit, explica com ha patit més com a dona lesbiana que com a home trans, i que tal fet s'explica en el fet que ara és més normatiu. Es va finalment haver de canviar d'escola arran d'un atac en el qual el van apallissar en grup i l'escola no va prendre mesures. Al seu torn, en Fènix s'autopercebia a si mateix com a un nen molt solitari i sense gaire amics ni amigues al llarg de la seva vida amb qui poder comptar.

[27] "Terfas" fa al·lusió al concepte de TERF, que és l'acrònim per Trans-Exclusionary Radical Feminist, sent en català "Feminista Radical Trans-Excloent". El moviment TERF exclou a les dones trans per no considerar-les realment dones i, per tant, subjecte polític del feminisme.

Un dels altres factors que pot portar per conseqüència una mala salut mental és el suport de la família, com bé mencionen Strauss et al (2020). Créixer en una família que et dona suport és vital pel benestar i bon desenvolupament psíquic, en tant que et sents estimada, segura, acompanyada i vinculada. Nogensmenys, l'estructura familiar de les persones entrevistades és disfuncional[28]. Així, tot i que la Dahlia descriu la relació amb els seus pares com a *"cordial"* i que l'han ajudat *"com han sabut" (4:44),* destaca com entre ells tenen una relació conflictiva i que per ella, la seva família la conformen la seva parella i les seves amigues.

L'Athena té una relació violenta i complicada amb la seva mare, qui és la seva tutora legal, i manifesta que ha heredat la hiperagressivitat d'ella, a l'igual que ho han fet els seus germans. Explica que quan era petit, *"me acostumbré tanto el dolor que dejé de sentirlo" (1:98)*, el que li ha generat apatia en bastants aspectes de la seva vida. El seu refugi són les seves amigues i li genera molt malestar no sentir-se estimada i cuidada: *"Y resulta que lo de Sant Boi no fue útil porque lo único que necesitaba era el cariño de la familia y ya está." (1:34)*

En morir-se la seva mare quan tenia només 11 anys, en Fènix sent que la mancança d'una figura materna l'ha marcat per tota la seva vida. Comenta com des de petit, la seva família ja deien que era *"una nena rara" (3:119),* i només va intentar tenir una conversa amb la seva mare respecte al gènere, la qual va evitar el tema. Sempre ha sentit que la seva família ha estat més bolcada en la seva germana, qui també ha estat en tractament psiquiàtric, i ha sentit el seu pare com una figura absent. En conseqüència, ell mateix descriu que s'ha sentit *"orfe",* i que ningú el reconeixia i l'estimava per qui veritablement era:

> *"Ells veien una filla, no veien un fill. I per molt amor que intentessin donar o intentessin comprendre, no em veien a mi. Aquesta sensació de, no m'estan veient i, per tant, no m'estàs estimant a mi." – Fènix (3:91)*

Tot i que l'Héctor defineix la seva família com a desestructurada, en canvi, sí que sent que el van acceptar i li han donat suport sempre, i relaciona tal fet amb què per això no ha necessitat tant tractament psicològic.

El present estudi confirma el que venien a dir els anteriors que s'han pres com a referència: el fet que les persones trans experimenten una pitjor salut mental. En Fènix, tot i haver *"nascut molt sa",* va acabar desenvolupant esquizofrènia: *"La gènesi [de l'esquizofrènia] és ser trans. (...) Llavors, clar... la meva fugida de la realitat es pot entendre si tu entens que t'ho està dient un noi dins d'un cos d'una noia que no sap que li ha passat... (...) Aquesta sensació que no ets el que ets... et destrueix." (3:180; 3:58)*. Altrament,

[28] Entenc les famílies disfuncionals com a famílies que es vinculen mitjançant pautes insanes, en què els conflictes, així com l'abús físic i/o verbal són freqüents, el que pot comportar un deteriorament de la salut mental dels seus membres.

ha tingut ideacions de suïcidi, a banda de deliris i crisis que l'han portat a ingressos en dues ocasions. Actualment, però, se sent millor amb ell mateix i té més espais on se sent bé i ha treballat per treure's el ressentiment: *"El meu deliri ja ha anat minvant. Ara ja sóc més real que deliri, no?" (3:209).*

L'Héctor ha patit de depressió i ansietat en un parell d'ocasions. Ha tingut atacs d'angoixa i crisis, molts cops relacionades amb inseguretats pel sexe i el fet de sentir-se invalidat: *"la por estava allà... De conèixer algú, i que tot i que jo em presenti com a persona trans, no sàpiga identificar què és ser trans, i després descobreixi que tinc cony i sigui com: "Oh, Déu meu, no! No m'interessa." (2:126)* Tot i això, es considera una persona bastant privilegiada quant a salut mental. Malgrat que encara sent inseguretats respecte a no sentir-se acceptat, ara està més tranquil sobre l'opinió de la resta que abans i ha fet les paus amb si mateix, el que l'ha fet més segur:

"Sento que potser se li dona massa pes a l'Héctor i molt poc a la Cande, perquè la Cande és com el meu nen interior en aquest sentit, saps? És la meva infantesa, i la meva preadolescència, i la meva adolescència també. Per què no acceptar-ho? Una altra cosa és, la percepció social de la Cande, i que ho acceptin o no, això m'és igual." – Héctor (2:233)

La Dahlia arrossega una depressió des de fa molts anys, i va tenir 3 intents de suïcidi a l'adolescència, a més d'un ingrés a psiquiatria. Després de la transició, dubta més a l'hora de fer les coses, ja que sent que ara sí que tenen un impacte real, a més de tenir l'espai segur per externalitzar i sentir. Considera que es troba en un bon moment a la vida, i que inclús els darrers anys han estat els millors. *"Estic treballant el viure per mi" (4:144),* afegeix.

L'Athena pateix de depressió, ansietat i trastorns de la conducta. Ha tingut ideació i intents de suïcidi. Té certificat de discapacitat, per la qual cosa la seva tutora legal és la seva mare. Com que pot controlar millor la ràbia, li van retirar les pastilles de l'agressivitat, i ara és capaç de sentir més emocions i empatia, que no mostrava abans a mode de *"màscara" (1:93).*

En general, les persones entrevistades coincideixen en les seves narratives que és important conèixer-se, acceptar-se, perdonar-se i estimar-se a una mateixa; ser protagonistes de les seves vides:

"Clar, i jo també entenc els motius de per què no vaig poder [finalitzar el grau i la formació acadèmica]. I m'entenc a mi mateix... i és això que dius, he tret molt profit personal i... No em culpabilitzo. No vaig poder acabar per això, perquè vaig acabar una mica desequilibrat, i encara gràcies que vaig fer tot això" - Fènix (3:114)

Saber què som i què no ens ajuda a determinar el nostre comportament, expectatives i trajectòria vital, així com gaudir d'una autoestima positiva permet interactuar amb l'entorn d'una forma sana:

"Trabajé yo misma para saber en qué parte debía estar, como debía sentir en cada momento, y empezar a trabajar la seguridad." – Athena (1:95)

"Bueno, tot són etapes al final. A tots ens passa que punxem i necessitem ajuda i... el saber acceptar-ho i anar cap endavant, en anar en aquella direcció, és allò el que considero més positiu." – Héctor (2:224)

EXPERIÈNCIES EN LES INSTITUCIONS DE SALUT MENTAL A BARCELONA

Durant l'ESO, l'**Athena** anava a l'Hospital de dia al Taulí[29] per l'hiperagressivitat. Quan tenia 15 anys, la seva mare va decidir ingressar-la a un hospital psiquiàtric a Sant Boi durant tot un estiu per dos motius: el primer, és que la seva mare pensava que estava malalta per ser trans: *"[Mi madre] me encerró porque pensaba que era un inconveniente que yo fuera transexual. Añadiendo que tenía problemas con la agresividad, luego la homosexualidad, luego le añades la transexualidad… Para mi madre era demasiado" (1:1)* i, el segon, arran d'una baralla familiar que va suposar el detonant final.

Descriu com tenien una rutina institucional molt estricta i monòtona: *"Porque en Sant Boi tenían que hacer todo lo que ellos decían. Cuando comer, me tenía que echar la siesta y todo. (...) Solo había una tele, no podíamos usar teléfonos ni aparatos electrónicos, solo la tele. Y yo como… ¿cómo me distraigo? Nos tirábamos horas, horas, en un salón aburrido" (1:46)* i com era un entorn molt fred, que no li transmetia cap emoció i no se sentia a gust: *"No me sentía bien ahí. O sea, parecía como un robot. Estuve 3 meses preguntándome: "Qué hago aquí? ¿Qué propósito tiene eso?" (1:74).*

L'**Héctor** ha acudit en dues ocasions a urgències psiquiàtriques de l'Hospital Taulí. El primer cop, quan tenia 16 anys, hi va anar arran d'un atac d'angoixa, a banda de dubtes sobre la seva identitat de gènere; mentre que l'any passat va anar també per un atac d'angoixa però a causa de la feina, que descriu com a molt demandant emocional i mentalment. En aquesta ocasió, va estar al voltant d'unes dues hores i mitja-tres hores a la sala d'espera, pel que comenta l'atenció és més ràpida en els psicòlegs privats, als que ha acudit altres cops.

Els primers tractes que va rebre van ser al CAP de referència per a l'hormonació, i la majoria d'experiències mèdiques que ha tingut han estat amb un psicòleg o psiquiatre al Taulí, on no hi ha hagut d'anar sovint i descriu com a més *"impersonal" (2:248).* En general, però, diu haver rebut una atenció molt professional i correcte, sobretot en el cas concret de Trànsit.

Fins que no va retornar dels viatges[30] que va emprendre amb el propòsit d'autoconèixer-se, en **Fènix** no li va poder fer veure al seu pare que no estava bé i necessitava ajuda. El pare va decidir portar-lo a

[29] Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell. Per a més informació: https://www.tauli.cat/tauli/
[30] En Fènix va passar un temps de la seva vida en diverses comunitats espirituals.

un psiquiatre (a través de la seva mútua privada), que va acabar derivant-lo a un tribunal mèdic per avaluar el seu grau de discapacitat, sense ell saber-ho: *"(...) jo no sabia ni on anava, em van portar una doctora, jo em pensava que era una doctora que em volia ajudar, jo li explicava les coses, i es veu que era un tribunal mèdic i jo no ho sabia." (3:146)* Actualment, en Fènix es visita cada 6 mesos amb el seu psiquiatre a l'Hospital Taulí i té visites molt curtes de 10-15 minuts, que diu, no són suficients. En general, no espera gaire de les institucions.

Arran d'ideacions de suïcidi i un quasi intent fa dos anys, la **Dahlia** va anar al seu CAP de referència, on, després de fer-li omplir un formulari que contenia 50 preguntes i que descriu com una de les seves pitjors experiències, la van derivar a urgències psiquiàtriques del Taulí. Va estar una nit ingressada, i ho descriu com una "*experiència xunga*": *"Em van aïllar a una habitació, em van treure tot per prevenció." (4:61)* Avui dia, té sessions d'una hora amb la psicòloga del Taulí un cop al mes, que recalca que és poca freqüència de tractament i no és suficient.

Una de les **barreres amb què es poden trobar les persones trans en l'atenció sanitària** és amb el desinterès i la falta d'empatia, com esmenten García-Acosta et al (2019). En aquest cas, trobem dues situacions ben diferents en les persones entrevistades. D'una banda, l'Héctor descriu com de vegades li han fet preguntes referents al fet trans, per exemple: com tractar correctament a una persona trans (utilització dels pronoms, etc), hormonació, si té intenció d'operar-se, però més aviat *"des d'un punt de vista gairebé familiar" (2:135),* i sense ser invasiu. També li van demanar, en una ocasió, el correu de Trànsit per poder facilitar-lo a qualsevol altra persona que el pogués necessitar, el que evidencia que la persona professional desconeixia aquest recurs anteriorment.

D'altra banda, la Dahlia es queixa de la falta de tacte i la sensació violenta quan, després de recórrer al CAP de referència per intent de suïcidi, li van fer omplir un qüestionari de cinquanta preguntes. En Fènix descriu la seva relació amb el psiquiatre com a protocol·lària i desinteressada: "*(...) el meu psiquiatre jo crec que ja... no és que hagi desistit de mi, sinó que tenim un pacte de, tu vens aquí perquè és el protocol, però jo sé que tu vas fent (...) Però és que jo tampoc li reclamo aquest interès. És que jo tampoc tinc interès en què ell tingui interès." (3:196)*

En aquest sentit, l'Athena també s'ha sentit oblidada per les institucions, en haver tingut problemes pel que fa a la comunicació amb elles. En aquesta mateixa línia, la Dahlia creu que hi ha una manca de comunicació i facilitació d'informació provinent d'una falta d'interès, i ho explica arran de l'incident que va tenir durant la pandèmia per la ruptura d'estoc d'estrògens a les farmàcies que, opina, es podria haver notificat des de Trànsit: *"O sigui, si jo fos l'única persona al món, ho entenc. Però si tens un centre mèdic especialitzat en persones trans, no pots no fer un escrit o... o sigui, no pots, no pots." (4:159)*

La desconfiança i la llunyania s'estableixen com unes de les altres barreres a tenir en compte i que són en part conseqüència de les dues barreres identificades anteriorment. Tant l'Athena com en Fènix

declaren que no confien ni amb el personal professional ni amb les institucions. Més concretament, en Fènix explica com mai ha pogut establir connexions amb els i les terapeutes i que les ha sentit com a fredes, excepte en el cas del PSI[31]: *"Em van posar un PSI arrel d'aquell ingrés involuntari. Un PSI era una persona que igual ens veiem cada setmana, fèiem un cafè... I això és un gest maco, saps que hi ha una persona amb qui pots parlar. Inclús venia a casa... (...) No és com un metge que està darrere del mostrador amb la bata, no. (...) Jo crec que tractar a les persones que estan així una mica en desequilibri, doncs és això, necessitem molt que ens escoltin." (3:201)*

Pel que fa a l'abordatge del gènere a les sessions, no es dóna ni un excés ni un oblit de la temàtica en qüestió, com assenyalen Strauss et al (2021) i Wagner et al (2016) en les seves respectives recerques. Per exemple, l'Athena només parlava dels seus pensaments i emocions (ja que per ella, la transsexualitat era un tema que volia gestionar sola); la Dahlia acostuma a parlar sobretot de la relació amb els seus pares i de la seva infància, a banda de la transsexualitat i de com visualitza el seu futur; al principi, en Fènix, explicava més les seves sensacions i deliris, però ara que ja està millor, no hi profunditzen gaire; quan als 16 anys l'Héctor va anar a l'hospital i va comentar la seva situació, li van preguntar si tenia algun tipus de relació amb la seva identitat de gènere, així i tot aclareix que *"no va ser ofensiu, em va semblar totalment professional" (2:96).* El segon que va haver de recórrer a urgències psiquiàtriques, li van fer preguntes estandarditzades de com li agradaria abordar la situació.

Posant-se a la pell de la professional, afegeix que, de totes maneres, pot ser necessari abordar certs temes relacionats amb la identitat de gènere: *"Si és a la teva transició sí que puc entendre, escolta entenc que és incòmode, però sento que per a un diagnòstic més correcte necessito fer-les. (...) Quan és referent a la transsexualitat en si, aquí ja sí que seria un terreny diferent, saps?" (2:154).*

Un altre aspecte que m'ha semblat intrigant d'indagar, ha estat el del poder de decisió i autonomia que tenen les persones usuàries, sobretot respecte al consum de fàrmacs, del que val la pena fer-ne un esment. En el cas de l'atenció psiquiàtrica al Taulí, a l'Héctor i a la Dahlia els hi van oferir medicar-se. L'Héctor ha pres antidepressius i ansiolítics en dues ocasions, mentre que la Dahlia va preferir no prendre'n en ser testimoni dels efectes secundaris que li causaven a la seva mare. Tanmateix, l'Athena i en Fènix no han tingut la mateixa experiència en ingressos a centres psiquiàtrics. L'Athena explica *"Para mí Sant Boi, me sentía como en una cárcel y [la psicóloga] era como un alcaide." (1:89)* Farà aproximadament 7-9 anys, van ingressar durant 15 dies a en Fènix per error, i descriu allò com *"una pel·lícula de terror" (3:168),* en què el van lligar al llit per contenció i només recorda anar molt "drogat" a causa d'injectables que li van aplicar a la força:

[31] PSI són les sigles que fan referència al Pla de Servei Individualitzat de CatSalut, i que és "la proposta d'un mètode organitzatiu i d'un procés actiu de gestió dels trastorns mentals severs (TMS) a la comunitat." Per a més informació: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3316/pla_serveis_individualitzats_PSI_pdfa.pdf?sequence=1

"Aquest segon ingrés sí que em vaig sentir molt impotent... aquesta institució, aquest Estat, com que jo tinc aquest certificat, tenen el dret de tancar-me, prendre'm la meva llibertat. (...) Jo sentia que jo... no servia de res el que jo pensés, el que jo digués... Que si ells deien que jo hi havia d'estar allà, jo no tenia res a dir." – Fènix (3:170)

Afortunadament, les persones entrevistades no manifesten haver sigut víctimes d'assetjament verbal ni físic, així com menyspreu i negació de les cures, diferint aquest cas del de l'estudi realitzat per García-Acosta et al (2019). Nogensmenys, la transfòbia no només considera la violència física, sinó també la simbòlica o emocional[32]. Tenint això en compte, les persones entrevistades han patit tal violència simbòlica en forma de desconeixement, no-reconeixement i invisibilització cap a elles. Si bé totes les participants senten que poden ser elles mateixes en aquest entorn institucional[33], en el sentit que no han d'"amagar" la seva identitat de gènere, sovint no s'han sentit respectades o reconegudes. Per exemple, l'Athena explica com a Sant Boi, quan va estar ingressada, no li van assignar company ni companya d'habitació, igual que a les altres persones transsexuals del centre.

Per contra, l'Héctor manifesta com mai ha patit *"cap tipus de sentiment de discriminació, cap tipus de sentiment d'inferioritat o qualsevol cosa així..." (2:147),* i que, com a molt, hi ha hagut confusions amb el seu nom, però hi ha hagut una ràpida rectificació. De manera similar, la Dahlia sempre s'ha sentit respectada i li han preguntat pel nom i els pronoms tant al CAP, com a l'Hospital Taulí i a l'Hospital Clínic, encara que a la targeta sanitària i al DNI no ho tingués. Ara bé, això ha estat diferent per en Fènix. Fins que no va realitzar el procés de masculinització i va modificar el DNI i la targeta sanitària, no li respectaven el nom ni els pronoms ("*visiblement segur que ja ho veu, i li resulta més fàcil...") (3:192)*

L'última barrera i alhora causant de les altres exposades anteriorment és la falta de coneixement i formació per part del personal sanitari. Amb el relat d'en Fènix, es pot apreciar com la facilitació d'informació i visibilització pel que fa al col·lectiu trans i la perspectiva de gènere ha anat evolucionant al llarg dels anys: *"El metge t'escoltava... i no t'entenia... partint de la base, primer per començar que jo era un home trans. Això parlo ja de fa molts anys. Ara suposo que sí, ara hi ha més informació..." (3:178)* En aquest sentit, el dèficit de coneixement seria un element que és imprescindible, tot i que hi hagi interès: "*Sí que he vist intenció d'ajudar, però també vist sobretot en el passat que jo encara no havia ni transitat ni es parlava de les transicions, igual hi havia intenció d'ajudar, però no sabien com." (3:199)*

Totes les persones entrevistades estan d'acord en el fet que hi ha més informació sobre el tema trans, com exemplifica la Dahlia: *"Jo penso que... s'han format. I que fa molts anys no passava. Jo crec que*

[32] La violència simbòlica és reconeguda i descrita per Pierre Bourdieu (2005) com un tipus de violència "amortida, insensible i invisible per a les seves víctimes, que s'exerceix essencialment a través dels camins purament simbòlics de la comunicació i del coneixement, o més exactament, del desconeixement, del reconeixement o, en darrer terme, del sentiment."

[33] La Dahlia, però, manifesta que valora més el seu "jo" en un entorn social que institucional, ja que sent que és més real, és a dir, amb unes conseqüències més reals i immediates, com també menys fred.

aquests últims anys i hi ha hagut un boom d'informació." (4:77) En el cas concret de l'Héctor, quan el van cridar a urgències psiquiàtriques, li van preguntar pels pronoms, i afegeix que la professional *"semblava bastant implicada en identitats de gènere" (2:30).* No obstant això, tot i que aprecia l'interès i la voluntat d'escolta activa, conclou amb què veritablement sent que ha d'educar i formar als i les professionals en aquest àmbit quan es troba en el rol de persona usuària, però que sí ell ho pot fer, és perquè parteix d'una predisposició: *"El punt està en què sento que ho he de fer, sento que si no em sentís amb les forces no m'obligaria a fer-ho, però penso, ja que estic, ja que hem de passar per aquí... ho farem bé. I ho farem amb empatia, i entenent que l'altra persona no té per què saber res de lo trans, si vivim en una societat que ens està negant totalment, que no dona cap tipus de facilitat per trobar informació, que l'altra persona no té la culpa" (2:257).*

En aquest sentit, l'Héctor entén el dèficit de formació i coneixement com una extensió més de la transfòbia a escala estructural i, opina, que el principal obstacle per a superar aquestes barreres és la ignorància. Per tant, manifesta que és responsabilitat de les institucions incorporar formació tant en els plans d'estudi com dur a terme formacions especialitzades en els graus de medicina, psicologia, com d'altres, com ja apuntaven García-Acosta et al (2019) en el seu estudi. No només en Fènix està d'acord amb aquesta proposta, sinó que a més hi suma la necessitat de tenir en compte el gènere en l'atenció a la salut mental, començant des de la infància: *"El que sí que crec que es pot despendre de la meva experiència és la importància de què es puguin detectar i tractar des de la salut mental aquests indicis de malestar derivats del conflicte amb el gènere, abans que acabi desencadenant algo més greu que és el que em va passar a mi... (...) Perquè tot lo meu s'hagués pogut estalviar si m'haguéssin sabut llegir [des de petit], i no ho van fer." (3:230)*

Una última reivindicació que repercuteix en els punts a continuació és la falta de pressupost. Així, la Dahlia reclama: *"Si hi ha més pressupost, hi ha més personal. Si hi ha més personal, tens menys feina tu, i pots fer-la de la millor qualitat." (4:104)* Una demanda general és la necessitat d'implicar-se més emocionalment i millorar la comunicació entre professional i persona usuària, de manera que sigui un tracte més proper, individualitzat, personal i humà. O, en poques paraules, un tracte empàtic: *"Al final estàs tractant amb persones, i si ho fas en una ciència tan específica i tan vocacional, per què no deixar-te importar una mica pels sentiments sense deixar de prioritzar el benestar clínic i l'evolució del teu pacient? Una cosa no hauria d'entrar en conflicte amb l'altra." (2:128)*

DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

L'objectiu principal que em vaig proposar a l'inici de la recerca no és tan simple de respondre, com tampoc ho és la realitat de les persones entrevistades. No puc afirmar d'una manera general que les institucions de salut mental es constitueixen com un espai d'alienació o d'ajuda per les persones del col·lectiu, perquè, efectivament i de la manera en què concebo la naturalesa humana, és impossible contemplar-ho d'una manera binària i dicotòmica: la realitat és més complexa que les categories que utilitzem per descriure-la. La metodologia escollida m'ha permès plasmar l'heterogeneïtat del col·lectiu, amb tots els seus matisos.

Així doncs, la veu d'en Fènix m'ha possibilitat veure com han anat canviant i progressant diferents aspectes com la desestigmatització i la invisibilització pel col·lectiu trans i les persones dissidents de gènere. Tot i que per ell les institucions de salut mental han comportat un espai d'alienació i li han generat apatia (tenint en compte el major recorregut en l'àmbit institucional i el desgast mental que això li ha suposat), reconeix com el col·lectiu ha guanyat drets, gaudint d'una major visibilitat i respecte. D'altra banda, la Dahlia i l'Athena han tingut tant experiències positives com negatives, per la qual cosa pot haver-hi espais que els hi suposin alienació i altres ajuda. En últim lloc, l'Héctor s'ha sentit ajudat i satisfet, ja que afortunadament ha tingut experiències positives en l'àmbit de la salut.

Pel que fa als objectius específics, he pogut detectar, en primer lloc, com cada persona entrevistada pateix de diferents problemàtiques de salut mental, ja sigui arran de la seva identitat de gènere o d'altres aspectes vitals. La norma cisheteropatriarcal no afecta de la mateixa manera tothom i aquesta penalitza a qui se surt d'ella. La norma de gènere i els binarismes limiten les possibilitats: travessen els nostres cossos, les nostres vides i les nostres quotidianitats. És necessari i urgent que ampliem els imaginaris socials que possibiliten noves formes de viure i d'habitar el món[34], perquè no hi ha vides ni cossos que valguin més que d'altres. En aquesta línia, és important destacar que el desig de pertinença i la necessitat de reconeixement són claus per gaudir d'una vida satisfactòria, i que l'absència d'aquests dos aspectes comporta l'isolament de l'individu.

En segon lloc, he pogut comprendre quines són les barreres i dificultats identificades i entendre que no es poden contemplar com apartats estancs, sinó que van entrelligats. M'agradaria destacar com, en la majoria de situacions, l'origen del desinterès, la falta d'empatia, la desconfiança i la llunyania provenen d'una falta de coneixement i formació a nivell institucional. Les persones que he entrevistat reclamen que, si el principal obstacle és la ignorància, la principal solució ha de ser la formació. Conseqüentment, l'empatia i la proximitat també suposarien una pèrdua de barreres entre professional i persona usuària.

[34] Les utopies són importants, encara que només ens serveixin d'horitzó, de fars o de guies a l'hora de construir els nostres projectes vitals.

Recapitulant, a l'estat de l'art he constatat l'absència d'estudis a nivell espanyol d'aquesta temàtica en concret. Havent finalitzat la recerca, d'una banda, considero cabdal dur a terme un estudi quantitatiu a Espanya sobre salut mental de persones trans i dissidents de gènere per tal de tenir dades oficials, confiables, i tan representatives com sigui possible; d'altra banda, seria interessant que es realitzés més recerca qualitativa sobre aquesta mateixa temàtica, no solament fent d'altaveu de les trajectòries vitals i experiències institucionals de persones trans, sinó també veient l'altra cara de la moneda i indagant més en aquest nivell institucional que és sovint opac de cara a la societat.

Quant a noves i futures línies d'investigació, ens podríem preguntar: quina és la construcció biomèdica de la sexualitat i el gènere en els graus de medicina, psicologia i altres graus relacionats amb la salut? Quines són les visions del personal professional i què tenen a dir en tot això? I per últim, sabent que una solució potencial per a la pèrdua de barreres és la implementació de formació en els plans d'estudi i havent-hi un consens pel que fa a aquesta qüestió en els darrers estudis portats a cap, quines són les resistències que estan impossibilitant aquest canvi? Si bé és necessari comptar amb una bona atenció a la salut mental, és vital anar a l'arrel i fer-se càrrec del problema estructural, entenent que la dimensió estructural i la psicològica estan connectades entre sí.

REFERÈNCIES

Aneshensel, S. & Phelan, C. (1999). *Handbook of the sociology of mental health.* New York: Kluwer Academic / Plenum.

Barrientos, Saiz, J. L., Gómez, F., Guzmán-González, M., Espinoza-Tapia, R., Cárdenas, M., & Bahamondes, J. (2019). La Investigación Psicosocial Actual Referida a la Salud Mental de las Personas Transgénero: Una Mirada Desde Chile. *Psykhe, 28* (2), 1–13. Disponible a https://doi.org/10.7764/psykhe.28.2.1482

Bourdieu, P. (2005). La dominación masculina. Madrid: Anagrama.

Butler, J. (1996). *Cuerpos que importan.* Barcelona: Ed. Paidós.

Butler, J. (2004). Deshacer el género. Barcelona: Ed. Paidós.

Ca l'Enredus (ActuaVallès). https://actuavalles.org/project/ca-lenredus/

Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, vol. II, 53-82.

Caravaca-Morera, J. A., Bennington, M., Williams, C., Mackinnon, K., & Ross, L. E. (2017). CONTEMPORALIS HOMO SACER: OBSTÁCULOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS POBLACIONES TRANS. *Texto & Contexto Enfermagem, 26* (3). Disponible a https://doi.org/10.1590/0104-07072017003710016

Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell. https://www.tauli.cat/tauli/

Courries, P. & Raul, F. C. (2018). La disidencia sexual y el atravesamiento de la colonialidad. In *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

García-Acosta, J.M., De Castro Peraza, M. E., Arias-Rodríguez, M. de los Á., Llabrés-Solé, R., Lorenzo-Rocha, N. D., & Perdomo-Hernández, A. M. (2019). Atención sanitaria trans competente, situación actual y retos futuros. Revisión de la literatura. *Enfermería Global, 18* (4), 529–554. Disponible a https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.357621

Gencat. Pla de serveis individualitzats (PSI). Consell assessor sobre assistència psiquiàtrica i salut mental. *Quaderns de salut mental*. Disponible a

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3316/pla_serveis_individualitzats_PSI_pdfa.pdf?sequence=1

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.

Guzmán-González, M., Barrientos, J., Saiz, J. L., Gómez, F., Cárdenas, M., Espinoza-Tapia, R., Bahamondes, J., Lovera, L. & Giami, A. (2020). Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile. *Revista médica de Chile*, *148* (8), 1113-1120.

Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza.* Madrid: Ediciones Cátedra.

Hospital Clínic Barcelona. https://www.clinicbarcelona.org/ca

Lugones, M. (2010). Towards a decolonial feminism. *Hypatia, 25* (4).

MariCorners. Estudios interdisciplinaris LGTBIQ+ en español. www.maricorners.es

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, DG. (2009). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 6: e1000097.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Disponible a https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1997). *Manual de recerca en ciències socials.* Madrid: Editorial Herder.

Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2020). Associations between negative life experiences and the mental health of trans and gender diverse young people in Australia: findings from Trans Pathways. *Psychological Medicine, 50* (5), 808–817. Disponible a https://doi.org/10.1017/S0033291719000643

Strauss, P., Lin, A., Winter, S., Waters, Z., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Cook, A. (2021). Options and realities for trans and gender diverse young people receiving care in Australia's mental health system: findings from Trans Pathways. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *55* (4), 391–399. Disponible a https://doi.org/10.1177/0004867420972766

Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Rev Estud Soc, 9* (49), 128–43.

Suess, A. (2020). La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, *34*, 54–60. Disponible a https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.002

Trànsit, Atenció a la salut de les persones trans (GenCat). https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/altres-serveis/model-atencio-salut-persones-trans/

Wagner, P.E.; Kunkel, A.; Asbury, M.B.; Soto, F. (2016). Health (Trans)gressions: Identity and Stigma Management in Trans* Healthcare Support Seeking. *Women Lang, 39* (1): 49–74.

ANNEXOS

ANNEX I: PROCÉS D'ELECCIÓ DE PUBLICACIONS QUE FORMEN EL CORPUS TEXTUAL[35]

En els inicis de la recerca vaig dur a terme una lectura exploratòria per tal d'afinar l'objecte d'estudi, per a la qual vaig usar com a base de dades Google Scholar, donat que en el moment el catàleg de la UAB no es trobava operatiu a causa del ciberatac patit el passat octubre. Vaig emprar les paraules clau "género", "salud mental", "disidencias género", "disidencias sexogenéricas" i "colonialidad género", tant en castellà com en anglès.

La cerca es va limitar a articles revisats entre els anys 2014 fins al 2021, sent aquests ordenats per rellevància. Vaig escollir 10 articles llegint el títol, dels quals finalment vaig seleccionar 5 per a la lectura exploratòria un cop vaig llegir-ne el resum. Cal destacar que Google Scholar era limitant en tant que els filtres no possibilitaven un bon cribatge, trobant gran quantitat d'articles que no eren d'interès, el que no permetia afinar la cerca satisfactòriament.

Ara bé, el procés d'elecció de publicacions que formen el corpus textual per a la posterior redacció de l'estat de l'art va ser el següent. El catàleg de la Universitat Autònoma de Barcelona va ser el cercador, en què vaig fer servir les paraules clau següents: "género", "salud mental", "disidencias género", "trans", "transgenero" en castellà i anglès, realitzant vàries combinacions dels termes de cerca entre si per tal d'ampliar la cobertura dels articles, com també recorrent als diferents operadors com ara ("I", "Qualsevol camp", és exacte") juntament amb els termes relacionats.

Pel que fa als criteris d'elegibilitat, vaig abastar de l'any 2014 fins al 2021 en articles revisats per pars en català, castellà i anglès. Algunes de les bases de dades a les quals vaig recórrer van ser *Scopus, Researchgate, Dialnet, Scielo, SAGE* i *ScienceDirect.* Vaig incloure estudis qualitatius, quantitatius i mixtos complien amb els criteris, tot i que prioritzant en un enfocament qualitatiu a causa de l'interès de portar a cap la pròpia recerca amb aquesta metodologia. Altrament, vaig dur a terme una cerca inversa mitjançant la tècnica de bola de neu a partir de les referències dels estudis seleccionats, en què vaig trobar gran quantitat d'articles d'interès.

El resultat del procés de cerca, amb les paraules clau usades, em va permetre seleccionar un total de 45 documents que complien amb els criteris de selecció. Cal fer esment de la manca d'articles sobre persones trans i salut mental a nivell global, sent la majoria de salut general i concernint la totalitat del

[35] Realizat segons la Declaració PRISMA:
Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, DG. (2009). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 6: e1000097.

col·lectiu LGBT. A més, no vaig trobar cap estudi a nivell espanyol de la temàtica en qüestió. I encara menys vaig trobar una recerca que interseccionés gènere amb ètnia en el context de la salut. Així doncs, vaig fer la selecció final dels documents basant-me en els criteris d'exclusió a continuació: fenomen no relacionat amb el tema d'estudi, manca d'especificitat o rellevància, any de publicació, etc. En darrer terme, després del procés de cribatge (*vegeu diagrama*), va quedar una mostra de 13 estudis per a la síntesi qualitativa, en què vaig considerar l'aplicabilitat a la present recerca.

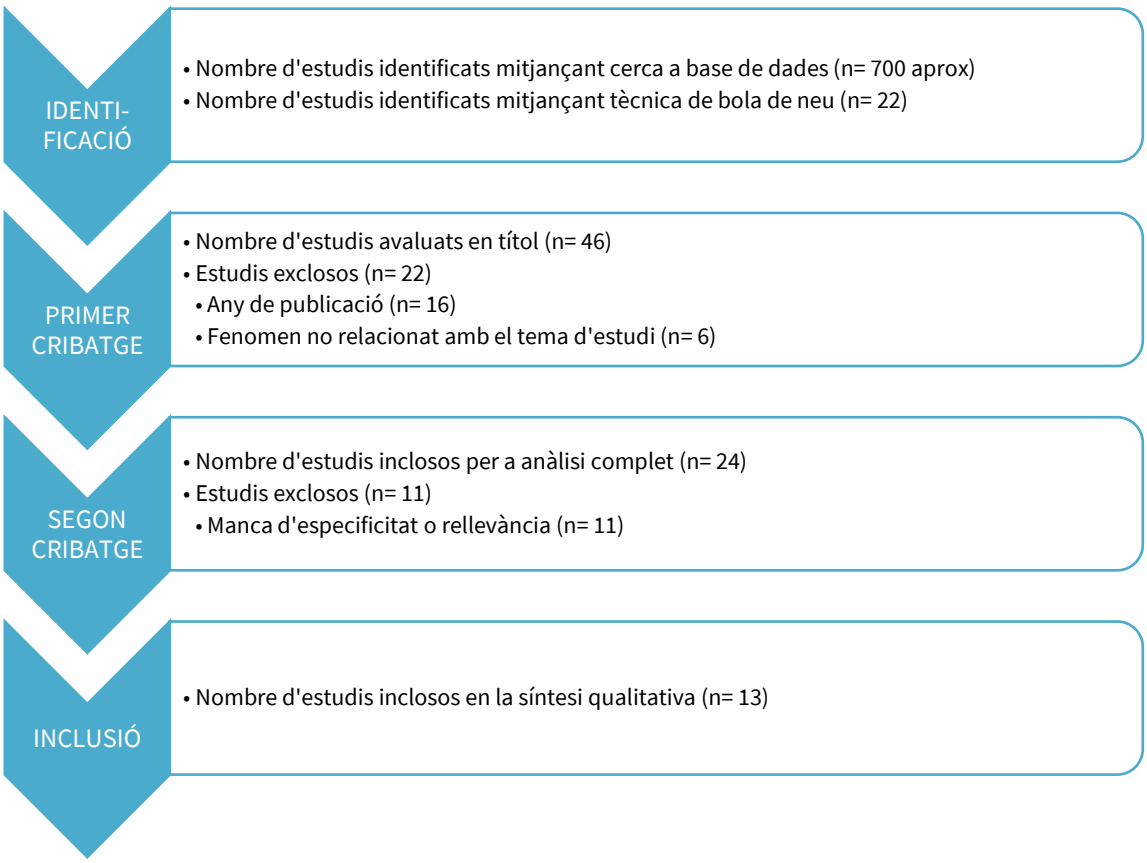

Diagrama d'inclusió i exclusió de les publicacions

ANNEX II: SOBRE LA COLONIALITAT DEL GÈNERE

No només s'ha de reconèixer que el gènere tal com l'entenem és una construcció colonial, sinó que per tal d'entendre l'atribució de menor o major humanitat segons el gènere, és vital entendre el gènere com una imposició colonial. Com bé assenyala Lugones (2010), tot i que la colonització va tenir el seu fi, la colonialitat de gènere és encara present en les nostres societats; és el que es troba a la intersecció de gènere/classe/raça com a construccions centrals del sistema mundial capitalista de poder.

L'absència de biologització de les jerarquies en l'ordre pre-colonial és el que possibilita els trànsits, travestismes i la conmutabilitat de les posicions. Ara bé, quan aquest paradigma muta a un món dual, en què l'Altre, essencialitzat (biologitzat) en la seva posició particular de l'altre, és res més que una funció de l'U, aquesta diferència constitueix un problema (Segato a Courries & Raul, 2018).

El sistema de gènere no només és jeràrquic sinó que està diferenciat racialment, i la diferenciació racial nega la humanitat (trobant aquí un punt de connexió amb Butler) i, per tant, el gènere als colonitzats. D'aquesta manera, la jerarquia dicotòmica entre allò humà i allò no humà es construeix com la dicotomia central de la modernitat colonial, en què aquesta intenta controlar, negant-ne l'existència, el repte de l'existència d'altres mons amb diferents pressupòsits ontològics, sent aquesta negació la colonialitat (Lugones, 2010).

ANNEX III: GUIÓ D'ENTREVISTA

1. A què et dediques?	Informació general introductòria: hobbies, interessos, feina, estudis.
2. Què et fa sentir bé? / On et sents bé? **3. Què et causa malestar? / Què et preocupa?** **4. Ha estat (això) sempre així? Ha canviat d'alguna manera?**	Salut mental: significació, percepció, problemàtiques i riscos específics.
5. Com és que vas decidir acudir-hi? (i perquè en aquesta/aquestes en particular) **6. Com es va donar l'accés?**	Institució de salut mental: accés (estratègies de cerca, font d'informació, tipus d'institució: privada/pública, etc), motivant d'entrada.
7. Com ha estat el pas per aquestes institucions? **8. Com t'has sentit tractat/da/de?** **9. Què és per a tu una experiència positiva? I negativa?**	Institució de salut mental: experiències (positives/negatives), tracte rebut (prejudicis i discriminació?).
10. Com et sents/senties quan hi vas/anaves? **11. Sents que pots ser tu mateix/xa/xe en aquest entorn?**	Espai segur i de suport. Identitat de gènere i manifestació/validació.
12. Com és la gent que hi treballa? **13. Com és el rol del/de la terapeuta?** **14. T'has sentit escoltat/da/de?** **15. T'agrada la manera en què s'aborden X discussions/temes?** **16. Els/les professionals entenen el que els hi expliques?**	Actitud del personal: dedicació del temps i interès, coneixement i capacitació, comprensió i respecte. Consideració aspectes interseccionals/culturals.
17. Com és la relació amb el/la/le terapeuta? **18. Com és una sessió?**	Dinàmiques terapeuta/usuàrie: validació i reconeixement (invisibilització, cisheteronormativitat, binarisme de gènere, formes discursives d'exclusió)
19. Quines coses es decideixen a la sessió? Qui ho decideix?	Relació simètrica/asimètrica (ex: paternalisme/autoritarisme), tractament (ex: sobremedicalització).
20. Quins temes tracteu quan us reuniu?	Tracte que se li dóna al gènere i altres aspectes segons rellevància/importància (ex: evitació de discussions entorn del gènere/concentració excessiva en el gènere)
21. Què creus que s'hauria de millorar? **22. Sents que hi ha alguna cosa que impedeix aquesta millora?**	Propostes cap a una millor atenció a la salut mental

ANNEX IV: LLIBRE DE CODIS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	CODIS	DESCRIPCIÓ
Salut mental	1 Significació	101 Valorització/impacte	Reconeixement de la importància de la salut mental i priorització d'aquesta, així com les seves conseqüències
		102 Diagnòstic	Etiqueta diagnòstica i qualificativament mèdica d'una malaltia o trastorn
	2 Autopercepció	201 Malestar psíquic	Estat negatiu provocat per espais, persones, successos, etc, que pertorben la ment
		202 Benestar psíquic	Activitats, espais, persones que generen o ajuden a preservar la pau i plaer mental i emocional
		203 Canvis	Transformacions psíquiques: evolucions o bé involucions.
	3 Problemàtiques	301 Crisi	Atacs d'ansietat, ingressos, deliris, intents de suïcidi, etc.
		302 Patiment	Quelcom que va més enllà del malestar. Es tracta de situacions autopercebudes com extremes, que sobrepassen a la persona i no es poden gestionar, com per exemple successos traumàtics.
Trajectòria vital	4 Gènere	401 Identitat de gènere	Concepte d'identitat de gènere lligada a l'autopercepció (Qui soc? Com em sento? Com m'identifico?) i que reconeix les pròpies definicions que les persones trans utilitzen per a referir-se a si mateixes.
		402 Normativitat	Violència restrictiva, articulada de manera binària, dicotòmica i jeràrquica. Per exemple, home = masculinitat, dona = feminitat.
		403 Disfòria de gènere	Aversió manifestada cap als propis genitals i/o al cos i que és variable segons cada persona. No és sinònim de transsexualitat.
		404 Transició	Projecte vital que pot ser social (modificació de l'expressió de gènere, canvi de nom, pronoms…) i/o mèdic (cirurgia, hormonació…)
	5 Suport entorn	501 Grup d'iguals	Persones amb què es comparteix uns interessos similars o que les uneix un vincle comú. El sentiment de pertinença contribueix a una bona salut mental
		502 Família	Persones relacionades entre si per parentesc de sang. Els vincles sans i pròxims contribueixen a una bona salut mental. Estimulació, suport emocional i econòmic, etc.
	6 Relació intrapersonal	601 Gestió emocional/autoconeixement	Capacitat de reconeixement i gestió de les pròpies emocions.
		602 Connexió nen/a interior	Records, experiències i situacions del passat que influeixen en el nostre dia a dia des d'una dimensió inconscient
Serveis d'atenció a la salut mental	7 Recorregut institucional	701 Motivant d'accés	Raó o detonant pel qual es decideix recórrer als serveis d'atenció de salut mental, així com les persones implicades en aquesta decisió
		702 Rutina institucional	Horaris, pautes i/o hàbits institucionals, duració/freqüència del servei d'atenció, sensació de confort, etc.
		703 Expectatives	Ideals i desitjos que tenen dels serveis. És a dir, com haurien de ser les coses i com els agradaria que fossin (no sempre coincideix). Per exemple, la percepció de la qualitat del servei
	8 Ètica professional	801 Dedicació temps i interès	Voluntat genuïna d'atendre a la persona usuària i interessar-se per ella i les seves necessitats
		802 Coneixement i formació	Enteniment i capacitació d'abordar qüestions relacionades amb la perspectiva de gènere
		803 Recurs farmacològic	Recepta de fàrmacs tal com ansiolítics i/o antidepressius per a tractar trastorns
	9 Dinàmica professional-persona usuària	901 Reconeixement i respecte	En un sentit butlerià, el reconeixement és mogut pel desig de voler ser reconegut per l'Altre (que és alhora constitutiu per a un mateix), convertint-se aquest en una seu de poder mitjançant la qual es produeix allò humà de forma diferencial. Aquí concebo que sentir-se "vist i respectat" intrínsecament units.
		902 Poder de decisió/autonomia	Capacitat de la persona usuària de decidir amb un cert marge i criteri propi
		903 Abordatge temes a tractar	Manera de plantejar i tractar certes qüestions per part de la persona professional
		904 Proximitat i comunicació	Qualitat de tracte professional proper, amb empatia i sensibilitat i que pot generar un vincle de confiança. El pot acompanyar un seguiment i acompanyament.
		905 Benefici terapèutic	Resultats útils o favorables després d'un període de tractament mèdic que condueixen a una millora de la salut mental
	10 Propostes de millora	1001 Canvis a fer	Aspectes a modificar o progressos que s'haurien de realitzar en el context institucional de la salut mental
		1002 Possibles obstacles	Traves, dificultats que puguin impedir assolir determinats progressos en el context institucional de la salut mental