



Proceso de transición de hombres trans: estereotipos de género, intervenciones y experiencias

Trans men's transition process: gender stereotypes, interventions and experiences

Processo de transição de homens trans: estereótipos de gênero, intervenções e experiências

Como citar este artículo:

Camargo BT, Borges FA, Souza JFS, Stofel NS, Carlos DM, Ogata MN. Trans men's transition process: gender stereotypes, interventions and experiences. Rev Esc Enferm USP. 2025;59:e20240164. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0164en>

-  Bruno Torelli de Camargo¹
-  Flávio Adriano Borges¹
-  José Francisco Sampaio Souza¹
-  Natália Sevilha Stofel¹
-  Diene Monique Carlos²
-  Márcia Niituma Ogata¹

¹ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: to analyze trans men's perception about the transition process. **Method:** a qualitative study, developed with transmasculine people from February to March 2024. A questionnaire and semi-structured interviews were used, which were recorded and transcribed, and analyzed by content analysis. The findings were discussed with five principles of institutional analysis, such as instituted, instituting, institutionalization, implication and over-implication. **Results:** eighteen people participated in the interviews, and data analysis enabled the construction of four classes: i) Gender stereotypes in the social context; ii) Physical interventions and their contexts; iii) Personal and social experiences and relationships with healthcare professionals; iv) Suffering related to passability. **Conclusion:** there is no dissociation between social and personal influences in the transition process. They hope that gender-affirming procedures will reduce dysphoria and promote harmony between self-perception and hetero-perception. The acquired passability can strengthen the ability to deal with violence. Furthermore, a broad and solid support network can favor the search for these transitions, facilitating dialogue on gender issues.

DESCRIPTORS

Sexual and Gender Minorities; Transgender Persons; Nursing; Public Health; Institutional Analysis.

Autor correspondiente:

Flávio Adriano Borges
Rod. Washington Luís, km 235, Jd. Guanabara
13565-905 – São Carlos, SP, Brasil
flavioborges@ufscar.br

Recebido: 10/05/2024
Aprovado: 20/01/2025

INTRODUCCIÓN

La primera mención de la transexualidad en la literatura la hizo el médico alemán Magnus Hirschfeld en 1910, cuando publicó un estudio de 100 casos de travestis titulado «*Die Travestiten*». En esta obra introdujo el término «transexualismo psíquico». Fue el primer intento de entender la transexualidad desde una perspectiva médica y sociológica, transformándola de una experiencia individual marginada en un problema de salud pública sujeto a intervención médica, incluida la cirugía de reasignación de sexo y los tratamientos hormonales⁽¹⁾.

Según la perspectiva del esencialismo biológico, que ha prevalecido y aún prevalece en gran parte de la sociedad, existe una correspondencia entre sexo y género, en la que el género se considera una consecuencia del sexo (cisgenerismo). Además, se asume que el sexo determina la orientación sexual, considerándose la heterosexualidad como el estándar debido a la reproducción humana. Esta lógica, conocida como cisheteronormatividad, busca controlar los cuerpos bajo la justificación de que es algo natural y biológico, ignorando las influencias culturales y sociales⁽²⁾.

En cuanto a la transexualidad, también conocida y adoptada en esta producción como la expresión «trans», no existe un estándar fijo de identidad. Se define por la experiencia y la identificación de género de la persona, que puede ser diferente de la asignada al nacer⁽³⁾.

Durante mucho tiempo, la transexualidad se consideró una patología y se incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Solo en 2018, con la CIE-11, se eliminó la transexualidad de la lista de trastornos mentales y se categorizó como incongruencia de género. Este cambio estandarizó la identidad de género trans a nivel mundial, aunque se mantuvo en la CIE para garantizar el acceso al tratamiento médico (CIE-10: F-64, CIE-11: HA60), buscando alcanzar el objetivo específico VI de la Política Nacional de Salud Integral para Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales para garantizar el acceso al proceso transexualizador en la red del Sistema Único de Salud (SUS)⁽⁴⁾.

La identidad transmasculina no debe reducirse a la búsqueda de transiciones médicas o quirúrgicas, sino que debe considerarse como una cuestión que desafía los límites entre sexo y género, buscando una comprensión más amplia y fluida de la identidad de género⁽⁵⁾, es decir, una identidad que supere la perspectiva de una naturaleza fija e inmutable y considere la existencia de una hibridez capaz de traspasar los dominios artificialmente establecidos de la naturaleza y la cultura⁽⁶⁾.

Las estimaciones belgas sugieren que hay 1:12.900 (0,07) mujeres trans en la literatura científica y 1:33.800 (0,02) hombres trans, pero no hay estudios formales que determinen esta estimación en términos concretos⁽⁷⁾. En Brasil, aún son escasas y recientes las publicaciones científicas que abordan la atención a la salud de los hombres transexuales⁽⁸⁻¹¹⁾, y es evidente que la información se produce fuera del círculo científico por medio de boletines, informes, guías y otras producciones autónomas, lo que demuestra que esta población también se sitúa al margen de la producción de conocimiento científico.

Se sabe que las personas transexuales tienden a evitar la búsqueda de atención sanitaria incluso cuando están enfermas^(10,12,13)

o abandonan el tratamiento propuesto por miedo a la discriminación por parte de los profesionales de salud⁽¹⁴⁾. Además, el acceso a los servicios de salud por parte de la población transexual está impregnado de limitaciones y prejuicios, siendo la exclusión, la impotencia, la omisión y la indiferencia los principales sentimientos expresados por estas personas^(10,14,15).

No sólo eso, sino que la gran mayoría de los hombres trans prefieren omitir que son transgénero y vivir como un hombre cis, aprovechando su «pasabilidad», es decir, la posibilidad de ser identificados a través de la expresión de género como un hombre cis y así obtener respeto, protección y derechos básicos⁽⁵⁾, así como autoadministrarse esteroides a base de testosterona sin el debido control médico o sanitario⁽¹⁶⁾. En este contexto, surge la pregunta: ¿cómo perciben los hombres trans el proceso de transición médica y social? Este estudio es crucial para ampliar nuestra comprensión del tema, sacando a la luz los puntos de vista de las personas que viven a diario los problemas del proceso de transición de género. Por lo tanto, este estudio pretende analizar las percepciones de los hombres trans sobre el proceso de transición.

MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo, que siguió en su desarrollo las recomendaciones establecidas por los *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* y buscó significados que articularan la teoría, la práctica y la investigación posterior, además de proporcionar una observación de múltiples significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, posibilitando la comprensión de un espacio más profundo de relaciones, procesos y fenómenos⁽¹⁷⁾.

LOCALIZACIÓN, POBLACIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

La investigación se realizó en Brasil, con hombres trans y/o personas trans no binarias alineadas con el género masculino. Los criterios de inclusión de participantes en el estudio fueron ser hombre trans y/o persona trans no binaria alineada con el género masculino, residir en Brasil y haberse sometido o no a procedimientos de transición. Los criterios de exclusión fueron no rellenar el formulario de la encuesta en su totalidad, dejarlo incompleto y no responder al correo electrónico solicitando una entrevista después del quinto intento.

Se publicitó a través de las redes sociales de los investigadores (*Facebook*®, *Instagram*® y *WhatsApp*®), seguida de la técnica de *snowballing* (bola de nieve), que utiliza cadenas de referencia para su ejecución, es decir, después de que un participante haya completado la encuesta, remite a otros participantes a la misma, publicitando el formulario a través del mismo *enlace* puesto a su disposición⁽¹⁸⁾.

Esta técnica puede utilizarse en estudios con grupos de difícil acceso o cuando la investigación se refiere a asuntos privados. Esta investigación cumple ambos criterios para utilizar esta técnica, que aprovecha la red de contactos de los sujetos para proporcionar al investigador un mayor conjunto de contactos

potenciales⁽¹⁸⁾. Además, se entiende que *el snowballing* es una técnica capaz de garantizar la no exposición de los individuos, preservar la capacidad de decisión de los participantes, reforzar el respeto a la diversidad y la participación de grupos vulnerables y discriminados, como es el caso de los hombres trans.

La muestra se finalizó según el criterio de saturación de datos, es decir, hasta que no hubiera nuevos temas o informaciones – procedentes de las entrevistas – en el marco del análisis del objeto de estudio. La saturación de datos se alcanzó cuando se identificó una combinación de los límites empíricos de los datos, su relación con el marco teórico de la investigación y su articulación con la sensibilidad de los investigadores que lo desarrollaron⁽¹⁹⁾. De esta forma, la saturación de los datos se llevó a cabo de acuerdo con el rigor metodológico y científico, que implica el análisis continuo de los datos (desde el inicio del proceso de recolección de datos), con este análisis preliminar buscando exactamente el momento en que aparecerá poca novedad sustancial, con el fin de añadir al objetivo del estudio, respondiendo a su pregunta orientadora⁽¹⁹⁾. *Recogida de datos*

La recogida de datos se realizó entre febrero y marzo de 2024, mediante un cuestionario autoadministrado en formato electrónico, con datos sociodemográficos, preguntas específicas del objeto de estudio, publicado en redes sociales, y entrevistas semiestructuradas realizadas a distancia (*online*).

Una vez cumplimentado el formulario en su totalidad, se contactó con los participantes para concertar una entrevista semiestructurada. El orden de reclutamiento para la entrevista se basó en las regiones del país y obedeció al orden cronológico en que se rellenó el formulario, es decir, el reclutamiento comenzó con el primer participante del Sudeste, que rellenó el formulario, luego el Nordeste, y así sucesivamente, hasta alcanzar la saturación de datos. Las preguntas utilizadas en las entrevistas fueron previamente presentadas al grupo de investigación (formado por personas cis y trans y con una amplia diversidad étnico-racial) con el fin de mejorarlas, para que pudieran ser utilizadas en esta investigación: En su opinión, ¿qué lleva a las personas transmasculinas a someterse a procedimientos médicos quirúrgicos? Si quieres someterte a un procedimiento de afirmación de género, ¿qué esperas de él? En caso negativo, ¿por qué no? ¿Cómo suelen tratarle los profesionales de salud? Cabe señalar que éstas eran preguntas clave, que se desdoblaron en otras preguntas en la dirección del objeto del estudio.

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Las entrevistas duraron una media de 30 minutos y fueron grabadas y transcritas en su totalidad, procediéndose al análisis de contenido⁽¹⁹⁾.

El análisis de contenido permite construir categorías a partir de agrupaciones semánticas de palabras en frases. Exige sensibilidad y flexibilidad por parte del codificador para aprehender los núcleos temáticos capaces de componer el sentido de la comunicación deseada⁽²⁰⁾. Se compone de las siguientes etapas: 1) preanálisis, que incluye la composición del *corpus* textual, la lectura flotante y la definición de hipótesis provisionales sobre el contenido leído; 2) exploración del material, en la que se codificarán los datos a partir de las unidades de registro; y 3) tratamiento de los resultados e interpretación, que consiste en la clasificación de los elementos

a partir de sus semejanzas y por diferenciación, con posterior agrupación en función de sus características comunes⁽²⁰⁾.

Cabe mencionar que para la etapa 2 y parte de la etapa 3, se utilizó el *programa informático Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ®), que utiliza el Método de Reinert para construir la Clasificación Jerárquica Descendente (CJD). El *software* realiza un análisis basado en la agrupación de palabras con similitud semántica presentes en el *corpus* textual. Este *corpus* se divide en segmentos textuales (ST), que consisten en pequeños fragmentos textuales que conservan una relación semántica entre sí⁽²¹⁾. El método organiza las formas léxicas en clases, asignando a cada una de ellas una importancia relativa. Las ocurrencias de cada una de las clases en la CJD se consideraron a partir de valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Los resultados se compararon con algunos principios del análisis institucional, como la institución y sus tres momentos – instituido, instituyente e institucionalización –, la implicación y la sobreimplicación. La institución corresponde a las normas y reglas creadas y establecidas socialmente, siendo lo instituido lo claro e identificable en esa institución; lo instituyente es lo que desplaza, mueve y provoca lo instituido; y la institucionalización corresponde al proceso dialéctico entre lo instituido y lo instituyente⁽²²⁾. La implicación, por su parte, consiste en la relación que las personas establecen con las instituciones, lo que puede ocurrir de diferentes maneras y desde diferentes perspectivas, y lo que dificulta el proceso de análisis de esa implicación corresponde a la sobreimplicación⁽²²⁾.

Siempre en diálogo con el análisis institucional, partimos del supuesto de que el investigador nunca es neutral en la elección de su objeto de estudio, y siempre está implicado con él, ya sea desde una perspectiva ideológica, libidinal y/o organizacional. Así, los autores aquí presentes asumen sus implicaciones con el objeto de este estudio, por ser profesionales de la salud e investigadores en el área de las minorías sexuales y de género desde diferentes perspectivas (atención a la salud, prejuicios, violencia, etc.) y también porque la mayoría de los autores pertenecen a la comunidad LGBT+, es decir, lesbianas, gays, bisexuales, transsexuales y otras identidades de género u orientaciones sexuales que difieren del estándar hetero-cis-normativo.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de São Carlos, bajo el Dictamen nº 5.985.157 y el Certificado de Sometimiento a Evaluación Ética nº 63925222.2.0000.5504. Cabe destacar que, antes de rellenar el cuestionario, el participante tuvo acceso al Formulario de Consentimiento Libre e Informado, expresando su conformidad para participar en la investigación. Para garantizar el anonimato de los participantes en la investigación, las palabras pronunciadas por los participantes se identificaron con la expresión «Trans», seguida del número correspondiente.

RESULTADOS

Un total de 88 hombres trans y/o personas trans no binarias alineadas con el género masculino completaron el cuestionario autoadministrado. De ellos, tres fueron excluidos por no cumplir

Tabla 1 – Caracterización sociodemográfica de los hombres trans y/o personas trans no binarias alineadas al género masculino que participaron del estudio – São Carlos, SP, Brasil, 2024.

Orientación sexual	Ciudad/Estado	Ingresos (salario mínimo)	Color/etnia	Nivel de estudios	Edad (años)
Pansexual	Río de Janeiro/RJ	1/2 a 1	Indígena	Estudios superiores terminados	21 a 25
Pansexual	Campinas/SP	1 a 2	Pardo	Educación superior incompleta	21 a 25
Pansexual	São Paulo/SP	1 a 2	Blanco	Estudios superiores terminados	21 a 25
Bisexual	Betim/MG	1/2 a 1	Negro	Educación superior incompleta	21 a 25
Pansexual	Feira de Santana/BA	2 a 3	Blanco	Estudios superiores terminados	21 a 25
Bisexual	Fortaleza/CE	1/2 a 1	Amarillo	Educación superior incompleta	21 a 25
Asexual	Salvador/BA	Sin ingresos	Pardo	Bachillerato completo	16 a 20
Bisexual	Sobral/CE	2 a 3	Blanco	Bachillerato completo	16 a 20
Bisexual	Curitiba/PR	1 a 2	Blanco	Postgrado completo	26 a 30
Asexual	Passo Fundo/RS	Sin ingresos	Blanco	Educación superior incompleta	21 a 25
Gay	Bocaina do Sul/SC	1/2 a 1	Blanco	Bachillerato incompleto	16 a 20
Pansexual	Florianópolis/SC	Sin ingresos	Blanco	Educación superior incompleta	21 a 25
Gay	Manaos/AM	1 a 2	Blanco	Educación superior incompleta	21 a 25
Gay	Belém/PA	1 a 2	Blanco	Estudios superiores terminados	16 a 20
Pansexual	Boa Vista/RR	Más del 3	Blanco	Educación superior incompleta	16 a 20
Heterosexual	Cuiabá/MT	1/2 a 1	Negro	Educación superior incompleta	21 a 25
Heterosexual	Rondonópolis/MT	2 a 3	Blanco	Estudios superiores terminados	16 a 20
Bisexual	Três Lagoas/MS	Más de 3	Blanco	Educación superior incompleta	16 a 20

Fuente: datos de la investigación.

los criterios de inclusión del estudio, y 67 no fueron reclutados para la entrevista debido a la saturación de datos, que se produjo en la 18ª entrevista. Por lo tanto, 18 hombres trans y/o personas trans no binarias alineadas con el género masculino, que se encontraban antes, después o durante la transición médica/social o que optaron por no someterse a ninguna de las transiciones, participaron en la fase de entrevista semiestructurada. Cabe destacar que ningún participante, al ser reclutado para la entrevista, se negó y/o fue excluido de la investigación (Tabla 1).

Durante la parametrización del *corpus* textual, se analizaron 18 textos, correspondientes a las 18 entrevistas realizadas a hombres trans, y se dividieron en 854 ST. De ellos, 691 fueron clasificados con un 80,91%, lo que indica que los entrevistados mantuvieron la atención en el tema principal y no mostraron variaciones significativas de vocabulario. Además, se identificaron un total de 28.478 formas léxicas, de las cuales sólo 3.578 eran distintas y 1.833 de ellas aparecían una sola vez. El CJD del *corpus* de textos dio lugar a la creación de un dendrograma con tres particiones. La primera partición separó la clase 1 («Estereotipos de género en el contexto social») de las demás. La segunda partición dio lugar a la clase 4 («Intervenciones físicas y sus contextos»), mientras que la tercera separó las clases 2 («Experiencias personales, sociales y la relación con los profesionales de salud») y 3 («Sufrimientos relacionados con la pasabilidad») (Figura 1).

La clase 1 presentaba 186 ST de las 691 clasificadas por el IRAMUTEQ, con una importancia relativa del 26,9% y 149 formas activas. La clase 2 incluía 202 ST, con una importancia relativa del 29,2% y 114 formas activas. La clase 3 tiene 111 ST, con una importancia relativa del 16,1% y 109 formas activas. Por último, la clase 4 incluye 192 ST, con una importancia relativa del 27,8% y 145 formas activas.

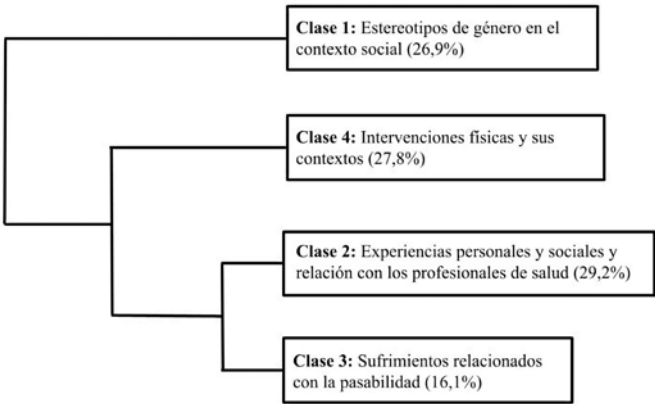


Figura 1 – Dendrograma de análisis del *corpus* textual de las entrevistas. São Paulo, Brasil, 2024.

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN EL CONTEXTO SOCIAL

Esta clase contiene los comentarios de los entrevistados sobre los estereotipos de género en el contexto social, en relación con la actuación que la sociedad espera de hombres y mujeres en función de sus identidades de género, así como de sus características y comportamientos. Así lo demuestran las palabras que componen la clase con un valor de significación < 0,0001, como «hombre» (chi2 75,25), «mujer» (chi2 66,68), «norma» (chi2 52,99), «sociedad» (chi2 42,53), «presión» (chi2 26,03) y «apariencia» (chi2 16,43).

Visto socialmente como un subproducto, los hombres necesitan ser leídos como una figura viril y varonil, una figura ruda,

una figura con voz activa, con características que refuercen este estándar. (Trans13)

La sociedad da a entender que para ser hombre hay que carecer de pechos y tener barba. Creo que esto proviene del binario de género, ya que desde el momento en que nacemos, se nos impone algo y un patrón a seguir basado únicamente en nuestro sexo biológico. (Trans5)

Deconstruir lo que crecemos entendiendo sobre lo que significa ser hombre o mujer es un proceso continuo, especialmente cuando hablamos de personas no binarias. (Trans19)

Creo que debe haber mucha presión por parte de la sociedad en este sentido, en el sentido de que si te identificas como hombre, debes tener un cuerpo masculino. (Trans12)

EXPERIENCIAS PERSONALES Y SOCIALES Y RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE SALUD

Esta clase está formada por palabras con significación < 0,0001, como «hablar» (chi2 54,79), «encontrar» (chi2 37,56), «general» (chi2 18,11) y «cabeza» (chi2 18,11).

Los ST que se refieren a experiencias personales muestran que someterse a procedimientos de afirmación de género ayuda a reconocer el propio cuerpo, lo que proporciona una mejor calidad de vida y recursos para hacer frente a la transfobia. Además, cuanto mayor es su red de apoyo, la decisión de hacer la transición se toma con más propiedad, más tiempo para la reflexión y debates productivos sobre el tema.

Cuanto más pueda demostrar que soy un hombre, sin tener que abrir la boca para decirlo, mejor. Al mismo tiempo, quiero seguir los procedimientos para sentirme bien conmigo mismo. (Trans10)

Creo que cuando te sientes bien contigo mismo personalmente, te blindas un poco contra las cosas externas. Hoy en día, las cosas me afectan mucho menos. (Trans10)

Creo que el apoyo es importante, porque sé que no voy a pasar por el proceso sola. No es sólo el apoyo en casa, sino también el de los amigos. (Trans3)

Los ST que se centran en el ámbito social afirman que incluso cuando las personas trans ceden a los procedimientos de afirmación de género para reducir la violencia que sufren, acaba siendo una decisión de autopreservación que garantiza una mayor estabilidad mental. No sólo eso, sino que el asesoramiento psicológico también es necesario, porque la transición no es una garantía de que no habrá más problemas con el propio cuerpo o transfobia.

No diría que soy una persona muy trans, sufro mucho por este tema, pero he intentado entender que el problema no soy yo, sino otras personas. (Trans7)

Tenía un poco de miedo antes de empezar, no lo voy a negar. La gente a mi alrededor me decía que me arrepentiría, pero yo no tenía ninguna duda sobre lo que quería. (Trans9)

No vivo en una cueva, que la gente suponga algo de mí me hace daño. Como aquí en mi cabeza. (Trans3)

En los ST que se refieren a profesionales de salud, la mayoría de los informes son positivos sobre la adopción de un nombre social. Sin embargo, todos ellos afirman que tanto los profesionales como los propios servicios de salud, ya sean públicos o privados, tienen poca o ninguna información sobre el flujo de atención a una persona trans que solicita procedimientos de afirmación de género. Además, demuestran que los profesionales de la salud tienen poco o ningún interés en tratar los problemas de salud de las personas trans que no tienen que ver con los procedimientos establecidos en el proceso de transexualización, lo que mantiene tanto el prejuicio de que las personas LGBTQIAP+ corren el riesgo de sufrir diversas afecciones de salud como las barreras de acceso a la atención sanitaria para esta población.

Se han dado casos de personas trans que piden usar su nombre social para hacerse pruebas. Pero en general, mi pequeña experiencia fue bastante tranquila» (Trans11)

Creo que faltó sensibilidad e información sobre los procesos. La comunidad médica es a veces un poco insensible en general.» (Trans8)

Estoy bien encaminada, pero me costó encontrar un endocrino que atendiera a personas trans en mi ciudad. (Trans9)

SUFRIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PASABILIDAD

Esta clase incluye las palabras «salud» (chi2 63,14), «hormonal» (chi2 46,44), «transición» (chi2 38,06), «decisión» (chi2 36,95), «seguro» (chi2 25,44), «miedo» (chi2 23,01) y «estética» (chi2 21,02), con significación < 0,0001. Hay algunos STs que dicen cómo tener pasabilidad hace que las personas trans reciban un trato más respetuoso por parte de la sociedad y también les permite vivir más momentos libres de miedo.

Antes de empezar el tratamiento hormonal, forzaba tanto la voz para hacerla más gruesa que había días en los que apenas podía hablar por el dolor de garganta. No hacía llamadas telefónicas con amigos normalmente, evitaba los audios en la medida de lo posible, sólo hablaba cuando era extremadamente necesario» (Trans9).

No me arrepiento de haber tomado esta decisión, porque las interacciones con la sociedad me afectaban tanto que estaba cayendo en una depresión muy grave; ya no tenía ganas de vivir. (Trans7)

Siempre he tenido y tengo mucho miedo de caminar por la calle de noche, pero esto ha disminuido desde que adquirí cierta pasabilidad, porque ahora lo más que me va a pasar es que me roben el móvil, no que me violen de ninguna otra manera. (Trans10)

INTERVENCIONES FÍSICAS Y SUS CONTEXTOS

Las palabras con significación < 0,0001 en esta clase son «cirugía» (chi2 32,65), «expectativa» (chi2 88,24), «carpetas» (chi2 25,49), «mastectomía» (chi2 19,03), «hormonización»

(chi 75,0) y «dolor» (chi2 90,91). En esta clase se abordan los escenarios de las intervenciones médicas y quirúrgicas en cuanto a su accesibilidad, el impacto que tienen en la vida de las personas trans y las expectativas asociadas a la transición.

Me gustaría que la mastectomía y la extirpación del útero fueran cirugías más accesibles, porque son muy caras. Por no hablar del aspecto social de que estas cirugías se etiqueten como cirugía plástica. Para mí, estas cirugías son la prevención del suicidio. (Trans17)

Me alegré mucho de operarme, pero tanto la operación como el inicio de la terapia hormonal no fueron cosas que me hicieran decir «¡Dios mío, es increíble! Lo logré!», porque particularmente siento que me estoy adaptando a mi lugar. (Trans9)

Vestirse para ir a la universidad sin Binder es mucho peor que cualquier dolor de espalda. Sin duda, la disforia y las cuestiones sociales influyen mucho en todo esto. (Trans16)

DISCUSIÓN

Los estereotipos de género son representaciones simplificadas de características y roles atribuidos a hombres y mujeres en función de sus identidades de género, establecidas en el modo de producción capitalista. Desde entonces, la sociedad ha exigido el cumplimiento de normas, como la sumisión femenina y la superposición masculina, y ha aplicado mecanismos específicos de opresión a quienes difieren de la heterocisnormatividad, como el proceso de marginación social obligatoria de las personas trans^(23,24). De este modo, los estereotipos mantienen la reproducción del actual modo de producción y sociabilidad, influyendo en diversos aspectos de la vida con las reglas sociales de la feminidad y la masculinidad, que moldean el comportamiento, las relaciones, las expectativas sociales e incluso las opciones profesionales en conjunción con el patriarcado, el sexismo, el racismo y otros prejuicios estructurales.

Esto va de la mano con el proceso de institucionalización de la sexualidad en las dimensiones de identidad, expresión de género y orientación sexual, que mantienen «reglas» y «normas» socialmente instituidas, en las que cualquier cuerpo que difiera del estándar heterocisnormativo y binario actúa como fuerza instituyente, provocando y moviendo esta institución. Sin embargo, este movimiento produce sufrimiento, dolor, falta de atención sanitaria y muerte.

Todavía existen muchas barreras de acceso a los servicios de salud para la población transmasculina, siendo el miedo a sufrir transfobia el factor más citado entre los entrevistados. Le siguen la desinformación y la falta de preparación por parte de los profesionales sobre el flujo de atención a una persona trans que busca un procedimiento de afirmación de género, ya sea en servicios de salud públicos o privados. Esto corrobora la investigación realizada con 116 personas trans en los Estados Unidos, que apunta a la necesidad de promulgar políticas de salud capaces de deconstruir los prejuicios en los servicios de salud para garantizar una atención integral y humanizada a este público⁽²⁵⁾.

Sin embargo, una encuesta realizada a 110 enfermeras brasileñas mostró la representación social del prejuicio en torno a la palabra «travesti»⁽²⁶⁾, lo que deja claro que muchos profesionales

de la salud niegan la atención y la derivación adecuada a las personas trans por discriminación, alegando razones de creencias y/o valores personales y falta de cualificación, lo que, en consecuencia, intensifica el sufrimiento, el distanciamiento social y las barreras a los servicios de salud⁽²⁶⁾. Además, no hay preocupación por hacer ambientes acogedores para la población transmasculina, demostrada por la falta de vínculo entre esta población y los equipos de salud, lo que afecta directamente la eficacia de las acciones de salud^(25,26).

Esto dialoga con la noción de implicación en relación a la institución de la sexualidad, es decir, la relación que los profesionales de salud establecen con esta institución en su trabajo cotidiano. En ocasiones, una implicación atravesada por dogmas y creencias puede generar interferencias que dificulten el proceso de análisis de la implicación, haciendo que estos profesionales mantengan cierta resistencia y, en consecuencia, se sobreimpliquen en relación con la sexualidad. En otras palabras, serán «impermeables» a cualquier fuerza instituyente que pueda provocar su forma establecida de pensar y hacer en salud cuando se trata de la sexualidad humana.

Otro tema que surgió en las entrevistas fue la conciencia de la comunidad médica tanto de las demandas generales como de las demandas específicas del proceso de transexualización. A pesar de que las personas trans tienen derecho a servicios de calidad, políticas públicas eficaces, profesionales comprometidos con la atención integral, con escucha cualificada y comprensión de sus demandas y necesidades, todavía se enfrentan a un mal servicio, principalmente debido a problemas estructurales del sistema de salud y a la falta de debates en la formación sanitaria sobre la diversidad sexual y de género^(25,27).

Esta es una cuestión que dialoga con el activismo de las mujeres lesbianas y bisexuales, debido a la invisibilidad y abyección de estos cuerpos, su precariedad y vulnerabilidad para obtener el reconocimiento de los profesionales de la salud⁽²⁸⁾. Por lo tanto, muchos procedimientos médico-quirúrgicos que deberían acabar con la disforia y promover la pasibilidad acaban denunciando la transición y la transexualidad, ya sea porque se hicieron de forma clandestina y con pocos recursos y/o porque fueron realizados por médicos a los que no les importaba traer armonía a los cuerpos trans y sólo querían lucrar con la desesperación del procedimiento.

Este último punto dice mucho sobre la sobreimplicación médica de lo establecido sobre la sexualidad, reforzando el cisgenderismo obligatorio en la práctica profesional, o sea, sin que haya un proceso reflexivo y permanente que revele la fluidez y transitoriedad de la sexualidad humana, y las fuerzas instituyentes producidas cotidianamente a través de las diferentes formas de estar en el mundo.

Las prácticas de modificación corporal tienen como objetivo «conformar» el cuerpo de una persona trans para producir satisfacción personal y alcanzar la materialidad corporal de lo que consideran el cuerpo ideal⁽²⁷⁾. Sería una forma de adaptarse a lo instituido en términos de expresiones binarias de género que se colocan obligatoriamente como «correctas». Por lo tanto, es fundamental que los procedimientos médico-quirúrgicos previstos en el Proceso de Transexualización del SUS consideren cuidadosamente los deseos y expectativas de la persona trans, evaluando detalladamente los recursos disponibles y, al mismo tiempo,

reconociendo la autonomía, el protagonismo y la legitimidad del profesional de salud en relación al procedimiento. Es crucial mantener una mirada sensible a la biopolítica que permea esos cuerpos, pues sufrirán inscripciones sociales y simbólicas^(27,29). Sufrirán no sólo de la sociedad cisgénero, sino también dentro de la propia comunidad trans, donde existe una práctica de comparación de cirugías que fomenta la competencia y el juicio, en contraposición a la celebración y el apoyo.

El SUS aún se enfrenta a muchos desafíos para proporcionar una atención adecuada a la población trans. En la práctica, la capacidad de los equipos de salud para resolver las demandas de las personas trans es muy baja, porque no existe una red de apoyo, no hay recursos financieros destinados a esta cuestión, no hay capacitación técnica para los equipos que prestan atención y no hay capacitación para las propias organizaciones en cuanto a la adopción de flujos y protocolos de atención diaria⁽³⁰⁾. Además, el proceso de transexualización no fue concebido para ser el eje de una política pública, ni el conjunto de reglamentos, principios y directrices destinados a hacerla efectiva⁽³⁰⁾. Consiste en la máxima de que para que haya un proceso de institucionalización en las instituciones, como la sexualidad, las personas deben estar involucradas en este proceso, ya que es una construcción que efectivamente se establece y se construye socialmente.

Vale la pena subrayar que los servicios de salud privados sufren los mismos problemas. Sin embargo, también existe el factor financiero y el elevado coste, que hacen inviable el acceso para la gran mayoría. Como resultado, existe una considerable actividad clandestina relacionada con la venta de hormonas y la realización de procedimientos quirúrgicos, del mismo modo que otras tecnologías sanitarias han perdido su exclusividad directa con la medicina y han empezado a ser captadas por el mercado financiero, a menudo por vendedores no profesionales de la salud, lo que permite a muchas personas pasar por procesos de transición de forma desasistida⁽³⁰⁾.

Este estudio saca a la luz las cuestiones relacionadas con los procesos de transición vividos por los hombres trans, que implican la búsqueda de procedimientos médicos y atención en los servicios de salud y la confrontación social e individual cotidiana, y que, dados los males sociales en los que se encuentran estas personas y la perspectiva neoliberal y depredadora de desarrollar investigaciones sobre ellas y nunca con ellas, apenas

han ocupado un lugar central o han participado en los estudios sobre este tema. Además, esta producción profundiza en la salud de las personas transmasculinas, destacando el cuello de botella que aún existe en la sanidad pública brasileña a la hora de atender sus necesidades sanitarias, y que atraviesa varias direcciones, como la necesidad de profundizar en la formación de los profesionales de salud y en la Educación Permanente de los profesionales ya formados en la salud de las personas trans. Entre sus limitaciones se destacan: el hecho de que el reclutamiento se realizó por medio de un formulario virtual, lo que significaba que podía ser rellenado por cualquier persona que no fuera necesariamente el público objetivo del estudio; el hecho de que las entrevistas se realizaron a distancia (online), lo que dificultó enormemente garantizar la calidad de su participación sin interrupciones personales y/o la mala calidad de internet; y la diversidad cultural de los participantes de la investigación que, si bien enriqueció el estudio, trajo consigo sesgos en relación a las diferencias que existen en el SUS dentro del territorio nacional.

CONCLUSIÓN

Con relación a la percepción de los hombres trans sobre el proceso de transición médica y social, este estudio señala la disociación entre las influencias sociales y las influencias personales en el proceso de transición vivido por las personas transmasculinas. La cuestión de la apariencia es un motivador importante, especialmente los cambios físicos provocados por la terapia hormonal y la mastectomía. Así, las expectativas en torno a los procedimientos de afirmación de género eran alcanzar tanto un estado en el que ya no hubiera disforia con el propio cuerpo como una armonía entre la autopercepción y la forma en que son percibidos por otras personas, minimizando en la medida de lo posible las suposiciones de género incongruentes y las situaciones transfóbicas. Dicho esto, este estudio identificó que las personas transmasculinas buscan la pasabilidad adquirida a través de transiciones médicas y quirúrgicas, ampliando sus recursos mentales para lidiar con episodios de violencia, especialmente en términos de autoculpabilización. Además, la existencia de una red de apoyo amplia y sólida puede favorecer la búsqueda de esas transiciones, ofreciendo apoyo emocional y facilitando el diálogo sobre cuestiones de género.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de los hombres trans sobre el proceso de transición. **Método:** estudio cualitativo, desarrollado con personas transmasculinas de febrero a marzo de 2024. Se utilizó un cuestionario y entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante análisis de contenido. Los hallazgos se discutieron con cinco principios de análisis institucional, como instituido, instituyente, institucionalización, implicación y sobreimplicación. **Resultados:** Participaron de las entrevistas 18 personas y el análisis de los datos permitió construir cuatro clases: i) Estereotipos de género en el contexto social; ii) Intervenciones físicas y sus contextos; iii) Experiencias personales, sociales y relaciones con profesionales de la salud; iv) Sufrimientos relacionados con la pasabilidad. **Conclusión:** no existe disociación entre influencias sociales y personales en el proceso de transición. Esperan que los procedimientos de afirmación de género reduzcan la disforia y promuevan una armonía entre la autopercepción y la heteropercepción. La pasabilidad adquirida puede fortalecer la capacidad de afrontar la violencia. Además, una red de apoyo amplia y sólida puede favorecer la búsqueda de estas transiciones, facilitando el diálogo sobre cuestiones de género.

DESCRIPTORES

Minorías Sexuales y de Género; Personas Transgénero; Enfermería; Salud Pública; Análisis Institucional.

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção de homens trans sobre o processo de transição. **Método:** estudo qualitativo, desenvolvido com pessoas transmasculinas de fevereiro a março de 2024. Foram utilizados um questionário e entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas, sendo analisadas por análise de conteúdo. Os achados foram dialogados com cinco princípios da análise institucional, como instituído, instituinte, institucionalização, implicação e sobreimplicação. **Resultados:** participaram das entrevistas 18 pessoas, e a análise dos dados possibilitou a construção de quatro classes: i) Estereótipos de gênero no contexto social; ii) Intervenções físicas e seus contextos; iii) Experiências pessoais, sociais e relação com profissionais de saúde; iv) Sofrimentos relacionados à passabilidade. **Conclusão:** não há uma dissociação entre influências sociais e pessoais no processo de transição. Eles esperam que os procedimentos afirmadores de gênero reduzam a disforia e promovam uma harmonia entre autopercepção e heteropercepção. A passabilidade adquirida pode fortalecer a capacidade de lidar com a violência. Ainda, uma rede de apoio ampla e sólida pode favorecer a busca por essas transições, facilitando o diálogo sobre questões de gênero.

DESCRITORES

Minorias Sexuais e de Gênero; Pessoas Transgênero; Enfermagem; Saúde Pública; Análise Institucional.

REFERENCIAS

1. Arán M, Zaidhaft S, Murta D. Transsexuality: body, subjectivity and collective health. *Psicol Soc.* 2008;20(1):70–9. doi: <http://doi.org/10.1590/S0102-71822008000100008>.
2. Almeida RG, Santos MA. Transmasculinity and queer theory: body experience from childhood to adulthood. *Psicol Soc.* 2021;33:e240127. doi: <http://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33240127>.
3. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2020 [citado 2024 mayo 9]. Disponible en: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transsexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2024 jul 10]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.
5. Pimentel A, Castro EHB, Miranda D. Existential phenomenological understanding of the identity of trans men. *Est Cont. Subjet.* 2018 [citado 2024 mayo 9];8(2):228–39. Disponible en: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2855/1562>.
6. Cano-Prais HA, Costa-Val A, Souza ÉR. Classificatory inconsistencies: an analysis of the discourses on the ICD11 proposals in relation to trans experiences. *Cadernos Pagu.* 2021;(62):e216219. doi: <http://doi.org/10.1590/18094449202100620019>.
7. De Cuypere G, van Hemelrijck M, Michel A, Carael B, Heylens G, Rubens R, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry.* 2007;22(3):137–41. doi: <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.002>. PubMed PMID: 17188846.
8. Lima F, Cruz KT. The hormonization process and the production of health care in male transsexuality. *Sex Salud Soc.* 2016;(23):162–86. doi: <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a>.
9. Sousa D, Iriart J. “Living with dignity”: health needs and demands of trans men in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2018;34(10):e00036318. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00036318>. PubMed PMID: 30328995.
10. Braz C, Almeida AS. Waiting, patience and resistance: anthropological reflections on transsexualities, life course and itineraries of access to health. *Rev Antropol.* 2020;63(2):e170813. doi: <http://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2020.170813>.
11. Pereira PLN, Gaudenzi P, Bonan C. Masculinidades trans em debate: uma revisão da literatura sobre masculinidades trans no Brasil. *Saude Soc.* 2021;30(3):e190799. doi: <http://doi.org/10.1590/s0104-12902021190799>.
12. Quinn GP, Alpert AB, Sutter M, Schabath MB. What oncologists should know about treating sexual and gender minority patients with cancer. *JCO Oncol Pract.* 2020;16(6):309–16. doi: <http://doi.org/10.1200/OP.20.00036>.
13. Sahin NE, Aslan F, Emiroglu ON. Health status, health behaviours and healthcare access of lesbian, gay, bisexual and transgender populations in Turkey. *Scand J Caring Sci.* 2020;34(1):239–46. doi: <http://doi.org/10.1111/scs.12759>. PubMed PMID: 31610038.
14. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB, Duarte MJO, Sodr  F. Access to health by transsexual population in Brazil: between the lines of the integrative review. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(1):e0023469. doi: <http://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>.
15. Santana ADS, Lima MS, Moura JWS, Vanderley ICS, Araújo EC. Difficulties in access to health services by lesbian, gays, bisexuals and transgender people. *Rev Enferm UFPE on line.* 2020;13:e243211. doi: <http://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243211>.
16. Vieira C, Porto RM. “Making the masculine emerge”: notions of “therapy” and pathology in the harmonization of trans men. *Cad Pagu.* 2019;(55):e195516. doi: <http://doi.org/10.1590/18094449201900550016>.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14  ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
18. Araujo WM, Borges FA, Lima JF, Silveira WJA, Souza JFS, Stofel NS, et al. Nursing students’ perceptions of teaching health care to LGBTQIA+ people. *Rev Rene.* 2023;24:e83198. doi: <http://doi.org/10.15253/2175-6783.20232483198>.
19. Moura CO, Silva IR, Silva TP, Santos KA, Crespo MCA, Silva MM. Methodological path to reach the degree of saturation in qualitative research: grounded theory. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2):e20201379. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1379>. PubMed PMID: 34669902.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edi  es 70; 2011.
21. Tomicic A, Berardi F. Between past and present: the sociopsychological constructs of colonialism, coloniality and postcolonialism. *Integr Psychol Behav Sci.* 2018;52(1):152–75. doi: <http://doi.org/10.1007/s12124-017-9407-5>. PubMed PMID: 29063442.
22. Borges FA, R zio LA, Zerbetto SR, Silva CM, Marcheti PM, Chaves SCS, et al. Effects of heroism discourse on the professional involvement of nurses in the COVID-19 pandemic. *Rev Min Enferm.* 2022;26:e1486. doi: <http://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.40127>.
23. Avelar RB, Rodrigues Gonçalves JV, Mendes A, Queiroz TA. (Trans)gredindo preconceitos? A escassez de travestis e transexuais no mundo do trabalho. *Histori e.* 2023 [citado 2024 mayo 9];13(1):45–71. Disponible en: <https://periodicos.furg.br/hist/article/view/12740>

24. Gonçalves JVR, Trujillo RAS. Da esquina ao escritório: uma análise da ausência de mulheres trans no mercado de trabalho formal em Goiás. *Pensamento Americano*. 2020;13(26):33–50. doi: <http://doi.org/10.21803/penamer.13.26.419>.
25. Berrian K, Exsted MD, Lampe NM, Pease SL, Akre ERL. Barriers to quality healthcare among transgender and gender nonconforming adults. *Health Serv Res*. 2025;60(1):e14362. doi: <http://doi.org/10.1111/1475-6773.14362>. PubMed PMID: 38988141.
26. Cardoso JG, Rocha RA, Iwaya GH, Sousa Jr JH. Discriminação percebida e consequências emocionais da LGBTQIA+ fobia no consumo no Brasil. *Innovar*. 2022;32(85):33–47. doi: <http://doi.org/10.15446/innovar.v32n85.100978>.
27. Porcino C, Oliveira JF, Coelho MTÁD, Silva DO, Suto CSS, Couto PLS, et al. (Re)Construction of the body of transgender women: daily search for (in)satisfaction and care *Rev Bras Enferm*. 2022;75(6):e20210512. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0512pt>. PubMed PMID: 35946620.
28. Alves IG, Moreira LE, Prado MAM. Health of lesbian and bisexual women: politics, movement and heteronormativity. *Rev Psicol Saúde*. 2020;12(3):145–61. doi: <http://doi.org/10.20435/pssa.vi.1072>.
29. Louro GL. Currículo, género y sexualidad: lo “normal”, lo “diferente” y lo “excêntrico”. *Descartada*. 2019;3(1):e065. doi: <http://doi.org/10.24215/25457284e065>.
30. Santos MCB. Proforms of the transsexualizing process in Brazil: notes on the tortuous institutionalization of health care for trans people in SUS between 1997 and 2008. *Sex Salud Soc*. 2022;(38):e22303. doi: <http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22303.a>.

EDITORA ASOCIADA

Divane de Vargas

Apoyo financiero

Este trabajo fue realizado en parte con el apoyo del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPQ) proceso: 401923/2024-0 (versión en español).

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Proceso n°. 2022/04259-8 y n° 2024/06646-4.

Este trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). - Código de Financiación 001.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.