



Facultad de
Psicología



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Trabajo Final de Grado

Licenciatura en Psicología

Modalidad: Artículo Científico de Revisión Bibliográfica

Las experiencias de los hombres trans* gestantes

Estudiante: Inés Gastaldi Peyrou

CI: 4.052.538-7

Docente Tutor: Asist. Mag. Gonzalo Gelpi

Docente Revisora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Montevideo, Febrero de 2025

Presentación

El presente artículo de revisión oficia como Trabajo Final de Grado (TFG) del Plan 2013 de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). El mismo pretende socializar el estado del arte con relación a las realidades y desafíos de los varones trans*¹ gestantes. Se toma esta decisión en base a que dentro del campo de los estudios trans* esta temática no se caracteriza por su acumulado de producción. Asimismo, en los estudios sobre Salud Reproductiva y Perinatal, este grupo gestante suele ser invisibilizado o directamente no es parte del imaginario.

Otra motivación académica radica en la escasez de documentos publicados sobre este fenómeno en español. La idea es que este escrito democratice el acceso a información de rigurosidad científica para aquellas personas que no dominan otras lenguas. De hecho, este tipo de contribuciones, a veces, facilitan o motivan la ejecución de investigaciones específicas que promuevan una producción original de conocimiento para conocer las necesidades específicas de esta población aún tan vulnerada, especialmente en lo que se vincula con el derecho a la Salud y a la Salud Reproductiva en particular.

El interés personal de la estudiante por el tema nace a partir de su experiencia personal como mujer cis gestante y posterior formación como Doula² lo que motivó el deseo de profundizar con la formación en Psicología a nivel universitario para abordar con mayor complejidad asuntos como la sexualidad y la Salud Reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos. Durante la formación académica en la Licenciatura, y a partir de cursar algunas Unidades Curriculares Obligatorias con el docente Gonzalo Gelpi (Referencial I: Inicio a la Formación en Psicología, Referencial II: Formación Integral, Articulación de Saberes II: Psicología, Género y Derechos Humanos y la Práctica de Graduación en el Centro de Referencia Amigable (CRAm), se tomó contacto con la agenda LGBT+, lo que atravesó su trayectoria en la Facultad y se tornó una brújula que orientó sus intereses con el

¹A partir de una decisión epistémica y política y en línea con lo propuesto por Platero (2014) “En el texto se usa preferentemente el término «trans*» con un asterisco, como un concepto «paraguas» que puede incluir diferentes expresiones e identidades de género, como son: trans, transexual, transgénero, etc. Lo que el asterisco añade es señalar la heterogeneidad a la hora concebir el cuerpo, la identidad y las vivencias que van más allá de las normas sociales binarias impuestas. Trans*, trans y transgénero son términos que tienen en común ser autoelegidos por sus protagonistas, frente a aquellos que provienen del ámbito médico y que señalan una patología. El asterisco quiere especificar que se pueden tener luchas comunes, al tiempo que reconocer que hay muchas otras cuestiones en las que no hay un consenso o una única visión de lo que supone ser trans, trans*, transexual o transgénero” (p. 16). Sólo aparecerá el término trans sin asterisco en caso que el texto original relevado no lo retome desde dicha perspectiva.

² Se define como Doula a la mujer que acompaña a la (persona) embarazada durante el trabajo de parto y parto, ofreciéndole apoyo emocional continuo (Valdés y Morlans, 2005).

fin de, en un futuro, poder abordar con más herramientas estas realidades en el ámbito de la Psicología Perinatal.

Resumen

Este artículo de revisión bibliográfica tiene como objetivo examinar y socializar el estado del arte sobre las experiencias de los varones trans* gestantes a nivel legal, social e individual. Aquí se recuperan diversos avatares en dimensiones de sus vidas y las experiencias generales de estas personas al momento de atravesar un proceso de gestación. En este documento se comparte entonces una sistematización de las legislaciones relacionadas con los derechos de la población LGBT+ haciendo foco en los derechos reproductivos de las personas trans*. También se retoman las principales barreras de acceso de este grupo social específico para la gestación y las violencias a las que frecuentemente se exponen. Finalmente, se desarrollan algunos aspectos psicológicos de los procesos de gestación y lactancia, las estrategias de afrontamiento, los efectos de los estereotipos de género en estas biografías disidentes, el fenómeno de la esterilidad simbólica y la detransición, todas ellas, dimensiones que suelen estar presente en la vida de las personas trans* y que impactan en alguna medida en su salud mental.

Palabras clave: Salud, Salud Reproductiva, Diversidad de género, Trans*, Transmasculinidades

Abstract

This literature review article aims to examine and share the state of the art on the experiences of tran* men pregnant at different levels such as, the legal, social, and individual levels. This article explores various aspects of their lives and the general experiences of these persons when going through a pregnancy process. Therefore, this document shares a systematization of the legislations related to LGBT+ population rights, focusing on the reproductive rights of trans* people. It also addresses the main barriers to access faced by this specific social group in terms of pregnancy, as well as the violence they are frequently exposed to. Finally, the article discusses some psychological aspects of the pregnancy and breastfeeding processes, coping strategies, the effects of gender stereotypes on these dissident biographies, the phenomenon of symbolic sterility, and detransition—dimensions that are often present in the lives of trans* people and impact their mental health to some degree.

Keywords: Health, Reproductive Health, Gender Diversity, Trans*, FTM

Índice

Introducción	1
Método	5
Resultados	6
Marco Legal	6
Internacional.....	7
Regional.....	10
Nacional	11
Principales Barreras de Acceso.....	12
Violencia Institucional Transfóbica	17
Violencia Obstétrica	23
Buenas Prácticas Promotoras de Accesibilidad.....	26
Aspectos Psicológicos de los Procesos de Gestación y la Lactancia.....	28
Estrategias de Afrontamiento.....	33
Estereotipos de Género	38
Esterilidad Simbólica.....	40
Detransición.....	41
Consideraciones Finales	42
Referencias Bibliográficas	45

Introducción

El presente artículo científico de revisión bibliográfica fue realizado en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El propósito del documento es explorar, analizar y sistematizar la producción científica actual sobre las experiencias, a nivel internacional, de los varones trans* que deciden gestar, el ejercicio de los Derechos Reproductivos y sus barreras, así como las implicancias subjetivas y sociales respecto a sus decisiones en cuanto a la gestación, el parto y la lactancia. Este trabajo reconoce la importancia de generar conocimiento sobre Salud Reproductiva en sujetos que no son necesariamente cisgénero (de quienes se ha generado muchísimo conocimiento ya) y escapan a las normas impuestas por la heterocisnormatividad³, es decir, se hará foco en sujetos que interpelan el binarismo de las identidades y roles de género y cuestionan su naturalización como lo normal y deseable.

En este trabajo el término trans* será utilizado como un concepto paraguas que refiere a las “trayectorias vitales de personas que viven en un género que no es el que les ha sido asignado al nacer, independientemente de si se han sometido o no a modificaciones corporales” (Missé, 2014, p.14) y más específicamente, el de varón trans*, para referirnos a aquellas personas que “habiendo nacido con genitales correspondientes a la categoría de sexo biológico hembra la persona se identifica como varón” (López, Forrissi y Gelpi, 2015, p.35).

Por otro lado, es relevante saber que, en nuestro país, el Artículo 4 de la ley N° 19.684 “Ley Integral para Personas Trans”, define a una persona trans*:

Como aquella que se autopercibe o expresa un género distinto al sexo que le fuera asignado al momento del nacimiento, o bien un género no encuadrado en la clasificación binaria masculino femenino, independientemente de su edad y de acuerdo a su desarrollo evolutivo psicosexual (Ley N°. 1684, 2018, s/p).

³La heteronormatividad “es un concepto introducido por Michael Warner en 1991, refiere a una institución social, que no debe ser confundida con la heterosexualidad en tanto orientación erótico sexual. Según Butler (2001) es el poder normalizador de la heterosexualidad y las normativas que garantizan y fortalecen su legitimidad social. Este poder atraviesa tanto las representaciones sociales, como la subjetividad, el ámbito de lo jurídico y los reglamentos en las instituciones públicas y privadas” (López, Forrissi y Gelpi, 2015, p.20). Podemos extrapolar esta idea para referirnos a la cisnormatividad como el poder normalizador del sistema cisgénero. Platero (2014) define a la cisnormatividad como “la creencia por la cual todas las personas son cis, es decir, no son trans*; por extensión, incluye concebir que lo mayoritario o más saludable, y por tanto mejor, es no ser trans*.” (p. 400).

Asimismo, es interesante considerar lo que Platero (2014) propone al introducir la idea de lo trans* como un término que aporta “una mirada crítica de la diversidad de las personas trans” (p. 100), agregando un grado de problematización a las tantas realidades y necesidades de cada sujeto, no siempre iguales o coincidentes. Platero (2014) agrega que este término pretende alejarse de la normalización y el binarismo “que trata asimilar a todas las personas trans, transexuales, travestis, transgénero, como si tuvieran las mismas necesidades y las mismas narrativas” (p. 100). Es por esta razón que se hará referencia a los varones trans*, agregando intencionalmente el asterisco, como una decisión personal que permite mantener presente el grado de complejidad que propone la distinción.

Según el estudio realizado por Barrientos (2016), a pesar de los avances en materia legal y sociocultural que se han dado durante los últimos tiempos en cuanto a la paulatina despatologización de algunas identidades y el reconocimiento de los derechos de las identidades trans*, el núcleo duro de la transfobia sigue siendo una realidad que, a partir de la violencia ejercida hacia esta población, vulnera y estigmatiza a las personas trans*. Según el autor, en los países de América Latina, continúan dándose distintas formas de discriminación que atentan contra los derechos civiles de esta población. El autor agrega que distintas instituciones son aún discriminadoras, como lo es el sistema de salud desde el que se ejercen distintos tipos de abuso físico y psicológico contra personas gays, lesbianas y trans* (Barrientos, 2016).

En esta línea, Platero (2014) plantea que:

En la actualidad, las personas trans* de todas las edades están expuestas a un estigma negativo, si bien el impacto interseccional de la discriminación variará en función de la clase social, el lugar de residencia, el entorno social, entre otros organizadores sociales relevantes (p105).

El análisis interseccional, aporta a este trabajo “una mirada compleja que contribuye a evidenciar estrategias de poder, normas sociales naturalizadas, efectos no deseados del activismo o las políticas públicas, y de dar voz a quienes están en los márgenes” (Platero 2014; Platero 2012, p. 303), por lo que se propone realizarlo desde esta perspectiva crítica, en el entendido de que la interseccionalidad nos permite visualizar y problematizar los efectos exponenciales de la discriminación sufrida en las múltiples dimensiones de las desigualdades.

Será por esta razón que lo planteado por Gelpi (2022) también atraviesa al trabajo en su integridad, al tener en cuenta que la realidad afecta a las personas de distinto modo, por lo

que “es importante trabajar su grado de afectación desde un enfoque interseccional que considere la perspectiva de género” (p. 327), lo que redundará en el hecho de que la población LGBT+ sea un grupo de riesgo debido a que tanto la orientación sexual como la identidad de género son determinantes sociales⁴ de la salud (Gelpi, 2022).

Será entonces ineludible, a la hora de trabajar desde una perspectiva de derechos, reconocer la categoría género, como una dimensión que atraviesa nuestra vida y prácticas cotidianas, especialmente las relacionadas a la sexualidad humana. Según Amuchastegui y Rivas (2004), el género es constitutivo de los modos en que las personas nos relacionamos, forma parte de la producción de subjetividades a la vez que se va reproduciendo en ese interjuego relacional.

En base a esto, se tendrá en cuenta también lo propuesto por Butler (2006) al proponer tres factores principales a partir de los cuales el contexto forma a los sujetos: el sexo, el género y la sexualidad, los cuales, según la autora, se construyen culturalmente, es decir que no tienen origen biológico. A partir de esta propuesta agrega que las normas de género significan un factor de opresión y discriminación hacia todas las personas que no cumplen con ellas, principalmente las disidencias sexuales.

En esta línea, Weeks et al. (2001) aseguran que “las definiciones culturales y los estándares en el área de la sexualidad están cambiando y las relaciones de género se han tornado objeto de intenso debate público” (p. 333), lo que ha permitido generar más y mejor conocimiento sobre la situación legal y social de esta población, sin embargo, la diferencia en cantidad y calidad de estos estudios en comparación con los que abordan temas relacionados con la población cis, sigue siendo enorme y un deber de las distintas disciplinas científicas. Tal como proponen García et al. (2019), “la mayor visibilidad que se está dando en los últimos tiempos a las personas transgénero en distintos contextos (clínico, social, laboral, etc.) supone un reto profesional y ético” (s/p).

Por otro lado, y sumado a lo anterior, también es interesante considerar que, como afirman Fernández y Olza (2020) “estar embarazada(o) en un mundo patriarcal significa o conlleva una alta probabilidad de sufrir violencia(s), o de estar expuesta a ellas...” (p.177). Agregan que cada persona gestante vive este proceso de forma singular, resultando en distintas

⁴ “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (OMS, 2007; Álvarez, García y Bonet, 2007, en Caballero et al. 2012, p. 2).

experiencias subjetivas, que estarán determinadas por la historia personal de cada sujeto y su contexto particular.

En definitiva, este trabajo, intenta reunir información rigurosa sobre las experiencias de varones trans* gestantes, sin perder de vista las dimensiones que operan interseccionalmente, y oprimen y vulneran derechos. Tal como proponen Amuchastegui y Rivas (2004) citando a Butler (1998), “el género es también un campo complejo en el cual se dirimen el control, la reproducción, la producción y el cambio respecto de las formas sociales, particulares y singulares, de constituirse como hombres y mujeres” (Butler, 1998 en Amuchástegui y Rivas, 2004, p. 558). En cuanto al derecho y acceso a la Salud Reproductiva, es importante visibilizar las lógicas heterocisnormativas que asumen que las experiencias de gravidez, parto y lactancia son exclusivamente femeninas, ideas que impactan negativamente en la salud física y mental de los varones trans*, y por ende, en el proceso de gestación a partir de la transfobia⁵ social e institucional que aún subsiste.

⁵ Para Parra (2021b), el término transfobia refiere a “la penalización de la falta de correspondencia entre sexo y género, así como de las expresiones de género no normativas” (p.4). Según Missé (2014) la transfobia es una de tantas otras formas de discriminación, la cual opera en distintos sentidos, “como una opresión que sufre toda la sociedad y que se traduce en la presión para que los hombres sean masculinos y las mujeres femeninas, como una discriminación de la sociedad en general hacia las personas trans, como el rechazo entre las personas trans mismas y, finalmente, también de la persona trans a sí misma, lo que podríamos denominar el auto-odio” (p. 14). En su Tesis Doctoral, Parra (2021a), define específicamente estos dos tipos de transfobia como “...la transfobia institucional. Con ello me refiero a la dimensión social de la transfobia como una discriminación de la sociedad en general hacia las personas trans (Missé, 2014) que actúa a través de las instituciones” (p. 338).

Método

A fin de cumplir con los objetivos del presente trabajo y de conocer la producción científica a nivel internacional, regional y nacional para construir el estado del arte respecto a la problemática en estudio, se realizó una revisión sistemática de la literatura científica existente vinculada a la temática. Para esta pesquisa se utilizaron distintos buscadores de artículos científicos y trabajos académicos en diferentes modalidades, en los idiomas español, inglés y portugués. Las bases de datos consultadas para la búsqueda fueron: Timbó, Google Académico, Scielo y Colibrí. Adicionalmente se incluyeron trabajos a partir de la utilización de la técnica “bola de nieve”, los cuales surgen a partir de la consulta a las referencias bibliográficas de los trabajos sugeridos por los buscadores inicialmente.

Con el fin de afinar la búsqueda, se articularon las palabras clave con booleanos, lo que permitió acceder a trabajos más específicos sobre el tema. Las combinaciones de los mismos fueron: varón (AND) trans (OR) transgénero (OR) transexual (OR) transmascuino (OR) no binario (AND) fertilidad (OR) embarazo (OR) lactancia (OR) salud reproductiva, con sus correspondientes traducciones al inglés y el portugués.

Los criterios de inclusión empleados fueron: inclusión de alguno de los criterios de búsqueda en el título, resumen o palabras clave; trabajos publicados en español, inglés o portugués; trabajos con acceso al texto completo; y trabajos publicados en el intervalo comprendido entre 2019 y 2024.

El único criterio de exclusión aplicado a este trabajo fue para aquellos artículos que tratan sobre varones trans* que paternan, pero que no gestaron en sus propios cuerpos, es decir, se excluyeron los trabajos sobre padres trans* que no gestaron ya que la idea central de este artículo es visibilizar y problematizar el proceso de gestación en esta población en particular.

El criterio utilizado para presentar los resultados fue a partir de la selección de los temas emergentes con mayor reincidencia en los textos consultados, con la intención de articular los distintos trabajos, sus hallazgos, así como las coincidencias y diferencias que se dan a nivel internacional en los distintos puntos geográficos con respecto a la situación actual de los varones trans* en proceso de gestación (incluyendo la intención/voluntad de gestar).

Luego de una primera lectura de los títulos, resúmenes, metodologías y conclusiones se procedió a preseleccionar los más pertinentes, entre los que quedaron un total de 60 artículos leídos en su integridad. A partir de un segundo criterio de selección, en base a la variedad de temas que desarrollan, la procedencia de distintos puntos geográficos y la

variabilidad de perspectivas desde las que se aborda el tema, sumado a la preferencia por los artículos que, de asimilarse, hubieran sido publicados más recientemente, se llegó a la selección definitiva de los 19 artículos que conforman este escrito.

Resultados

A partir de la lectura de las publicaciones seleccionadas y revisadas en este documento se decidió incorporar los artículos más actuales (dado que se observó que éstos citaban muchos de las anteriores e incluían sus hallazgos). También se priorizó que fueran producciones de distintas zonas geográficas (para poder contrastar/comparar diversas realidades) y que abordan la mayor variedad de temas estudiados, disciplinas y perspectivas (a tiempo de conocer distintas dimensiones de la realidad actual de los varones trans* gestantes). Tras la posterior sistematización y análisis de la información, se identificaron y definieron los temas y categorías emergentes, que conforman los siguientes apartados temáticos: 1) Marco Legal; 2) Principales Barreras de Acceso; 3) Aspectos Psicológicos de los Procesos de Gestación y Lactancia.

Marco Legal

En 1994 se publicó el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, desarrollada en El Cairo (Egipto). En este informe se define la Salud Sexual y Reproductiva como:

Un estado de bienestar físico, mental y social en todos los asuntos relacionados con la sexualidad y el sistema reproductivo. La buena salud sexual y reproductiva, entonces, implica que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura; la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo, cuándo, con qué frecuencia y bajo qué circunstancias; y la información y los medios para hacerlo sin discriminación ni violencia (Radi, 2020, p. 135).

En 2007 fueron presentados ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas los Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género. Este documento busca proteger los derechos humanos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans* (LGBT) a partir de un grupo de “recomendaciones para los gobiernos, las instituciones gubernamentales, la sociedad civil y la organización de las Naciones Unidas” (de Castro Peraza et al. 2019, p. 9). Entre estas recomendaciones se

incluye la no discriminación en el acceso a la salud, como lo expresa el Principio 17, “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, el que estableces que:

Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Remarcando que la Salud Sexual y Reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho (ONU, 2007, p.23).

Es importante aclarar que este instrumento, al no haber sido adoptado por los distintos Estados en un tratado internacional, no constituye por sí mismo un instrumento vinculante.

En 2017 se publican los Principios de Yogyakarta +10 como una ampliación de los anteriores. El Principio 24 establece que los Estados deben:

Habilitar el acceso a métodos para preservar la fertilidad -por ejemplo, la preservación de gametos y tejidos, incluyendo antes de tratamientos hormonales o cirugías -a todas las personas, sin discriminación por motivos de orientación sexual, identidad de género, expresión de género o características sexuales (ONU, 2017, p.24).

Internacional

A nivel internacional existen grandes diferencias con respecto a la legislación sobre los derechos de las personas trans*. Muchos países del mundo cuentan con leyes que prohíben la discriminación por sexo, orientación sexual o identidad de género. Asimismo, son muchos los países en los que se reconoce el derecho legal de las personas para cambiar de nombre y género, sin embargo las condiciones y requisitos varían⁶. En Finlandia, por ejemplo, la esterilización forzada es uno de los requisitos para que la persona obtenga el derecho al cambio de identidad. Según Radi (2018) en este país se exige que se presente un certificado médico que manifieste su deseo de pertenecer permanentemente al género opuesto, vive de acuerdo con ese rol de género y ha sido esterilizado/a o es infértil por otras razones.

Según de Castro Peraza et al. (2019),

⁶ En Abril de 2024 ILGA Mundo publicó el mapa mundial que ilustra geográficamente los requisitos exigidos para el Reconocimiento legal de género. Se adjunta link para mayor información https://ilga.org/wp-content/uploads/2024/05/Reconocimiento_legal_genero_ILGAMundo_mayo2024-e1715098811825.png

En ciertos lugares, la esterilización, ya sea mediante tratamiento hormonal o cirugía, es un requisito para el reconocimiento legal del género. En este contexto, la decisión de un hombre trans de tener un hijo se ve a menudo como un acto de transgresión en lugar de un derecho fundamental (p.8).

En un gran número de países, se les exige a las personas trans* ser mayores de edad, tener un diagnóstico de disforia de género y haber recibido tratamiento hormonal y/o cirugía transafirmativa durante al menos dos años para obtener documentos acordes a su identidad de género (de Castro Peraza et al. 2019), como pasaba en España al momento de escribir ese artículo. Sin embargo, en Febrero de 2023, en España, se aprobó la Ley 4/2023, para la igualdad real y efectiva de las personas trans* y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, cuyo Capítulo I del Título II “regula la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas y la adecuación documental, reconociendo la voluntad libremente manifestada, despatologizando el procedimiento y eliminando la mayoría de edad para solicitar la rectificación” (BOE, 2023, p.10). Algo muy similar sucedía en Suecia, donde según Falck et al. (2024) hasta el año 2013 para que a una persona se le reconociera legalmente como de un género distinto al asignado al nacer, debía someterse a tratamientos hormonales de afirmación de género (aprobados a partir del diagnóstico de disforia de género) y ser estéril. A partir de la modificación de esta ley, actualmente se ofrece la preservación de la fertilidad antes de iniciar el tratamiento y la posibilidad de acceder a tratamiento de fecundación in vitro. En el Reino Unido, según Radi (2020), aunque nunca se exigió a las personas trans* renunciar a sus capacidades reproductivas, “su sistema sanitario desalienta la reproducción y fomenta las prácticas de extirpación de útero, ovarios y trompas de falopio, a la vez que desalienta la reproducción por motivos médicos, aunque con una evidencia clínica muy débil” (p.132). Según Mujica y Medeiros (2024), “tanto las hormonas como las cirugías pueden afectar el funcionamiento sexual, reproductivo y fértil...Con el tiempo de uso de testosterona, la fertilidad tiende a disminuir, pudiendo llevar a la atrofia del aparato reproductor, causando infertilidad” (p.25). Esto implica que “en algunos países, las personas trans tienen que renunciar a su capacidad de gestar para acceder a las políticas y la garantía de reconocimiento de su identidad de género” (Human Rights Watch, 2019, p. 13), lo que proponen como una esterilización compulsoria eugenésica e higienista.

Esto introduce otra dimensión de la situación legal de los hombres trans* gestantes en relación al acceso a tratamientos de reproducción asistida, lo que depende también de la legislación de cada país. Siguiendo con el ejemplo español, hasta 2023, a pesar de contar con leyes referidas a técnicas de reproducción asistida y una Comisión que establecía

“criterios homogéneos e igualitarios respecto al acceso de las personas trans a estos tratamientos”, esta misma ley más adelante establece que “todas las mujeres mayores de 18 años y con plena capacidad de obrar, podrán ser receptoras o usuarias de las técnicas previstas en la Ley, independientemente de su estado civil u orientación sexual” (de Castro Peraza et al. 2019, p.9), dejando sin respuesta y sujeto a consideraciones éticas de expertos y comités el problema de que en ese país, un hombre trans* luego de su transición, no es legalmente considerado mujer. Esto se agrava con un decreto de 2006 que establece que “los tratamientos de reproducción humana asistida no serán financiados a personas que hayan pasado por un tratamiento de esterilización voluntaria” (de Castro Peraza et al. 2019, p.10), con lo que las personas que se hubieran sometido a una ooforectomía⁷ son nuevamente discriminadas al prohibirles el acceso al financiamiento público, obligando a realizarse costosos tratamientos de fertilización, si desean tener descendencia propia. Actualmente la normativa vigente modifica esta situación de desamparo legal a partir de la aplicación del Artículo 16 de la Ley 4/2023 que establece que:

Sin perjuicio del proceso de actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, cuando las prestaciones de la misma sean las técnicas de reproducción humana asistida, se garantizará el acceso a estas técnicas a mujeres lesbianas, mujeres bisexuales y mujeres sin pareja en condiciones de igualdad con el resto de mujeres, y asimismo a las personas trans con capacidad de gestar, sin discriminación por motivos de identidad sexual (BOE, 2023, p.19).

Con respecto al acceso a reproducción asistida para personas trans*, teniendo en cuenta que este acceso depende de la legislación de cada país y que las leyes relacionadas con los derechos de las personas trans* (y de la comunidad LGBT+ en general), varían significativamente según cada Estado-nación, se puede encontrar países europeos como Malta y Noruega, cuyas legislaciones se encuentran bastante avanzadas y cuentan con leyes específicas y amplios derechos para las personas trans*, como el acceso a la reproducción asistida. “En el otro extremo se encuentran los países que no se suscriben a las resoluciones y declaraciones de la ONU y, por lo tanto, niegan a los individuos el derecho a expresar libremente su identidad de género y orientación sexual” (de Castro Peraza et al. 2019, p.62).

⁷ Una ooforectomía es una cirugía para extirpar uno o los dos ovarios (Mayo Clinic, 2024, s/p).

Regional

Según Barrientos (2016), existe gran heterogeneidad social y cultural entre los países de América Latina, que afecta la manera de vivir y relacionarse de las personas gays, lesbianas y trans* y que, en cuanto a la situación legal de esta población, países como Argentina y Uruguay, han hecho grandes y positivos avances en materia de defensa y promoción de sus derechos civiles. En cuanto a la dimensión eugenésica de las políticas trans*, Radi (2020) propone que Argentina cuenta con un marco normativo de carácter progresista en cuanto a la identidad de género, ya que allí “el reconocimiento de una identidad de género distinta a la asignada al nacer no está atado a compromisos quirúrgicos ni hormonales” (p.125); a diferencia de otros países en los que las personas trans*, para acceder al reconocimiento legal de su identidad de género, deben renunciar a sus capacidades reproductivas, llegando a extremos en los que la legislación exige explícitamente:

Que la persona que solicita el cambio certifique que “ya no es capaz de producir hijxs de acuerdo con su género anterior”; que es “definitivamente incapaz de procrear” –si su acta de nacimiento la reconocerá como mujer– y “definitivamente incapaz de dar a luz” –si será reconocido como varón– que “es estéril o incapaz de reproducirse”; o que “no tiene glándulas reproductoras o que se ha perdido de manera permanente su función” (p.128).

Para pensar el caso argentino, Radi (2018) comenta que, la Ley de Identidad de Género del 2012 es clara con relación al derecho de las personas trans* a no ser esterilizadas contra su voluntad, y al reconocimiento de su identidad independientemente de sus características físicas. Eso significa que dicha legislación reconoce que hay hombres que tienen posibilidad de gestar. En este mismo artículo, el académico aclara que “el alcance de la categoría “mujeres” no coincide punto por punto con el de “personas que pueden quedar embarazadas” (Radi, 2018, s/p) y agrega que “el mito recurre a una idea de humanidad que supone que todas las personas (dignas de atención, al menos) son cis: es decir, una concepción cisexista de la humanidad” (Radi, 2018, s/p). En relación al acceso de los hombres trans* a la interrupción de la gestación en Argentina, Barone (2020) refiere, en base a un estudio realizado en ese país por Nichols (2018), que la Ley de Identidad de Género “provee el lenguaje para una noción más amplia de género, lo cual ofrece una base jurídica que funciona en contra de la reducción del sujeto de los derechos sexuales y no reproductivos solo a las mujeres cis” (p.64).

Con respecto a Brasil, Mujica y Medeiros (2024), comparten una lista de políticas públicas y leyes en pro de los derechos de la comunidad LGBT+ entre los que se destacan, en 2001 la creación del Consejo Nacional de Combate contra la Discriminación, en 2002, la redacción del Segundo Programa de Derechos Humanos en el que se incluye un capítulo específico sobre la población LGBT+ (el anterior sólo hacía referencia a personas homosexuales) y se propone la regulación para la cirugía transafirmativa y el cambio de nombre en el registro civil para las personas trans*, propuesta que recién se formalizó en 2008. En ese año se publicó la Versión preliminar de la Política Nacional de Salud Integral LGBT+ que finalmente fue aprobada en 2009 por el Consejo Nacional de Salud. En relación al tema central de este trabajo, es de destacar la publicación de la Ordenanza n°1693 del Ministerio de Salud “que modifica la clasificación de género en aproximadamente 270⁸ procedimientos, cambiando el campo de sexo a "ambos". Esta medida es fundamental para garantizar el acceso de personas trans* a atenciones como ginecología, urología y obstetricia” (Mujica y Medeiros, 2024, p.17). Entre estos procedimientos se incluyen los relacionados a la interrupción del embarazo, es interesante mencionar que, en Brasil, el aborto es permitido por ley en tres situaciones: embarazo derivado de una violación, anencefalia fetal y riesgo de vida para la persona gestante. Los hombres trans*, personas no binarias y/o intersexuales AFAB⁹ también pueden buscar servicios de aborto legal en cualquiera de estas situaciones.

Nacional

En Uruguay se han aprobado varias leyes en los últimos tiempos que marcaron un hito y apuntan a defender los derechos de la comunidad LGBT+. Las más relevantes en relación a este tema son: Ley de Lucha contra el Racismo, la Xenofobia y la Discriminación (N°17.817, 2004), Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (N° 18.211, 2007), Ley de Unión Concubinaria (N° 18.246, 2008), Ley de Modificaciones al Código de la Niñez y la Adolescencia (N°18.590, 2009), Ley de Derecho a la Identidad de Género y al Cambio de Nombre y Sexo en Documentos Identificatorios (N°18.620, 2009), Decreto 293 de la Ley de Derecho a la Salud Sexual y Salud Reproductiva (N°18.426, 2010), Ley de Matrimonio Igualitario (N°19.075, 2013), Ley de Reproducción Humana Asistida (N°19.167, 2013) y Ley Integral para Personas Trans (N°19.684, 2018) (Gelpi et al. 2024). Con respecto a la Ley de Reproducción Humana Asistida es interesante observar que, tal como destaca Radi (2018)

⁸ Para consultar el documento completo de la ordenanza se facilita el link de la misma: https://cdn.medblog.estrategiaeducacional.com.br/wp-content/uploads/2024/05/PORTARIA-SAES_MS-No-1.693-DE-10-DE-MAIO-DE-2024-PORTARIA-SAES_MS-No-1.693-DE-10-DE-MAIO-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf

⁹ Por sus siglas en inglés (*assigned female at birth*), refiere a personas designadas por el sistema médico y jurídico como niñas/mujeres al nacer y pueden identificarse o no con esta designación (Mujica y Medeiros, 2024).

para el caso de la legislación argentina, esta ley está íntegramente redactada en un lenguaje estructurado por la cisnormatividad, invisibilizando la existencia de los varones trans* como potenciales usuarios del sistema.

En cuanto a la Ley Integral para personas Trans, es interesante destacar que el Artículo 1° de la misma establece el derecho de todas las personas “al libre desarrollo de su personalidad conforme su propia identidad de género, con independencia de su sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro” y exige que los documentos identificatorios estén en consonancia con su identidad de género. En relación a la adecuación del nombre o sexo en los documentos de identidad, el Artículo 6° declara que “toda persona podrá solicitar la adecuación de la mención registral de su nombre, sexo, o ambos, cuando los mismos no coincidan con su identidad de género” sin exigir, como en otros países, el someterse a ningún tratamiento médico hormonal ni quirúrgico. El Artículo 19° de esta ley, en cuanto al Derecho a la Salud establece “prohíbese toda forma de discriminación de las personas trans que anule o menoscabe el derecho al acceso a los servicios de salud” y el Artículo 20° plantea que “para el abordaje de las necesidades sanitarias de las personas trans, la autoridad competente debe elaborar guías de recomendaciones o protocolos de actuación que prevean la constitución de equipos multidisciplinarios y especializados en identidad de género y diversidad sexual”. Para Gelpi et al. (2024) la Ley Integral para Personas Trans, si bien es un gran avance, “su implementación y el acceso efectivo a los servicios de salud generan desafíos en todos los niveles de forma cotidiana” (p. 92). En esta línea, es pertinente considerar que en 2017, en nuestro país, en el marco de la Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género (N°19.580, 2017), el Artículo 6° define la Violencia Obstétrica (VO) “manteniendo los rasgos de las definiciones de sus antecedentes legales en otros países” (Farías y Magnone, 2022, p.65). Este artículo define la VO como “toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos”, imprimiendo un sesgo de género cisnormativo que desampara a aquellas personas con capacidad de gestar que no se identifican como mujeres.

Principales Barreras de Acceso

Según Gelpi et al. (2024), “la formación del personal de salud en diversidad sexual y de género es esencial para mejorar la calidad de la atención” (p.98) y agregan que la existencia de profesionales sensibilizados y formados redundaría en experiencias positivas que reducen las barreras de acceso al sistema de salud para las personas de la comunidad LGBT+.

Según su estudio, la negación del nombre social es una barrera significativa, pues, a las personas trans*, ser llamadas por “su nombre asignado al nacer las expone a la vergüenza y afecta su disposición a buscar atención médica” (p.98) recurriendo entonces a recibir tratamientos hormonales en la clandestinidad (Zalazar et al. 2018). Asimismo, la escasez de servicios básicos de salud especializados fuera de la capital, afectan desigualmente a quienes viven fuera de Montevideo provocando que estas personas sólo acudan a consulta médica en casos graves.

Hallazgos similares son propuestos en el estudio realizado en Brasil por Pereira et al. (2024) en el que se le adjudica a la transfobia efectos de expulsión de los servicios de salud. Los autores explican que el uso inapropiado de los pronombres, las preguntas inapropiadas, la falta de información sobre sus especificidades en salud, entre otros, configuran barreras de acceso a la salud integral.

En esta línea, Besse et al. (2020) mencionan que en el año 2016, el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos reconoció que las personas trans* sufren disparidades en salud y específicamente en relación a la atención médica reproductiva, siendo víctimas de discriminación, estigma e invisibilización por parte del personal médico y administrativo de los centros de salud.

El artículo publicado por de Castro Peraza et al. (2019) es un estudio de caso inspirado en la historia de Dan, un hombre trans* que deseaba gestar con su propio material genético, en España, sometiéndose a un primer TRA (tratamiento de reproducción asistida) mientras aún era legalmente mujer, caso que terminó con un aborto espontáneo. De ese ciclo de reproducción asistida, quedaron cuatro embriones congelados. Después de la fallida experiencia de gestación, Dan profundizó su transición. Ahora legalmente hombre, intentó gestar utilizando sus órganos reproductivos. Estos autores proponen que la idea de que un hombre trans* sea capaz de gestar es una barrera para el personal sanitario por considerarlo un evento imposible, lo que denota su falta de conocimiento. Por su parte, Charter et al. (2018) plantean que esta falta de conocimiento requiere un debate ético-moral que deconstruya la noción de que el acto de gestar aplica exclusivamente a las mujeres.

El estigma hacia la comunidad trans* dentro de los contextos médicos conduce a que los profesionales de la salud ofrezcan a esta población información inadecuada y microagresiones, lo que se erige como posibles causas de que los hombres trans* eviten la atención médica, limitando de esta manera su ejercicio del derecho a la salud (de Castro Peraza et al. 2019). Los resultados de esta investigación muestran que, la invisibilidad, la transfobia y la violencia, crean barreras para una atención reproductiva adecuada para las

personas trans*. Además, las personas trans* habitualmente tienen necesidades específicas relacionadas con la fertilidad, la concepción, el embarazo, el parto y el período posparto que son distintas de la población cis, debido a los efectos biomédicos del uso previo de hormonas exógenas y/o cirugías de afirmación de género.

En cuanto a las especificidades en salud de las personas trans*, Apollo Arantes (2023) en su autoetnografía denuncia que a partir de la centralización en la atención en Brasil, existen muchos profesionales de la salud que bajo la excusa de no estar capacitados para atender a las personas trans*, se les niega la asistencia, desconociendo su existencia y necesidades. Según el autor, el argumento de “estar aprendiendo” revela el desinterés y la falta de relevancia que le dan al tema.

Yang et al. (2023) mencionan en su estudio que, según la Encuesta Nacional de Discriminación Transgénero realizada en Estados Unidos, en 2010, al 19% de los encuestados se les negó atención médica debido a su identidad de género y el 28% demoró su atención por miedo a la discriminación a partir, por ejemplo, de no preguntar ni respetar los nombres sociales y pronombres de uso o ignorar la necesidades de estas personas de utilizar un lenguaje inclusivo para describir su propio cuerpo por parte de los proveedores de salud.

En el estudio de investigación cualitativa realizado por James-Abra et al. (2015) en el que se entrevistó (a través de entrevistas semiestructuradas) a once hombres trans* que hubieran utilizado o desearan acceder a TRA (tratamiento de reproducción asistida) en Ontario (Canadá), en cuanto al tema de la negación de atención, los autores reportan el caso de un hombre trans* a quien se le negó el acceso a la preservación de óvulos, a lo que accedió luego de ocultar su identidad de género haciéndose pasar por una mujer cis. Según los autores, barreras como la discriminación y el acceso diferencial, llevan a muchos hombres trans* a no revelar su identidad de género a los proveedores de salud.

En España, Ramos Cantó (2023) realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio en el que participaron 19 personas trans* a través de entrevistas en las que se indagó sobre las percepciones que tenían acerca de su salud reproductiva en relación con el sistema sanitario de Madrid. Los resultados indican que las personas trans* se enfrentan a distintos obstáculos en el acceso a su salud reproductiva y específicamente, que los hombres trans* encontraron impedimentos en el acceso a los tratamientos ginecológicos y de reproducción asistida.

También existen barreras en el acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), ya que no siempre están disponibles para la población trans* por distintas razones, la más citada en el estudio realizado por Besse et al. (2020) es que estos procedimientos pueden ser prohibitivos en cuanto a costos si se debe acceder a ellos de manera privada, situación que se ve agravada por otra realidad que se intersecciona con esta y es la discriminación en el empleo, la dificultad de las personas trans* para conseguir un trabajo y la falta de seguros médicos que cubran este tipo de servicio debido a su identidad de género. También se menciona la incomodidad del personal médico para atender usuarios trans* lo que representa otra barrera de acceso para esta población. Según los autores, esta incomodidad relacionada con el cissexismo y la transfobia son vividas sistemáticamente por los varones trans* embarazados.

Según el estudio exploratorio realizado en Colombia por Sánchez et al. (2023), “en el plano de la salud sexual y reproductiva, la incomodidad y la falta de conocimiento del personal de salud sobre las personas trans y no binarias y sus necesidades, se traducen en barreras de acceso para esta población” (p.16) lo cual se agrava en el acceso al servicio de aborto “puesto que tienen una carencia en la oferta de servicios especializados” (p.60). La encuesta realizada en este país, marca que, aproximadamente un 57% de esta población decide no usar los servicios médicos por temor a que su identidad afecte la atención. Otras barreras que enfrenta esta población se relacionan con “la falta de aseguramiento en salud, los trámites que deben hacer en todos los niveles del sistema de salud e incluso la negación directa de los servicios por parte de los prestadores” (p.16).

La falta de información sobre identidades de género no normativas, el sentir y los efectos de la transformación corporal a partir de los tratamientos transfirmitivos en los hombres trans*, las necesidades específicas de esta población al momento de gestar, los sesgos de género como la malgenerización y la no utilización del nombre social, generan desconfianza en el personal de los servicios de salud y son resultado de una larga historia de discriminación y poco interés respecto al tema en cuestión (Arantes 2023; Charter et al. 2018; Sanchez et al. 2023; Pereira et al. 2024).

En el artículo publicado por Barone (2020) como parte de su tesis de Doctorado, la autora introduce el testimonio de Bruno, un varón trans* que vive en Argentina quien relata haber recibido de los profesionales a quienes consultó, respuestas del orden de “no estoy capacitado para atenderte”, “mi religión no me permite atender a personas como vos”, “primero tengo que derivarte a salud mental” con la intención de terminar la consulta, negándole de este modo, el acceso a la atención. En este artículo, Barone (2020) identifica como barrera de acceso a la salud, los estigmas que generan situaciones de discriminación

como una experiencia cotidiana de los hombres trans* que buscan atender su salud y se enfrentan a profesionales que aún se rigen con lógicas patologizantes. En esta línea, Mujica y Medeiros (2024) en Brasil, plantean que, la conclusión más importante a la que llegaron con su estudio implicó entender que el prejuicio hacia la diversidad de género y en especial a la población trans*, “niega e invisibiliza la vida sexual y reproductiva de esas personas” (p.7).

En cuanto al acceso al aborto, Sánchez et al. (2023) mencionan que según su investigación, del total de personas que necesitaron acceder a este procedimiento, “el 44% considera que su identidad de género fue una barrera para acceder al servicio de aborto, mientras que el 22% menciona que no fue una barrera y el 33% no dio respuesta” (p.47) aunque aclaran que sólo un 44% de estas personas hicieron mención a su identidad de género con el prestador de salud.

En el estudio realizado por Falck et al. (2024) en el que se exploran las experiencias de varones trans* que pasan por el embarazo, el parto y la lactancia en Suecia, se propone que, dado que las personas trans* presentan más problemas de salud mental que las personas cis¹⁰, tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud mental y depresión postparto y mayor probabilidad de experimentar barreras en la atención de salud mental durante la depresión post parto.

En relación a la lactancia, Yang et al. (2023) realizaron un estudio transversal en China en el que se entrevistó a 647 padres trans* y de género diverso, con el objetivo de investigar el estado de las prácticas de lactancia y los factores que influyen en las mismas. Este estudio reveló que una amplia gama de factores históricos, socioeconómicos, culturales y personales influyen en las prácticas de lactancia y que estas prácticas pueden ser más complejas para los varones trans* o de género diverso, debido a distintos factores. Entre estos factores se hallan las políticas discriminatorias, regulaciones que restringen el acceso a la leche humana donada y limitaciones anatómicas/funcionales. Según estudios previos en población cisgénero china, el 86% de la población recibe educación sobre lactancia, a

¹⁰ Según el Modelo de Estrés de Minorías definido por Meyer (2003) se puede comprender “los procesos sociales que subyacen a los indicadores de salud mental negativos en las poblaciones LGBT+” (Martínez et al. 2018), entendiendo que las consecuencias de las vivencias a las que están expuestas las personas travestis/trans* determinan la aparición de determinados estresores que ponen en riesgo su salud” (Gelpi et al. 2024, p.133). Además, según Martínez et al. (2018) “en conjunto, y de manera contundente, la investigación ha mostrado que las diferencias en términos de salud mental entre las personas pertenecientes a la diversidad sexual y sus contrapartes heterosexuales y cisgénero pueden atribuirse a los efectos del estrés relacionado con la estigmatización basada en la identidad de género y la orientación sexual diversa (APA/División 44, 2000; Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013)” (p.14).

diferencia de lo hallado en este estudio, el que reveló que solo el 57.3% de los participantes recibieron dicha educación. Los autores agregan que “las disparidades en salud son a menudo el resultado de prácticas injustas y discriminatorias persistentes que aumentan el riesgo de malas condiciones de salud en poblaciones vulnerables” (p.11).

Por otro lado, Shui-yin y Fixmer-Oraiz (2023) cuyo estudio combina el análisis retórico de los programas curriculares de distintas formaciones académicas sobre salud sexual y reproductiva en los Estados Unidos, con entrevistas semiestructuradas a quince doulas¹¹ de Justicia Reproductiva¹² y a cuatro trabajadores de centros de salud reproductiva (especializados en atención de partos) y el registro de observaciones participantes de una de las autoras del estudio en cursos de formación de doulas, afirman que el discurso convencional sobre el parto asume que sólo las mujeres dan a luz y abortan. Las autoras informan la estrategia de una de las entrevistadas para desafiar la suposición tan naturalizada de que sólo las mujeres necesitan acceso al cuidado durante el parto y el aborto. Ella, al hablar de salud reproductiva “centraba las narrativas trans y queer y no abordaba mucho a las personas cisgénero...Y proporcionaba información sobre las necesidades específicas de las comunidades trans y queer en términos de atención al parto y al aborto” (p.12).

Violencia Institucional Transfóbica

Charter et al. (2018) diseñaron una investigación de métodos mixtos a partir de entrevistar a veinticinco hombres trans* en Australia, de entre 25 y 46 años, que hubieran gestado, con el objetivo de responder a la pregunta ¿cómo construyen y experimentan los hombres trans* australianos el embarazo gestacional?. A partir del análisis temático de los datos, los resultados reportan casos de personas trans* víctimas de transfobia abierta, tales como la negativa del personal de los centros a llamarles por el nombre social o a utilizar los pronombres correctos, emitir comentarios transfóbicos, cuestionando las identidades trans* e incluso respaldando explícitamente las normas de género binarias.

Estos autores destacan que, a pesar de haberse reportado experiencias positivas y narrativas que muestran resiliencia y valentía en los encuestados, otras dejan en evidencia

¹¹ Sus datos incluyen entrevistas con diversas identidades raciales, de género y sexuales. Once de las doulas entrevistadas se identificaron como cisgénero, cuatro como trans o no binarias, y tres usaron una variedad de pronombres/descriptores para indicar fluidez. Finalmente, ocho entrevistadas se identificaron como negras, ocho como blancas, una como biracial (negra/blanca) y una como isleña del Pacífico y latina (Shui-yin y Fixmer-Oraiz, 2023).

¹² "Las doulas RJ desafían ese discurso y prácticas excluyentes al proporcionar atención a personas embarazadas queer, trans y no binarias y al educar al público y a otras doulas sobre una visión más expansiva del género y el parto" (Shui-yin y Fixmer-Oraiz, 2023, p.4).

injusticias reproductivas sistemáticas y profundamente arraigadas, lo que demuestra que muchos de los centros de atención neonatal son espacios que producen y reproducen la cisnormatividad, la transignorancia¹³ y la transodio¹⁴. Estas ideologías y prácticas entienden que los cuerpos embarazados sólo pueden ser de mujeres y al embarazo como una experiencia exclusivamente femenina cisgénero, lo cual invisibiliza y borra la realidad de los hombres trans* que gestan.

Mujica y Medeiros (2024) proponen que los sistemas de salud hegemónicos están matizados por la “endo-cis-heteronorma”¹⁵ que diseña protocolos, guías, historias clínicas y otras herramientas de cuidado a partir de “un lenguaje y unas expectativas de un cuerpo heterosexual, cisgénero, preferiblemente delgado, sin discapacidad y blanco” (p.13).

Barone (2020) señala que existe una dificultad inicial para los hombres trans* que solicitan un diagnóstico prenatal ya desde la hora de registrarse a través de un formulario electrónico configurado de manera binaria, que permite documentar la gestación sólo a mujeres, operando sistemáticamente una lógica excluyente para los hombres trans* gestantes.

En esta misma línea, Rodó de Zárate (2018), en su texto titulado “*Derecho a la reproducción asistida: maternidades lésbicas, violencia obstétrica y luchas compartidas*” el cual forma parte del libro “*Cuerpos Marcados. Vidas que cuentan y políticas públicas*” (Platero y López, 2018), denuncia las experiencias de personas que buscan acceder a tratamientos de reproducción asistida (TRA) en Barcelona y relata que “Acceder sin discriminación a los tratamientos era una demanda básica, pero...Sabíamos que el acceso no lo era todo. Y aquí empezamos a analizar cómo el sistema sanitario ejercía otros tipos de violencia sobre nosotras y nuestros cuerpos” (p.197), unas líneas más abajo agrega “estas violencias además no afectan sólo a las lesbianas sino que es violencia contra los cuerpos de todas las mujeres y hombres trans* que se someten a reproducción asistida” (p.198).

¹³ Según Gelpi et al. (2024) el término transignorancia refiere a “discursos y prácticas que no tienen la intencionalidad de causar daño, que no se sustentan necesariamente en elementos de transfobia/transodio, pero sí en un profundo desconocimiento de causa” (p.98).

¹⁴ Tomando los aportes de Barone (2020), “se utiliza aquí el término “transodio” como una forma de destacar la dimensión estructural y estructurante del sistema cisheteronormativo que dirige el odio hacia lo que transborda de éste” (p.62).

¹⁵ “Endo-cis-heterosexualidad como un patrón, con respaldo biomédico y jurídico, que impone corporalidades (endo), identidades de género (cis) y orientaciones sexuales (hetero) de forma compulsoria. Esta noción dialoga con la tríada “sexo-género-deseo” propuesta por Judith Butler en su libro “*Problemas de Género*”, por ejemplo, afirma de manera compulsoria que si una persona tiene vulva, entonces será mujer y deberá gustar de hombres” (Mujica y Medeiros, 2024, p.10).

Según el estudio de Thomas et al. (2021), en el que se realizó una revisión de alcance, utilizando un diseño sistemático para la búsqueda y selección de datos, y un análisis temático inductivo para el análisis y la síntesis de los datos, con el objetivo de analizar experiencias de embarazo de personas transgénero y de género expansivo desde una perspectiva crítica de la partería (PC)¹⁶, se reportan casos de personas trans* víctimas de transfobia abierta y encubierta, tales como la negativa del personal de los centros a llamarlos por sus nombres sociales o a utilizar los pronombres correctos, emitir comentarios transfóbicos, cuestionando las identidades trans* e incluso respaldando explícitamente las normas de género binarias.

Estos autores destacan que, a pesar de haberse reportado experiencias positivas y narrativas que muestran resiliencia y valentía en los participantes, otras dejan en evidencia injusticias reproductivas sistemáticas y profundamente arraigadas, lo que demuestra que muchos de los centros de atención neonatal son espacios que producen y reproducen el cisnormativismo, la transignorancia y el transodio. Estas ideologías y prácticas entienden que los cuerpos embarazados sólo pueden ser de mujeres y al embarazo como una experiencia exclusivamente femenina cisgénero, lo cual invisibiliza y borra la realidad de los hombres trans* que gestan.

Mujica y Medeiros (2024) proponen que los sistemas de salud hegemónicos están matizados por la “endo-cis-heteronorma” que diseña protocolos, guías, historias clínicas y otras herramientas de cuidado a partir de “un lenguaje y unas expectativas de un cuerpo heterosexual, cisgénero, preferiblemente delgado, sin discapacidad y blanco” (p.13).

Barone (2020) señala que existe una dificultad inicial para los hombres trans* que solicitan un diagnóstico prenatal ya desde la hora de registrarse a través de un formulario electrónico configurado de manera binaria que permite documentar la gestación sólo a mujeres, operando sistemáticamente la lógica excluyente para los hombres trans* gestantes.

¹⁶ “Fundamentada en la teoría de la justicia reproductiva, la PC proporciona un marco teórico, metodológico y moral para analizar los problemas de equidad sistémicos e institucionales en la atención reproductiva desde una perspectiva crítica e interseccional” (Thomas et al. 2021, p.2).

Dentro del área de la salud sexual y (no)¹⁷ reproductiva, según Mujica y Medeiros (2024), las violencias institucionales¹⁸ lesbofóbicas y transfóbicas son frecuentes. Dichos autores ejemplifican mencionando algunas de las formas que puede tomar la violencia institucional transfóbica. Entre estas hacen referencia a la falta de respeto hacia el nombre social y al no uso de los pronombres elegidos por la persona. Respecto a esto, Gelpi et al. (2024) constataron, durante entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres travestis/trans* en Uruguay, la existencia de un foco común de malestar asociado al uso del nombre social. Observando que, este malestar generado por la posibilidad de ser llamada por el nombre asignado al nacer, produce el alejamiento de los espacios de salud. A su vez, Pereira et al. (2024), en el estudio que realizaron con el objetivo de comprender los significados y vivencias del embarazo en hombres trans* a la luz de la Teoría de las Representaciones Sociales, a partir de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, en Brasil, con 7 hombres trans* seleccionados por conveniencia y disponibilidad a quienes se les realizaron entrevistas con un guión semiestructurado, a través de la plataforma Google Meet, describen una situación de violencia transfóbica atravesada por uno de los participantes, en la cual se le insiste a la persona usuaria en la solicitud de su nombre del registro civil para completar determinados formularios durante la consulta. Esto no sólo no garantiza el respeto por el nombre social de la persona, sino que también compromete la adhesión del gestante al servicio.

Mujica y Medeiros (2024), afirman que estas violencias, en las que se vulnera el derecho a la identidad de la persona:

Son estructurales en la medida en que el propio sistema de *software* y registros electrónicos no incluyen el uso del nombre social; no incluyen el lenguaje/pronombres neutros; y deslegitiman la identidad de género, principalmente de personas no binarias. El NIS, sistema electrónico del Sistema Único de Salud (SUS), sigue sin aceptar el campo sexo/género como no binario (p.17).

Con respecto a esto, Gelpi et al. (2024) sugieren que

¹⁷ “Se utiliza (el no) para demarcar que la vida reproductiva libre y justa implica, incluso, en la autonomía de no reproducir, tanto por la elección de no tener hijos, como por otras posibilidades de parentalidad, como la adopción. Justicia (no) reproductiva se refiere a demandas de prevención, acceso a información y estrategias que eviten el embarazo no deseado, y también al acceso al aborto seguro, libre y gratuito” (Mujica y Medeiros, p.10).

¹⁸ “Las violencias institucionales están marcadas por la negativa en la atención o por una atención diferenciada debido al prejuicio o discriminación por cuestiones étnico-raciales, de género, religión, territorialidad, corporalidad, entre otras, que pueden estar interrelacionadas o no” (Mujica y Medeiros, p.15).

reflexionar sobre la importancia del reconocimiento y nombramiento de una persona travesti/trans* por su nombre social es fundamental. Se producen movilizaciones internas cuando se pregunta por el nombre o el pronombre, o cuando es asumido el género sin preguntar nada, dando lugar a un acto de malgenerización¹⁹ (p.136).

La atención ginecológica y obstétrica está aún hoy determinada por una visión heterocisnormativa. Al presuponer la identidad de género (cis) y la orientación sexual (hetero) de la persona usuaria, quedan invisibilizadas una amplia diversidad de personas que no encajan en los parámetros definidos por la norma hegemónica, como pueden ser las personas intersexuales con vulva, las personas que se identifican como hombres trans*, transmasculinas, no binarias, así como también las mujeres cis que se relacionan con otras mujeres, sean estas cis o trans* (Mujica y Medeiros, 2024). En cuanto a la heterocisnormatividad:

Es importante mencionar que en la sociedad existe la creencia de que todas las personas son o deben ser heterosexuales, es decir, atraídas por personas del sexo opuesto, o de que la heterosexualidad es la única orientación sexual válida desde una perspectiva moral, ética o cultural. A esta cosmovisión se le conoce como heteronormatividad y ha generado que por mucho tiempo, orientaciones sexuales distintas a la heterosexual hayan sido invisibilizadas o vistas como anormales (UNODC; COPRED; UNAM; Yaaj México, 2019, p.9).

Esta imposición del estándar endo-cis-heteronormativo, blanco, colonial y delgado, aparece como otra de las formas de violencia institucional transfóbica mencionadas por Mujica y Medeiros (2024), junto a la exotificación a través de preguntas y comentarios inapropiados que generan incomodidad. Radi (2020) también plantea al imaginario normativo sobre las capacidades y deseos reproductivos de las personas trans*, del embarazo y del “ser mujer”, como uno de los factores que dificultan la posibilidad de un abordaje satisfactorio de la salud y los derechos reproductivos de las personas trans*.

Otro de los modos de violencia institucional transfóbica, que es descrito por varios autores, tiene que ver con el uso de ciertos términos por parte de profesionales. Mujica y Medeiros (2024) lo ejemplifican con el hecho de “llamar a la persona gestante y puerperal “madre”, incluso cuando señala su deseo de ser llamado de otra manera” (p.16). Apollo Antares (2023) también en Brasil reflexiona en relación al uso de algunos términos, planteando que:

¹⁹ Según Gonzalo Gelpi, en una nota publicada en La Diaria el 17 de Mayo del 2023 “existe un término específico para describir la acción de referirnos a una persona con pronombres, nombres o expresiones que no se ajustan a su identidad de género: es lo que se conoce como “malgenerización” –o *misgendering*, en inglés–, y una de sus formas más habituales se cristaliza cuando asumimos cuál es el género de una persona simplemente por su apariencia”.

El cuestionamiento está más allá de usar un lenguaje inclusivo para personas trans, sino también en pensar un lenguaje que identifique, científicamente, una determinada situación/contexto/práctica a la cual el profesional desea referirse. Es común el uso de términos como “leche materna”, cuando la persona quiere referirse a Leche Humana, o el uso del término “madre” para referirse a la persona gestante o parturienta. Son contradicciones de términos no solo relacionados con las personas trans... (p.109).

Según el artículo de Besse et al. (2020), muchos hombres trans* embarazados, para evitar ser víctimas de transfobia y discriminación dentro de los entornos hospitalarios, buscan entornos alternativos para el parto, como los partos en casa que ayudan a disminuir las preocupaciones de un parto sobremedicalizado y sobreintervenido (como el exceso de revisiones cervicales durante el trabajo de parto), permitiendo más control en el proceso de parto a la persona que pare.

Si bien muchas de las violencias institucionales son ejercidas por los profesionales de la salud, también los espacios obstétricos y ginecológicos de los servicios pueden ser excluyentes y generar incomodidad en la persona usuaria. Estos espacios suelen estar pensados para atender a mujeres cisgénero, lo cual se puede ver reflejado en su literatura, folletos, decoración y baños. Muchas veces dichos espacios se llaman “consultorios para mujeres”. Ligado a esto, Besse et al. (2020) ponen sobre la mesa el “*othering*”²⁰ como uno de los problemas principales que forma parte de la experiencia trans*:

Esto se refiere a hacer que una persona sienta que su experiencia es única e intrínsecamente diferente a la de los demás, y a menudo implica que esta diferencia la hace inferior. El “*othering*” de las experiencias de embarazo de los hombres transgénero puede manifestarse de diversas maneras en el entorno de atención médica (p. 523).

Los autores mencionados, no sólo relacionan el *othering* con el diseño transexcluyente de los espacios obstétricos y ginecológicos, sino también con la inexperiencia o ignorancia de los profesionales de la salud. Muchos de estos profesionales transmiten a las personas usuarias su falta de experiencia previa con personas transmasculinas embarazadas. Esto puede generar cierta incomodidad en la persona usuaria, que ante la inexperiencia del profesional puede sentir preocupación por la calidad de la atención que recibirá, o puede sentirse no bienvenida. En relación a esto, en el estudio realizado por Hoffkling et al. (2017), en Estados Unidos, en el que se realizó una encuesta transversal en línea a 10

²⁰ Según los autores el término tiene que ver con definirse en función de otro al que se estigmatiza (Besse et al. 2020).

participantes quienes dieron a luz identificándose como hombres trans*, al contrario de lo que experimenta la mayoría, hubo un participante del estudio que reportó una experiencia positiva con el proveedor, quien al conocerlo le informó que no era el primer varón trans* embarazado que atendía. Según los autores, esta simple intervención, normaliza su experiencia y al mismo tiempo les asegura recibir una atención competente.

Violencia Obstétrica

Según Vartabedian et al. (2024), a partir de un estudio exploratorio realizado en Madrid (España), en el que se entrevistó a 19 personas trans*, entre agosto de 2020 y febrero de 2021, sobre las percepciones que tenían acerca de su salud reproductiva en relación con el sistema sanitario de Madrid, realizan una revisión teórica y conceptual en torno a las experiencias de los hombres trans* gestantes “desde una perspectiva crítica tanto con el binarismo de género, la cisnormatividad y la patologización de las identidades trans*, como con el modelo biomédico y su forma de regular y controlar los cuerpos con capacidad de reproducirse” (p.49). En este *paper* definen a la violencia obstétrica²¹ como “un tipo de violencia machista e institucional que se ejerce por parte de algunos profesionales sanitarios en forma de abuso verbal, maltrato físico, exceso de intervencionismo no justificado clínicamente, apropiación del cuerpo de las mujeres (y hombres trans*) y otras formas de violencia, como consecuencia de una cultura biomédica de atención al parto” (p. 57).

En esta línea, Thomas et al. (2021) proponen que la discriminación hacia las personas trans* durante el embarazo debe entenderse como violencia obstétrica. Para Mujica y Medeiros (2024), “la violencia obstétrica se expresa desde la negligencia en la asistencia, discriminación social, violencia verbal, psicológica, física (incluyendo la no utilización de medicación analgésica cuando indicada), hasta el abuso sexual” (p.19). Y agregan que este tipo de violencia se acentúa cuando se trata de personas negras o disidentes de género. Según los autores, entre las violencias obstétricas más representadas, se destacan: “cesárea sin indicación médica, no utilización de anestesia local, negativa al derecho a la acompañante, episiotomía (corte realizado para ampliar el canal de parto) y maniobra de *Kristeller* (cuando se empuja el vientre para “facilitar” el nacimiento)” (p.19).

En línea con esto, Vartabedian et al. (2024), concluyen que las experiencias de las personas trans* que se enfrentan a este tipo de violencia son agrabadas por la discriminación y

²¹ Farías (2014), en Uruguay, en su Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Social, define la Violencia Obstétrica como “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (p.14).

exclusión de la sociedad cisheteronormativa, por lo que proponen analizar cómo opera la interseccionalidad en estos casos. Entre los ejemplos de violencia obstétrica que proponen las autoras se encuentran las “barreras y dificultades en relación con el acceso y derecho de las personas trans a las TRHA (técnicas de reproducción humana asistida) o al (mal)trato que viven en las consultas ginecológicas y que, en consecuencia, pueden conllevar el desistimiento de sus planes de reproducción” (p.59).

En palabras de Rodó (2019):

La violencia obstétrica seguramente empieza, en nuestros tiempos, con la TRA y su tratamiento irrespetuoso, con poca información, paternalista, sobremedicalizado y desprovisto de perspectiva de género. Estas violencias además no afectan sólo a las lesbianas, sino que es violencia contra los cuerpos de todas las mujeres y hombres trans* que se someten a reproducción asistida (p.198).

Según Thomas et al. (2021) los discursos médicos dentro de los centros de atención neonatales intentan mantener la estructura cisnormativa ignorando, silenciando, denunciando y deslegitimando las realidades de los hombres trans* embarazados. El problema que los autores encuentran en desafiar estos discurso y a los profesionales que trabajan dentro de estos centros es que pueden generar violencias hacia los hombres trans* que buscan atención en ellos. Al respecto Greenfield y Darwin (2020), a partir de su artículo de revisión exploratoria sobre el parto traumático y la salud mental perinatal en personas trans* y no binarias, para identificar evidencia de investigación científica, cuya elegibilidad no estuvo restringida por tipo de estudio, país ni fecha y en la que todos los estudios hallados pertenecen al hemisferio norte y cuyos participantes eran en su mayoría blancos, afirman que la invisibilización de esta población hace que “la persona no se sienta lo suficientemente hombre, lo suficientemente trans, lo suficientemente embarazada ni lo suficientemente segura” (p.10). En relación a esto, algunos participantes del estudio de Besse et al. (2020) informaron haber sido cuestionados sobre su género, argumentando que no podían ser trans* si estaban pariendo.

El estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado con 7 hombres trans* seleccionados por conveniencia y disponibilidad, a quienes se les realizó entrevistas semiestructuradas, con el objetivo de comprender los significados y vivencias del embarazo entre hombres trans* en Brasil, a la luz de la Teoría de las Representaciones Sociales, realizado por Pereira et al. (2024), demuestra que las representaciones sociales de los hombres trans* sobre el embarazo, están relacionadas con el miedo al proceso del parto y los cuidados que el personal de salud puedan brindarles, desde la idea socialmente

difundida que sostiene que los hombres trans* no son biológicamente capaces de tener un parto normal. Según los autores:

Este hecho puede relacionarse con la ocurrencia de violencia obstétrica y transfóbica en instituciones marcadas por especificidades de género, como las "maternidades", además de la exposición de estos cuerpos "abyectos" que no son reconocidos como posibles de "gestar" por parte de los profesionales de la salud durante el parto (p.7).

Esta idea se encuentra bien ilustrada en las palabras de Arantes (2023) quien narra:

Pensar en la atención de salud siendo una persona trans gestante era aterrador. En menos de una semana, ocurrió un sangrado y, honestamente, me parecía peor tener que acceder a un espacio de salud que quedarme en casa esperando que todo saliera bien. Es violento necesitar atención médica y, antes que nada, tener que explicar lo que es ser una persona trans, estar gestante, informar los pronombres a cada error...(p.108).

El autor de esta autoetnografía brasilera relata un acontecimiento en el que fue víctima de una negligencia médica, cuando se le recetó progesterona intravaginal (contraindicada en personas que han utilizado testosterona) y explica la necesidad de encontrar personal médico capaz de comprender los procesos trans* al considerar la gestación masculina. Denuncia que la obstetricia trata a la gestación de hombres trans* con un enfoque poco científico, medicalizando sin evidencia concreta de eficacia y necesidad, desde un desconocimiento técnico-científico caracterizado por estigmas y prejuicios arraigados.

Para el estudio de Falck et al. (2024) se realizaron doce entrevistas en profundidad no estructuradas y retrospectivas a personas que se identificaban con lo masculino dentro del espectro de género, incluyendo una amplia gama de participantes con identidades, edades, etnias, estado civil, condiciones de salud mental y funcionalidad diversas que viven en diferentes partes de Suecia. Muchos participantes prefirieron tener un parto vaginal motivados por la falta de confianza en los profesionales de la salud y el miedo a ceder el control al ser anestesiados. De hecho dos participantes se negaron a la cesárea para evitar la cicatriz, la cual podría asociarse a lo femenino y a ser marcados como mujeres.

En cuanto a la elección de una cesárea, Pereira et al. (2022) mencionan que la idea de un parto vaginal (en los que necesariamente se exponen los genitales durante largo rato) resulta perturbadora para algunos pacientes. Según los autores, este rechazo podría relacionarse a violencias vividas anteriormente en entornos institucionales transfóbicos.

También durante los procesos de aborto se puede sufrir violencias obstétricas, Mujica y Medeiros (2024) comentan que éstas “se complejizan e intensifican debido a los tabúes y estigmas sociales, que asignan valores negativos e inmorales al aborto, incluso en los casos previstos por la ley, y fomentan la violencia sociocultural e institucional como castigo” (p.20) y agregan que la imagen rígida de quienes pueden abortar genera otros tipos de violencia hacia los hombres trans*. Esta reducción de los cuerpos transmascuinos, invalidan las demandas reproductivas y no-reproductivas, ejerciendo otro tipo de violencia obstétrica en esta población.

Buenas Prácticas promotoras de Accesibilidad

Aportes que introducen propuestas pasibles de generar experiencias positivas en las personas que consultan, se leen en los resultados que arroja el estudio de Shui-yin y Fixmer- Oraiz (2023) en el que se menciona que, con el objetivo de promover una atención inclusiva, parteras y doulas entrevistadas comenzaron a generar redes con centros de formación en servicios de obstetricia y doulas, que interrumpen el discurso esencialista de género. Cuatro de las doulas entrevistadas son educadoras en centros de formación de personas que atienden o acompañan partos, todas ellas desarrollaron planes de estudio que animan a estudiantes a considerar la política del trabajo de parto y la reproducción de manera interseccional. Con esto, además de promover una atención inclusiva del parto, se habilita la participación de estudiantes de la diversidad en estos centros que, de otro modo, podrían sentirse alienados por las perspectivas cisheteronormativas de sus programas académicos.

Thomas et al. (2021) agregan un grado de problematización al tema que proponen las doulas, al plantear que aunque varios autores destacan que “la falta de conocimiento de las parteras debe ser complementada mediante formación a nivel de los profesionales o de las organizaciones” (p.10), para ellos:

Se necesitan enfoques más estructurales y transformadores que reconsideren la base ontológica y epistemológica del conocimiento de la partería sobre la masculinidad y feminidad” (p.11). También introducen un punto de vista distinto al argumentar que, “ofrecer formación especializada sobre salud TGGE (personas transgénero y de género expansivo), podría patologizar aún más las experiencias TGGE al posicionar a las personas TGGE como distintas de los pacientes "regulares" (es decir, pacientes heterosexuales y cisgénero), y por lo tanto como desviadas (p.11).

Besse et al. (2020) sugieren a los prestadores de salud que brinden atención prenatal a hombres trans* a partir de un abordaje afirmativo de género, como una manera de mejorar

su atención en salud y la accesibilidad de los usuarios. Entre estas sugerencias se incluye: implementar baños inclusivos, habilitar opciones no binarias ni cisnormativas en los formularios y documentos administrativos de los centros, implementar un lenguaje inclusivo con quien así lo prefiera, preguntando por el nombre y pronombres de su preferencia así como los términos para referirse a sus partes corporales y normalizar el embarazo en hombres trans* para no hacerlos sentir “especímenes raros” ni la incomodidad de ser el primer contacto que tenga un profesional con esta situación (lo que genera desconfianza e inseguridad en los usuarios).

También Sanchez et al. (2023) mencionan que el uso de los pronombres personales emergió como un asunto sensible, que debe ser considerado por quienes prestan atención en salud. Independientemente de lo que diga en el documento de identidad, las personas encuentran respetuoso que se les llame por el nombre social con el que se identifican y que se les reconozca como él, independientemente de su apariencia física o su capacidad activa para gestar.

Como contracara a estas violencias en las que las identidades se ven ignoradas al nombrar a las personas que consultan por sus nombres asignados al nacer, Shui-yin y Fixmer-Oraiz (2023) proponen algunas alternativas que surgen de las entrevistas realizadas a las doulas en su estudio. Algunas de estas doulas que acompañan principalmente personas LGBT+ utilizan el lenguaje neutro tanto en los formularios y documentos administrativos como en el diálogo con las personas acompañadas y sus familiares. También acostumbran preguntar sobre identidad de género, pronombres de uso y nombre elegido. Además, atentas a los términos que usan sus clientes para referirse a las partes de sus cuerpos, se referían a ellos de la misma manera, por ejemplo, prefiriendo el término “*chestfeeding*” (alimentación de pecho) en vez de “lactancia materna” o “parto pélvico” en vez de “parto vaginal”. Estas decisiones ayudaron a disminuir la disforia de las personas gestantes.

Pereira et al. (2024) también refieren que en su estudio, a pesar de los relatos que denuncian experiencias de VO en cuanto al irrespeto por los nombres y pronombres de preferencia, la deslegitimación de la gestación trans* basada en estereotipos cisnormativos por parte de los profesionales de la salud, el hecho de que las unidades de salud perinatal, públicas o privadas, estén destinadas únicamente a mujeres cis embarazadas o exista una imposibilidad de firmar documentos que les permitan figurar como “padres”, también se informaron experiencias positivas durante la atención a la salud, caracterizadas por encuentros clínicos que proporcionaron privacidad, naturalización del embarazo trans*, reconocimiento de su paternidad y ausencia de actitudes prejuiciosas.

En relación a la VO, en el estudio realizado por Shui-yin y Fixmer-Oraiz (2023), se pueden apreciar aportes y estrategias que apuntan a mitigar este tipo de violencia. Las autoras relatan cómo una de las doulas entrevistadas, con el objetivo de defender a las personas que acompaña, como una forma sutil de defensa de sus derechos, incluye en las historias clínicas, además de la información requerida, notas sobre la persona, sobre su vida, sobre cómo se siente emocionalmente y sobre su proceso de gestación. Esta doula siente que de esta manera les humaniza y permite a las obstetras no centrarse únicamente en la anatomía de sus pacientes. De esta manera promueve una atención más integral que no reduce a las personas a sus partes del cuerpo.

Aspectos psicológicos de los procesos de gestación y lactancia

A partir de encuestas transversales realizadas a 10 hombres trans* que gestaron, en el marco de la investigación de Hoffkling et al. (2017), en Estados Unidos, los autores afirman que, el principal hallazgo de la misma revela una gran diversidad “en las experiencias, circunstancias y grados de empoderamiento de los hombres trans* que gestaron y dieron a luz” (p.19).

Según Pereira et al. (2022):

La interrupción del uso de la testosterona contribuye, muchas veces, a la aparición de angustia, pérdida de masa muscular, falta de energía, cambios intensos de humor, aumento de peso, crecimiento y sensibilidad en los senos, náuseas, estrés, ansiedad e incluso depresión como resultado de los cambios en el cuerpo derivados del proceso de embarazo, lo que trae consigo impactos psicológicos y emocionales significativos (p.7).

Justamente, un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio realizado en Brasil por Pereira et al. (2024) en el que, a partir de siete entrevistas semidirigidas a hombres trans* que hubieran gestado o estuvieran gestando al momento de realizar las mismas, con el objetivo de comprender los significados y vivencias de sus embarazos, arrojó un corpus de análisis compuesto por siete textos (uno por cada participante) que se unificó para generar un corpus total. A partir del análisis textual lexicográfico de las entrevistas (realizado con el método Reinert e instrumentado por IRAMUTEQ, versión 7.0) se halló que un 10,95% del Segmento del Texto (ST) del corpus total, refiere a modificaciones corporales, emocionales y estrategias de ocultación del embarazo, consecuencia de la gestación y a cómo influyen estos cambios en la vida de estas personas. Los participantes relatan que uno de los

mayores inconvenientes de estar embarazados se relaciona con el aumento del tamaño del pecho, agravado por la contraindicación del uso de *binder*²² o cinta micropore durante los últimos meses de embarazo. El estudio también constata un aumento del deseo de realizarse una cirugía de mastectomía después del embarazo. Relacionado con este tema, se reportaron casos de hinchazón y dolor en la cicatriz quirúrgica de la masculinización del tórax, incomodidad con la voz, no reconocerse a sí mismos en el espejo y el no sentirse deseados sexualmente por sus parejas. Otro de los datos novedosos arrojados de este campo es la implementación del uso de chaquetas y ropa holgada como estrategia de ocultamiento de “barrigón de embarazo”.

Por otro lado, los participantes que intervinieron en el estudio de Falck et al. (2024), en Suecia, “atribuyeron sus problemas de salud mental al estrés asociado con romper las normas de género y al cuestionamiento de su identidad de género y su derecho a ser padres por parte de otros” (p.1992). A pesar de que este estudio no investigó específicamente sobre problemas de salud mental, diez (de los doce) participantes informaron espontáneamente haber sentido ansiedad y síntomas de depresión, cambios de humor y recaídas de problemas de salud mental previos, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) durante el embarazo. Siete participantes mencionaron haber sido diagnosticados o tratados por depresión leve a severa durante el embarazo o poco después del parto. Dos participantes describieron síntomas psicóticos en el postparto y tres individuos experimentaron ideación suicida, pero sin reportes de intentos de autoeliminación.

En cuanto al **aumento de ansiedad y síntomas de depresión**, Pereira et al. (2024) afirman que, al igual que lo reportado en estudios anteriores en mujeres cis embarazadas por primera vez, en quienes se “evidencia una ambivalencia de sentimientos propios del embarazo, en los que la ansiedad ante lo nuevo está presente” (p.7), estos mismos relatos aparecen en el estudio realizado por ellos sobre hombres trans* primerizos. Asimismo, Falck et al. (2024) proponen que “dado que el tratamiento con testosterona en individuos de género diverso se asocia con un menor riesgo de síntomas depresivos, es posible que la interrupción de dicho tratamiento aumente el riesgo de depresión en individuos gestantes de género diverso” (p.1996).

²² “La práctica de **"binding"** o **compresión del pecho** consiste en comprimir el tejido mamario para lograr una apariencia más plana como una forma de expresión de género. Esto se logra comúnmente mediante el uso de una prenda especializada llamada **binder**, que se parece a una camiseta ajustada, la cual puede cubrir todo el torso o ser recortada por encima del estómago” (Goldber y Beemyn, 2021, p.76).

Otro factor que puede desencadenar incomodidad y angustia profunda es, según Pereira et al. (2022), la lactancia postparto. En sus palabras:

La lactancia, durante el periodo puerperal para aquellos que tienen mamas, se vuelve profundamente angustiante y, combinado con el sentimiento de aislamiento postparto, muchos participantes mencionaron específicamente haber experimentado depresión postparto. Sin embargo, también existe la convicción de que la lactancia es un acto político y positivo para el binomio padre-bebé (p.7).

Con respecto a la lactancia y la ansiedad, Yang et al. (2023), quienes llevaron a cabo un estudio transversal en China a partir de una muestra representativa de 647 padres trans* y de género diverso, utilizando cuestionarios validados para investigar las prácticas de lactancia de pecho o "*chestfeeding*" y sus factores asociados, incluyendo factores físicos, psicológicos y socioambientales, encontraron que

Los factores asociados con la disforia de género podrían afectar la capacidad de una persona para dar de mamar, o su percepción de la leche humana al elegir el método de alimentación, lo que probablemente también cause prácticas de lactancia deficientes (p.10).

Los autores afirman que las prácticas de lactancia pueden ser afectadas tanto por causas fisiológicas como por factores psicológicos. En cuanto a los factores asociados a la disforia, aclaran que entre ellos se encuentran "insatisfacción con la imagen corporal, ansiedad, depresión, el uso de medicamentos psicotrópicos y trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, entre otros" (p10).

Sobre **disforia de género**, la investigación realizada en Suecia por Falck et al. (2024) destaca la manera en que los participantes del estudio navegan por el proceso de la gestación mientras intentan mantener la congruencia con su género sentido. "El estudio pone de manifiesto los desafíos que enfrentan, especialmente en cuanto a la disforia de género y las preocupaciones sobre la salud mental, que a menudo se ven exacerbadas por las percepciones sociales y los cambios físicos" (p.1981).

Estos autores afirman que, aunque "el embarazo podría reconciliarse con una identidad de género masculina en algunos hombres transgénero, otros experimentaron un aumento de la disforia de género agravada por la interrupción de testosterona, el agrandamiento de los senos y el trato prejuicioso" (p.1983). Los autores relatan los cambios corporales que afectaron a los participantes del estudio y sus efectos. Según éstos, los participantes percibieron cierta feminización de sus cuerpos, sin embargo la barriga, al estar asociada

con el bebé, no fue un factor que aumentara significativamente la disforia e incluso podía pasar por una barriga masculina, por ejemplo, como consecuencia del consumo de cerveza. El aumento de los senos sí fue reportado como un fuerte desencadenante de disforia, incomodidad que aumentó al no poder usar un *binder* al finalizar el embarazo.

De acuerdo al estudio de Castro Peraza et al. (2019), en aquellas personas que se realizaron el procedimiento de masculinización del tórax antes de la gestación, la disforia es menos probable debido al desarrollo reducido del tejido mamario y agregan que, para reducir la disforia, el equipo de salud debe considerar la labilidad emocional como un factor importante. La ambivalencia emocional es el síntoma más característico de este estado de disforia y está relacionado con los cambios hormonales. Muchos de estos hombres trans* expresaban sus ganas de llorar todo el tiempo.

Falck et al. (2024) hallaron que “la testosterona y la cirugía de pecho hicieron que el embarazo y el parto vaginal fueran más fáciles de imaginar y manejar, ya que aumentaron la congruencia de género durante el embarazo” (p.1994). En cuanto al aumento de la disforia a medida que avanzaba el embarazo, el estudio reveló que “el aumento de los senos fue un desencadenante particularmente fuerte de la disforia...lo que puede explicarse por la fuerte asociación entre los senos y la feminidad” (p.1994). Aunque los participantes que se habían sometido a cirugía de masculinización de pecho tuvieron menor crecimiento de los mismos, al no haber estado preparados para esto, también sufrieron de disforia en mayor o menor medida (Yang et al. 2023).

De las entrevistas realizadas en el trabajo de MacDonald et al. (2016), para el que se reclutaron 16 participantes, sin restricciones geográficas para la inclusión, pero que necesariamente hablaran inglés (pues las entrevistas fueron realizadas en ese idioma), que se identificaron como hombres trans* que hubieran gestado o lo estuvieran haciendo al momento del estudio, a quienes se les realizó entrevistas semiestructuradas, surge la necesidad de diferenciar entre “la disforia de género basada en los sentimientos del individuo sobre su cuerpo y la disforia de género provocada por interacciones sociales” (p.14), en cuanto a la segunda, los autores proponen que el ser malgenerizados es un factor que puede causar disforia. Para ejemplificar esto, traen el testimonio de un participante del estudio quien explica, “la identidad de género es una "calle de doble sentido" que implica declarar el propio género a los demás, pero también hacer que los demás reflejen el género percibido por el individuo, incluidos los proveedores de atención médica” (p.14).

En cuanto al proceso de lactancia post parto, el estudio realizado en Suecia por Falck et al. (2024) revela que “dos participantes se sorprendieron al ver que la lactancia no provocó

disforia en los senos, o solo una disforia muy leve. Otros tuvieron que distanciarse de su cuerpo y de su bebé para poder amamantar, lo que generó preocupaciones sobre el apego del niño” (p.1991).

En cuanto a la lactancia y la disforia de género, Pereira et al. (2022) informan que, es frecuente que los hombres trans* describan pensamientos y sentimientos sobre someterse a una cirugía de masculinización del tórax después del destete. Algunos participantes mencionaron que nunca experimentaron disforia de género durante la lactancia, pero sí experimentaron disforia de género intensa después del destete. En el estudio incluido en la revisión de Pereira et al. (2022), citado en el párrafo anterior, titulado *Experiencias de personas transmasculinas con la lactancia, la alimentación con el pecho y la identidad de género: un estudio cualitativo* (MacDonald et al. 2016) los autores describen cómo, en algunos hombres trans* la lactancia puede producir disforia de género en contraste con otros quienes describieron la experiencia como satisfactoria por considerarla beneficiosa para la salud del recién nacido, el vínculo, el apego y la crianza de la criatura.

En cuanto a la decisión de amamantar o no, de Castro Peraza et al. (2019) afirman que varios testimonios de hombres trans* que han dado a luz y han criado a sus hijos sin amamantar refieren no haber sentido tristeza o sentimientos de separación con el bebé a consecuencia de su decisión, y agregan que alimentar con biberón, les permitió distribuir más equitativamente las tareas “habilitando ecuánimemente a los integrantes de la pareja en la crianza del bebé y acordar tener una relación que desafía los roles heteronormativos” (de Castro Peraza et al. 2019, p.7).

El testimonio de Erik, participante de la *Investigación sociológica sobre las personas transexuales y sus experiencias familiares*, publicado por Platero y Ortega en el año 2017 en España, en el que se realizó un estudio cualitativo a partir de “entrevistar en profundidad a veinte informantes, de los cuales trece son personas trans*, cinco son hijos e hijas de personas trans* y dos son parejas de las personas trans*” (p.64), ilustra claramente esta situación. Erik es un hombre trans* que vive en Barcelona y refiere haber quedado embarazado de un hombre cis con quien estaba en pareja y “buscado la forma de tener un equilibrio, que llaman “equilibrio real” de los cuidados, cuestionando que lo “normal” sea que una persona realice muchas más labores que la otra” (Platero y Ortega, 2017, p.145). En palabras de su protagonista:

Hay cosas también positivas. Siempre nos hemos organizado de una forma en la que los dos hemos estado con Zoe en su crianza, desde el principio. También con más facilidad por el hecho de darle biberones. Nos turnábamos las noches, yo hacía

una noche que me despertaba para darle el biberón, cambiarle el pañal...La noche siguiente la hacía él...Y como siempre tuvimos una organización para que hubiese un equilibrio en los cuidados, pero un equilibrio real... (p.145).

Otro tema que surge de los estudios es el relacionado a lo definido como **estrés de minorías**. Un hallazgo del estudio realizado por Falck et al. (2024) podría estar relacionado con los problemas de salud mental descritos anteriormente. Los autores informan que, los participantes asociaron sus condiciones de salud mental, como la depresión perinatal y la ansiedad, con el estrés derivado de romper las normas de género, anticipando y experimentando el estigma en la vida diaria, incluidas las interacciones en el ámbito de la salud. Este hallazgo respalda el modelo de estrés por minoría, que sostiene que el estigma actúa como un factor estresante que genera morbilidad y mortalidad en las poblaciones marginadas (Meyer, 1995; Nadal et al. 2014) y eleva el riesgo de depresión y ansiedad entre las personas trans* (White Hughto et al. 2015).

En relación a este tema, Besse et al. (2020) proponen que los miedos asociados a las experiencias de gestar y parir pueden verse “reforzados por ansiedades más específicas relacionadas con el estrés de ser una minoría de género y la manera en que la discriminación sistémica se manifiesta en los entornos de atención médica” (p.524) y agregan que, aunque también las mujeres cisgénero sufren estos miedos, estos “parecen estar más acentuados en los hombres transgénero embarazados” (p.524). Yang et al. (2023) también hacen referencia a los efectos en las lactancias a partir de las violencias sufridas por los hombres trans* y personas de género diverso, a la hora de alimentar a sus hijos. Ellos comentan que:

Además de los factores individuales, los factores sociales y ambientales también se investigaron y mostraron un papel crucial en las prácticas de BCFP (prácticas de alimentación de pecho). Las personas TGD (transgénero o de género diverso) tienen más probabilidades de estar expuestas a esta violencia. Nuestro estudio encontró que existía una relación entre la violencia y la menor probabilidad de lactancia exclusiva (p.10).

Estrategias de afrontamiento

Los estudios citados introducen distintas estrategias de afrontamiento que adoptan los varones trans* al momento de transitar el embarazo, una de las cuales refiere a cierta actitud de **dejarse de lado**, desapegándose de su cuerpo y entendiendo a éste como un medio para un fin. Según el análisis cualitativo realizado por Falck et al. (2024) que explora las experiencias subjetivas del embarazo, parto y lactancia en doce hombres trans* o

personas no binarias con capacidad de gestar, en Suecia, a partir de realizar a cada participante una entrevista no estructurada y retrospectiva en profundidad, cara a cara, las que duraron en promedio 83 minutos (entre 55 y 112), “para hacer frente a los cambios corporales, los participantes se recordaron a sí mismos que el embarazo era solo temporal y un medio para un fin” (p.1989), algo que debían tolerar a pesar de contradecir lo hegemónicamente asociado a su identidad de género. También Hoffkling et al. (2017) informan que algunos participantes de su estudio eligieron gestar como una forma “tolerable” de convertirse en padres, mientras otros lo deseaban con entusiasmo. En relación con los esfuerzos por aceptar el embarazo, el estudio de Pereira et al. (2024), halló que se trata de “un proceso individual y subjetivo de empoderamiento al “dejarse a un lado”, optando por la continuidad del proceso gestacional a partir del reconocimiento de este fenómeno como una potencialidad de su cuerpo” (p.6). Este mismo estudio revela que “algunos relatos refuerzan que el embarazo estuvo marcado por una profunda sensación de “no reconocerse” y “falta de conexión con un feto en desarrollo”” (p.7).

Relacionado con esta estrategia de afrontamiento, las descritas por los participantes del estudio de Falck et al. (2024), consistieron en realizar esfuerzos por “olvidar su cuerpo y, por consiguiente, también a su bebé, evitando mirarse a sí mismos o estableciendo un bloqueo mental hacia las sensaciones físicas que les recordaban a su hijo” (p.1990), estrategia que, según los autores “dificultó la conexión con el bebé, generando preocupaciones sobre el apego futuro al niño y cómo eso afectaría el bienestar de este” (p.1990). Dichos varones también describieron la necesidad de establecer un bloqueo mental hacia su cuerpo y el bebé durante el embarazo y la lactancia como una manera de manejar el aumento de la disforia de género. Según los autores, “la estrategia de distanciarse de su cuerpo también implicaba esfuerzos por bloquear al feto cuando se movía en el útero o al bebé durante la lactancia” (p.1994). Esto evidencia que la incomodidad corporal que sentían los participantes, podía extenderse hacia el bebé, siendo un factor que pudiera afectar negativamente el vínculo entre padres e hijos y por consiguiente, el bienestar de la criatura.

De hecho, Pereira et al. (2024) proponen que “reconocer la lactancia como una estrategia de nutrición influyó significativamente en los sentimientos de “ser dejado de lado” para cumplir con ese papel, que sería “lo mejor para el niño” (p.8). En este estudio, cinco de los siete participantes optaron por la lactancia. Los autores agregan que “algunos relatos disponibles en la literatura mencionan que muchos se sienten cómodos amamantando en espacios públicos, considerándolo un acto político” (p.8).

Otra de las estrategias de afrontamiento consiste en la **construcción de masculinidad en un cuerpo embarazado**. Hoffkling et al. (2017) proponen que, en cuanto a la necesidad de

afirmación de la identidad de género, también existen muchas diferencias, encontrando casos en lo que ser vistos y tratados como hombres con “barriga de cerveza”, que respetaran sus nombres y pronombres, les generaba seguridad y bienestar, a diferencia de quienes sólo informaron de su embarazo a sus seres queridos más cercanos y equipo de salud. Entre medio de estas dos posiciones estuvieron los que no se vieron afectados por ser mal identificados en cuanto a su género (confundidos con mujeres cis) y otros a quienes les significó de gran importancia ser reconocidos como varones trans* embarazados.

Algunos participantes del estudio de Pereira et al. (2024) también significaron el gestar “como elementos intrínsecos a la construcción de su masculinidad. Esto ocurre incluso siendo individuos que poseen vagina, útero y ovarios, desafiando así las normas reproductivas cis-heteronormativas” (p.2). Según los autores, este tipo de experiencias positivas están relacionadas a la calidad de la atención de la salud, en donde se habilitan encuentros clínicos que naturalizan el embarazo y la paternidad trans*, posibilitando el “autoconocimiento, asumiendo la ocurrencia de cambios positivos y negativos y el reconocimiento del poder del cuerpo transmascuino para gestar y hacer de este fenómeno un elemento más que constituye su masculinidad” (p.8).

Asimismo, Falck et al. (2024) reportan que, cuatro participantes llegaron a ver su cuerpo de manera más positiva durante o después del embarazo, ya que les dió el hijo que habían deseado. El cuerpo que previamente habían detestado por ser incongruente con su identidad de género de repente trabajaba a su favor. Esto desde sus perspectivas le dio a su cuerpo un nuevo significado, propósito y valor. Para estos autores, reconciliarse con el propio cuerpo y estar en paz con él, estuvo relacionado con la capacidad de desasociar el embarazo a lo exclusivamente femenino, lo que fue posible gracias a seguir siendo percibidos como hombres y entrar en contacto con otras personas de género diverso atravesando la gestación. “Al posicionar el embarazo como una función corporal más que como un proceso de género, los cambios físicos, como las estrías, podían ser aceptados e incluso apreciados” (p.1990). También la manera de parir (por cesárea o por parto vaginal) estuvo condicionado por sentimientos que interpelaban la identidad de género. Algunos de los participantes de este estudio eligieron tener a sus hijos por cesárea por sentir que un parto vaginal podría ser traumático al dejar expuestos sus cuerpos al desnudo en la sala de parto, agravado por la necesidad de conectar con su genitales, lo que suponían, podía provocar disforia de género. Otros asociaron esta capacidad de parir a ciertas connotaciones masculinas, como describe uno de los participantes “lo hice a lo macho! entendiendo que podía hacerlo porque dar a luz es un gran logro” (p.1991).

Hoffkling et al. (2017) proponen que, a quienes tomaron la decisión de mostrarse en sociedad como hombres trans* embarazados, les permitió afirmar su identidad en tres ejes: su género como hombre, como trans*, y de su embarazo. Hubo quienes descartaron tomar esta decisión por temor a que ésto los expusiera a más violencia transfóbica y discriminación, por lo cual su estrategia consistió en pasar como una mujer cisgénero o mantenerse en el anonimato, actuando para parecer un hombre cisgénero con “barriga de cerveza”.

En relación a lo dicho en el párrafo anterior sobre la primera estrategia (la de mostrarse en sociedad como hombres trans* embarazados), Falck et al. (2024) relatan que:

Para afrontarlo, los participantes renegociaron las connotaciones de género del embarazo, reinterpretándolo y etiquetándolo como un acto masculino o neutro en cuanto al género. Al considerar el embarazo como un acto de género que no definía su identidad de género, insistiendo en que es la identidad de género de cada individuo lo que determina su género y no sus genitales ni sus decisiones reproductivas, los participantes resistieron la internalización de las normas de género (p.1987).

En relación a la estrategia de pasar por mujer cis u hombre cis gordo, Mujica y Medeiros (2024) introducen el concepto de *cisplay* el cual definen como una “práctica de incorporación de las imposiciones de género mediante la asimilación de una supuesta identidad cisgénero para evitar la exposición y violencias transfóbicas” (p.20). En esta línea, Surkan (2015) aporta otro nivel de problematización sobre el tema al proponer que “la figura del hombre trans embarazado desafía los supuestos de género de una manera tan profunda que se vuelve imperceptible: sólo puede ser visto como un hombre gordo (citado en Radi, 2020, p.134). También se busca recuperar el testimonio de un participante del estudio de Sanchez et al. (2023), quien al respecto de esta estrategia dice, “si bien el lugar social de hombre embarazado es muy difícil, honestamente, es también un lugar muy poderoso espiritualmente. Poder reconocer tu cuerpo como nave, como un espacio que puede crear vida, fue lo que me permitió sanar” (p.57).

Muchos de los estudios refieren la necesidad de los hombres trans* embarazados de **aislarse, excluirse**, cuya consecuencia es la **soledad**. Pereira et al. (2024) señalan que, debido a los riesgos de sufrir violencia transfóbica en espacios públicos, el embarazo también “fue representado como una “experiencia solitaria” (p.7), y agregan que “el “aislamiento social” se convierte en una realidad durante todo el proceso gestacional, pudiendo extenderse hasta el puerperio, generando traumas significativos y repercusiones

en su salud mental” (p.7). Según este estudio, el embarazo de los hombres trans* fue atravesado predominantemente por la soledad, siendo representado por los participantes como un momento “solitario” y “opresivo”.

En esta línea, Falk et al. (2024) plantean que, los participantes de su estudio, “para evitar el estigma interpersonal y la disforia de género, se aislaron, lo que aumentó aún más su soledad” (p.1994). Según los autores esta decisión fue tomada en base a la falta de información sobre cómo el cuidado de afirmación de género podría afectar la reproducción y cómo podría ser el embarazo, combinada con la invisibilidad de los individuos gestantes de género diverso, en la sociedad dominante, lo que hizo que los participantes de este estudio se sintieran extraños y solos. Cuando el embarazo se hacía imposible de ocultar, los participantes decidían quedarse en sus casas, solicitando por ejemplo, licencia médica. De esta manera evitaban la exposición, las miradas, la condena y el miedo a la violencia verbal y física por parte de extraños. El aislamiento hacia el final del embarazo tenía como objetivo la autoprotección y la de su hijo.

Por su parte, Barone (2020) menciona en su artículo una investigación realizada en Australia por Charter, Ussher, Perz y Robinson en 2018, en la que participaron 25 hombres trans* de entre 25 y 46 años. En esta investigación se concluyó que “los cambios relacionados con el retiro de testosterona y los cambios en el cuerpo, referidos principalmente a las alteraciones en los pechos, fueron vivenciados como una preocupación. Exclusión, aislamiento y soledad fueron las sensaciones predominantes de hombres trans durante la experiencia del embarazo” (p.50). También Hoffkling et al. (2017) coinciden en que para los participantes de su estudio, el embarazo fue una experiencia aislante y que “el apoyo social de los participantes variaba desde robusto hasta mínimo y tenue” (p.9).

Por último pero no menos importante es de destacar la estrategia de ponerse en contacto con **role models (modelos a seguir)**. En línea con las estrategias de afrontamiento y la necesidad de apoyo social, varios académicos mencionan la importancia de entrar en contacto y contar con otros hombres trans* o personas de género diverso que hubieran atravesado o estuvieran atravesando una gestación. Según los autores, al contar con este tipo de contactos con quienes intercambiar información, los participantes de los distintos estudios pudieron imaginarse como personas embarazadas, obtener conocimientos y prepararse para los cambios relacionados con el embarazo. El contacto con *role models* (modelos a seguir) permitió a los participantes entender que el embarazo es un acto neutral en cuanto al género y desnaturalizar la idea tan arraigada socialmente de que solo las mujeres pueden gestar y parir, interpelando de esta manera la cisnormatividad y los roles de

género tradicionales. Otra información valiosa a la que accedieron a partir de estos intercambios fue en relación al consumo de testosterona (en cuanto a los efectos en la fertilidad y sobre el bebé), sobre la lactancias (y la posibilidad de realizarla después de una cirugía de pecho o durante el consumo de testosterona), sobre estrategias para manejar la disforia de género (habilitando la posibilidad de conciliar el embarazo a una identidad de género masculina). Estos contactos también disminuyeron los sentimientos de aislamiento y soledad.

Los resultados del estudio de Hoffkling et al. (2017) marcan que, los participantes percibieron un aumento de casos de hombres trans* gestantes. Sin embargo los autores cuestionan si realmente se trata de un aumento de la tasa de embarazos en esta población o si se trata de un cambio en la visibilidad de los mismos. Lo que sí se atreven a asegurar es que, en cualquier caso, este aumento representa un verdadero cambio social y cultural “que hacen más legible la transición no binaria, aumentando la visibilidad de estar embarazado y ser hombre” (p.18). Este cambio en la visibilidad de casos de hombres trans* gestantes, genera también la posibilidad de contactar con *role models*, y que la conciencia sobre la experiencia de los pacientes trans* del pasado fomente el empoderamiento de los del futuro. En relación a este deseo, “a medida que los participantes avanzaban hacia la decisión de embarazarse, algunos llegaron a identificarse como agentes de cambio y modelos a seguir, lo que aumentó el orgullo de identidad” (p.19).

Estereotipos de género

Para Radi (2020) a pesar de los avances tecnológicos en cuanto a la reproducción humana, culturalmente sigue predominando la idea cisnormativa que sostiene que sólo las personas cis pueden reproducirse, y que el embarazo es un proceso que puede ser experimentado exclusivamente por mujeres cis. “La combinación de estos regímenes semánticos (el que hace de las personas trans* sujetos irreproducibles y el que hace del embarazo la identidad femenina) tiene como resultado que un hombre embarazado sea un oxímoron” (p.133).

Vartabedian et al. (2024) afirman que “gestar y parir no tienen que ver con cuestiones femeninas o masculinas, gestar y ser/sentirse hombres no son experiencias incompatibles” (p.54). En esta línea, Barone (2020) afirma que “...el deseo de gestar y parir, así como el de ejercer una parentalidad, no tiene que ver con cuestiones masculinas o femeninas” (p.53). Este tipo de reflexiones aparecen en el estudio de Falck et al. (2024) en el que, todos los participantes, se cuestionaron si gestar era posible y cuán compatible con su identidad de género, el riesgo a que la disforia aumentara y el efecto que pudiera generarles las expectativas de género de la sociedad. “Para casi todos los participantes, el embarazo

había sido inicialmente difícil de imaginar, ya que se asociaba con ser mujer, tanto por parte de los participantes como de los demás” (p.1987). Según este estudio, al comienzo del proceso de reconocimiento de su identidad de género, los participantes priorizaron la adherencia a las normas de género dominantes. A todos les tomó un tiempo sentirse suficientemente seguros con su identidad como para interpelar estas normas e intentar materializar un embarazo. De todas formas es interesante destacar que todos continuaron los tratamientos de afirmación de género, aumentando la congruencia entre sus identidades y expresiones de género, lo que les aportó estabilidad al sentirse más cómodos con su imagen y menos expuestos al cuestionamiento social, “en un cuerpo más masculino, los participantes se sintieron más preparados para desafiar los estereotipos de género al embarazarse” (p.1988).

El estudio de Pereira et al. (2024), marca que, las representaciones sociales del embarazo entre los participantes que quedaron embarazados inesperadamente, “se anclan en sentimientos de "inseguridad", "colapso", "falta de responsabilidad" y "no saber qué hacer", atravesados por el "miedo a la respuesta social" ante las expectativas y la aceptabilidad sobre un cuerpo transmasculino embarazado” (p.6). Los autores asocian estos sentimientos a la construcción social de género occidental que sostiene que el embarazo es un fenómeno biológico, femenino y cisgénero. Los participantes de este estudio reportan no reconocer su imagen como la de un hombre. En línea con los patrones y roles de género asignados al embarazo, uno de ellos menciona que gestar es “lo más femenino que un hombre trans puede hacer” (p.8). A la dificultad de lidiar con los cambios corporales asociados a las expresiones femeninas (como el aumento del tamaño del pecho y de la barriga de embarazo), se le suma la recomendación de interrumpir los tratamientos hormonales, impactando el proceso de afirmación de género.

Rodó de Zárate (2019), plantea que, el deseo de gestar para los hombres trans* está atravesado por las decisiones que han de tomar con respecto al momento de la transición y de tener criaturas, guardar óvulos y valorar cómo afectan las terapias hormonales a su fertilidad. Para la autora hay cuerpos que no encajan en el modelo de “madre” que asume que ese rol puede ser desempeñado únicamente por una “mujer cis heterosexual, que tiene descendencia biológica y la cría en un contexto de familia nuclear” (p. 195). Este modelo, entiende que “los cuerpos y relaciones que se salgan de esta norma son considerados como “cuerpos abyectos”, ininteligibles políticamente (p. 195). Más adelante agrega que suele entenderse a las personas trans* incompatibles con el deseo de procrear. Según la investigadora, a las mujeres que no pueden tener hijos se las estigmatiza, lo que les genera

un sentimiento de culpabilidad por sentir que sus cuerpos no responden como deberían y agrega:

Este estigma y presión social para tener descendencia juega un papel distinto para los hombres trans* gestantes. En el sistema sanitario y en general en la sociedad, prevalece la noción de que gestar es exclusivo de las mujeres, por lo que sufren la incompreensión de que pueda haber un padre gestante (p. 198).

En relación a los estereotipos de género y el aborto, Barone (2020) destaca lo preocupante que resulta la poca cantidad de estudios sobre aborto y hombres trans*, entiende que además de deberse a razones ligadas a entender esta práctica como un acto criminal, se observa que se trata de investigaciones que son solamente focalizadas en mujeres cis, subentendiendo que son solo esos los cuerpos con capacidad de gestar, parir y/o abortar.

Esterilidad simbólica

Según Pereira et al. (2024), en la sociedad occidental, la gestación paterna generalmente se ve como una posibilidad "improbable" para los "hombres trans", ya que la reproducción "se considera imposible para individuos concebidos a través de la idea de abyección. Esto resulta en una condición denominada "**esterilidad simbólica**", caracterizada por la negación del derecho de elección para la reproducción y para ejercer la parentalidad, ya sea biológica o no" (p.2).

En un artículo titulado *Gestación y cuerpos trans: interpellando los postulados biomédicos de la reproducción. Una mirada crítica a la Violencia Obstétrica*, Vartabedian et al. (2024) mencionan que desde hace varias décadas, la tradición biomédica patologiza la diversidad de género a partir de establecer la idea de que "habitan un cuerpo equivocado, un cuerpo sufriente y que requieren algún tipo de intervención corporal. Incluso, muchas personas trans* han interiorizado estos discursos hegemónicos como estrategia de supervivencia y esto puede limitar su capacidad reproductiva (p.53). Asimismo, Radi (2019) problematiza la disyuntiva que enfrentan los hombres trans* a la hora de tener que elegir entre el derecho a la identidad de género y el derecho a la salud sexual y reproductiva, pues los tratamientos hormonales y quirúrgicos de afirmación de género pueden comprometer la fertilidad y la capacidad reproductiva. De hecho, la hormonación con testosterona afecta directamente la fertilidad y se recomienda criopreservar los óvulos antes de iniciar este proceso. Por otro lado, detener el proceso de hormonación para concebir es una práctica que interpela directamente el derecho a la identidad de género de las personas trans* y esto también puede producir ansiedad y tensión en el proceso de toma de decisiones (Van Amersfoort et al. 2023).

En esta línea pero en relación al aborto, Sanchez et al. (2023) en el estudio que realizan sobre el acceso al aborto para hombres trans* y personas no binarias en Colombia, introducen el siguiente testimonio que expone el dilema al que se somete a esta población, “finalmente, creo que el derecho al aborto representa justamente el reconocimiento sobre unos cuerpos que tienen la posibilidad de gestar...Por eso, no poder acceder a estos servicios nos cuesta la vida o la identidad” (p.57).

Detransición

Para cerrar este apartado se considera pertinente mencionar la idea que introducen Pereira et al. (2024) sobre la **detransición**²³ quienes destacan la existencia de cierta idea por parte de familiares de los participantes quienes esperaban “que estos hombres volvieran a reconocerse con el género asignado en el momento de su nacimiento y desempeñarían roles sociales correspondientes al vivir la gestación, que se entiende como un acontecimiento exclusivamente cisgénero y heterosexual” (p.7). Los autores agregan el testimonio de Brandon, uno de los participantes del estudio que relata:

[...] cuando se enteraron (la familia), estaban muy felices. Llegué a contarle a mi madre que estaba pasando por el embarazo [...] pero luego vinieron las exigencias como “¿Te vas a afeitar la barba, no?”, como si, ya que estás pasando por el embarazo, entonces vas a detransicionar [...] expliqué que no, que en realidad, fue la transición lo que me mostró que el embarazo era un proceso posible. Hubo mucha falta de conocimiento en este proceso [...] no entendían el embarazo como una posibilidad para mi masculinidad (p.5).

La manera en la que impacta a nivel psicológico el gestar en los hombres trans* y la ambivalencia a la que se enfrentan a la hora de elegir quedar embarazados (con todas las decisiones asociadas al resto del proceso) entre el cumplimiento del deseo y la resignación de sus expresiones de género que la detransición implica, en gran medida es el tema que se ha venido desarrollando en las últimas carillas y que seguro queda mucho por investigar y escribir.

²³ Missé y Parra (2022) mencionan que, “a pesar de ser minoritarias, las “de-transiciones” están presentes...A veces se mueven de lugar también respecto a los estereotipos de género que reproducen después de pensar sobre ellos críticamente. Estas evoluciones forman parte de la búsqueda identitaria de estas personas, y en ninguno de estos casos se plantean como arrepentimientos o fracasos, sino como parte del proceso” (p.59). Más adelante agregan, “porque transitar es ir “en busca de”, pues de-transitar tampoco es detransitar” (116).

Consideraciones Finales

Esta revisión bibliográfica tuvo como principal objetivo conocer el estado del arte sobre las experiencias de hombres trans* gestantes, sus realidades y desafíos, sistematizando la información que surgió de los artículos seleccionados, como una manera de socializar y democratizar el acceso de la información existente en español, inglés y portugués. A partir del análisis de los datos surgidos, se presentan a continuación algunas consideraciones finales.

En primer lugar es de destacar que, a pesar del creciente número de investigaciones y publicaciones sobre Salud y Diversidad de Género, específicamente en relación a la Salud Reproductiva de la población trans*, la totalidad de los trabajos aquí analizados coinciden en la reducida producción de artículos científicos sobre el tema, especialmente comparado con el número de estudios que abordan el tema en mujeres cis. Esta escasez de producción tiene varias consecuencias asociadas, como la invisibilización de esta población, lo que perpetúa su exclusión del imaginario social, afectando su acceso a la salud y vulnerando sus derechos humanos fundamentales. Asimismo, el bajo número de estudios científicos en torno a este tema, delata que tanto a nivel social como dentro de las instituciones sanitarias, la gestación de hombres trans* suele ser considerada un evento imposible, asociada a los discursos cisnormativos que construyen la noción de gestación como un proceso exclusivamente de mujeres.

A nivel normativo se concluye que existen diferencias significativas entre las legislaciones de los distintos países del mundo, relacionadas con la creación de leyes que protejan los derechos de las personas LGBT+. En cuanto al tema específico de este trabajo, es de resaltar que, mientras en muchos países aún hoy, para acceder al reconocimiento legal de la identidad de género, se impone como condición, renunciar a las capacidades reproductivas e incluso, en algunos, la esterilización forzada es requisito exigido por ley, en otros, como en nuestro país, existen leyes específicas que amparan los derechos de las personas trans*, desde el acceso al reconocimiento y adecuación de nombre o sexo en los documentos identificatorios, cuando no coincidan con su identidad de género, sin más condiciones que su propia iniciativa, así como el derecho a una atención integral en salud para “adecuar” su cuerpo a su identidad de género sentida. De todas maneras, es evidente que queda mucho por hacer, para lo que se hace necesaria una mayor inclusión y participación efectiva de esta población en los debates, la creación, la revisión y la implementación de políticas públicas específicas en este asunto.

Por otro lado, la gran mayoría de los hallazgos, en cuanto a accesibilidad y barreras de acceso, coinciden en la necesidad de formar equipos de salud que brinden atención prenatal a esta población, a partir de un abordaje afirmativo del género y conocimiento de sus especificidades en materia de salud integral de manera de no seguir sometiendo a estas personas a situaciones de vulneraciones y precariedad. Es de destacar el hecho de que este fenómeno en particular es uno de los emergentes con mayor reincidencia en los textos consultados, siendo un tema abordado por la gran mayoría de los mismos y denunciado por sus protagonistas (víctimas), en aquellos estudios en los que se incluyen entrevistas y/o testimonios.

Es en cuanto a lo que refiere a los aspectos psicológicos de los procesos de gestación y lactancia de los hombres trans* donde existe cierta reducción de coincidencias. A pesar de destacarse en los artículos revisados, los efectos de la cisheteronormatividad a partir de la discriminación, exclusión y estigmatización de los hombres trans* y las violencias a las que se ven sometidos al presentarse como gestantes, interpelando las normas, roles y estereotipos de género hegemónicos, biologicistas, transodiantes o transignorantes, se detectan algunas diferencias a la hora de simbolizar y transitar estas gestaciones. Según los estudios, algunos hombres trans* transitan el proceso de la gestación con satisfacción, incluso con orgullo sin sentir interpelada su identidad de género por el hecho de gestar. Sin embargo, según los estudios analizados, para la gran mayoría de hombres trans*, el embarazo, el parto y la lactancia, impacta negativamente en su salud mental, generando efectos como el aumento de la ansiedad, síntomas de depresión y exacerbación de la disforia de género. Estos problemas psicológicos a los que se ven expuestos, deben su potencialidad a la dificultad de asumir los cambios físicos del embarazo, los cuales no identifican acordes a una expresión masculina de género y la interrupción de los tratamientos de testosterona, hecho que impacta tanto a nivel hormonal y anímico como en su anatomía. Con respecto a estos problemas psicológicos asociados a su apariencia y expresión de género podrían interpretarse como cierta rigidez, tanto de la sociedad como de los mismos hombres trans*, relacionada con el binarismo y los estereotipos de género atravesados por la heterocisnormatividad.

Para cerrar, es interesante observar que el origen de la amplia mayoría de estudios y artículos científicos publicados sobre este tema, corresponde a países del hemisferio norte tanto de Estados Unidos como algunos países de Europa. Esta brecha relacionada a la generación de conocimiento sobre el tema, está asociada evidentemente, a la habilitación de la existencia de estas experiencias, lo que repercute en el grado de interés que genera el tema y la necesidad de investigar sobre el mismo.

Esto produce una cierta recursividad entre las experiencias reales, los estudios sobre el tema, la generación de conocimiento y la legislación que lo habilite y ampare; que se retroalimenta y convierte en, más conocimiento sobre estas experiencias, marcos legales más justos e inclusivos/equitativos y la posibilidad de que más hombres trans* puedan gestar. Es deseo de quien suscribe que éste artículo, redunde en un aporte, por más mínimo que sea, para quienes están involucrados en esta temática desde distintos roles. Siendo un tema emergente, este artículo, pretende profundizar en la realidad actual en cuanto a garantías y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas trans*, en particular de hombres trans* que llevan adelante una gestación. Quedan aristas dentro del fenómeno que no fueron abordadas en este escrito, como aquello relacionado con la paternidad, el cuidado y la crianza de hijas e hijos gestados por esta población, temas no incorporados por limitaciones formales pero que pueden ser posibles temas de indagación e investigación en trabajos futuros. Es de destacar que, si bien las publicaciones sobre el tema son escasas y más aún en nuestra lengua, existe un antecedente de Artículo de Revisión Bibliográfica que en el 2023 ofició de TFG de la Licenciatura en Psicología en esta misma casa de estudios, lo que evidencia un posible aumento en el interés sobre esta temática en nuestra disciplina, a pesar de no existir aún estudios empíricos en el país.

Referencias Bibliográficas

- Amuchastegui, A. y Rivas M. (2004). *Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales. Estudio demográficos y urbanos*, VOL. 19, NÚM. 3 (57), PP. 543-597
- Arantes, A. (2023). Da gestação à parentalidade: relato de uma gestação transmasculina, controle da reprodução humana e o reforço do estigma para população trans. *Revista Brasileira De Estudos Da Homocultura*, 6(19), 105–119. doi:10.31560/2595-3206.2023.19.15814
- Barone, M. A. (2020). Gestar y abortar para los hombres trans: una revisión de literatura científica. *Revista Controversia*, (215), 43-73. doi:10.54118/controver.vi215.1209
- Barrientos, J. (2016). Situación social y legal de gays, lesbianas y personas transgénero y la discriminación contra estas poblaciones en América Latina. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 1(1), 1-25
- Besse, M., Lampe, N. M., & Mann, E. S. (2020). Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review. *The Yale journal of biology and medicine*, 93(4), 517–528.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Caballero, E., Moreno M., Sosa M., Figueroa E., Vega, M. y Columbié L. (2012). *Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos*. INFODIR. ;8(15):
<https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf>
- Charter, R., Ussher, J.M., Perz, J., & Robinson, K. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19, 64–77.
- de-Castro-Peraza, M.-E., García-Acosta, J. M., Delgado-Rodriguez, N., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R., Cardona-Llabrés, C., & Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Biological, Psychological, Social, and Legal Aspects of Trans Parenthood Based on a Real Case—A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 925. doi:10.3390/ijerph16060925

- Falck, F. A. O. K., Dhejne, C. M. U., Frisé, L. M. M., & Armuand, G. M. (2024). *Subjective Experiences of Pregnancy, Delivery, and Nursing in Transgender Men and Non-Binary Individuals: A Qualitative Analysis of Gender and Mental Health Concerns. Archives of Sexual Behavior, 53(5), 1981-2002. doi: 10.1007/s10508-023-02787-0*
- Farias, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*. (Tesis de maestría). Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- Farias, C. & Magnone, N. (2022). Violencia Obstétrica en Uruguay. Desafíos para la protección de los Derechos Reproductivos de las mujeres. *Musas, 7(2), 62-80. doi: 10.1344/musas2022.vol7.num2.4*
- Fernandez, P. y Olza, I. (2020). *Psicología del Embarazo*. Editorial Síntesis S.A Vallehermoso, 34. Madrid, España.
- Figueroa, J., & Sánchez, V. (1999). Algunas reflexiones sobre ética, derechos humanos y salud. En M. Bronfman & R. Castro (Eds.), *Salud, cambio social y política: Perspectivas desde América Latina* (pp. 81-96). Edamex.
- García, M., Gras, R., & Rodríguez, A. (2019). La salud de adolescentes y adultos transgénero: Revisión sistemática desde la perspectiva de género. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación / Avaliação Psicológica, 1(50), 5-20. <https://www.redalyc.org/journal/4596/459657548001/html/>*
- Gelpi, G. (2022). Atención psicológica y diversidad sexo-genérica en Uruguay. El caso del Centro de Referencia Amigable (CRAM). En *Psicoterapia y salud mental en personas de la diversidad sexual y de género (LGBTI+): Investigación y práctica en Iberoamérica*.
- Gelpi, G., Silvera, N., Durán, M., Reali, I., Piñeyrua, S., Curbelo, M. y De León, M., (2024). *Fragmentos de historias. Las experiencias de las mujeres travestis/trans en Uruguay, desafíos y pendientes**. Montevideo, Uruguay: MIDES.
- Greenfield, M., & Darwin, Z. (2020). Trans and non-binary pregnancy, traumatic birth, and perinatal mental health: a scoping review. *International Journal of Transgender Health, 22(1-2), 203-216. doi:10.1080/26895269.2020.1841057*

- Goldberg, A. E., & Beemyn, G. (Eds.). (2021). *The SAGE encyclopedia of trans studies*. SAGE Publications, Inc.
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(Suppl 2), 332. doi:10.1186/s12884-017-1491-5
- James-Abra, S., Tarasoff, L. A., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., et al. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365–74. doi:10.1093/humrep/dev082
- Ley 4/2023 (2023). Para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. 28 de febrero de 2023. «BOE» núm. 51, de 01/03/2023. <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4/con>
- Ley Nro. 19.580. (2017). Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género. IMPO. Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Ley Nro. 19.684. (2018). *Ley Integral para personas trans*. IMPO. Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19684-2018#:~:text=%2D%20La%20pr%20esente%20ley%20tiene%20como,%2C%20protecci%C3%B3n%2C%20promoci%C3%B3n%20y%20reparaci%C3%B3n>.
- López, P., Forrisi, F. y Gelpi, G. (Ed.). (2015). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. Montevideo: MSP y UNFPA.
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D. et al. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 106. doi: 10.1186/s12884-016-0907-y
- Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C., & Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia culturalmente competente para el trabajo con pacientes LGBT+: Una guía para psicoterapeutas y profesionales de la salud mental*. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP).

- Mayo Clinic. (2024). Ooforectomía (extirpación quirúrgica de los ovarios). <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/oophorectomy/about/pac-20385030>
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. En *Psychological perspectives on lesbian and gay issues: Vol. 1. Theory, research, and clinical applications* (pp. 123-160). Sage Publications.
- Missé, M. (2014). *Transexualidades. Otras miradas posibles*. Barcelona: Editorial EGALES.
- Mujica Rodríguez, A., & Medeiros, R. P. (2024). *Justiça reprodutiva para todes: Saúde, gestação e parentalidades dissidentes*.
- Nadal, J. R. (2014). *Diversidad sexual y salud mental: Estrés de las minorías sexuales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género*. Ginebra: Autor. Recuperado de https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Principios de Yogyakarta +10 sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género, la Expresión de Género y las Características Sexuales que complementan los Principios de Yogyakarta*. Ginebra. <https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2022/02/021522-Principios-de-Yogyakarta-mas-10.pdf>
- Parra, N. (2021a). *Experiencias y desafíos de la adolescencia trans**. Una interpretación biográfica narrativa de la construcción social del género y la edad (Tesis de doctorado). Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya, Departament de Comunicació. Barcelona, España.
- Parra, N. (2021b). *Transiciones y soportes. La familia y la comunidad en las trayectorias biográficas de adolescentes trans*. Quaderns de Psicologia, 23 (1), e1636.

- Pereira, D. M. R., Araújo, E. C., Oliveira, S. C., Sousa, A. R., Espíndola, M. M. M., West, M. G. L. N., et al. (2024). Social Representations of pregnancy among trans men. *Rev Bras Enferm*, 77 (Suppl 2), e20240094. doi:10.1590/0034-7167-2024-0094pt
- Pereira, D. M. R., Araújo, E. C., Silva, A. T. C. S. G., Abreu, P. D., Calazans, J. C. C., & Silva, L. L. S. B. (2022). Evidências científicas sobre experiências de homens transexuais grávidos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, e20210347. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2021-0347pt
- Platero, L. (2012). Introducción. La interseccionalidad como herramienta de estudio de la sexualidad. En: Platero, R. (Ed.). *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (pp. 15-72). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Platero, L. (2014). *Trans*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Platero, L. y Ortega, E. (2017). *Investigación Sociológica Sobre las Personas Transexuales y sus Experiencias Familiares*; Transexualia: Madrid, España. <http://feministas.org/IMG/pdf/2017investigacionpersonastransexperienciasfamiliares.pdf>
- Pereira, D. M. R., Araújo, E. C., Oliveira, S. C., Sousa, A. R., Espíndola, M. M. M., West, M. G. L. N., et al. (2024). Social Representations of pregnancy among trans men. *Rev Bras Enferm*, 77(Suppl 2), e20240094. doi:10.1590/0034-7167-2024-0094pt
- Radi, B. (2018). Mitología política sobre aborto y hombres trans. <https://sxpolitics.org/es/3945-1/2/3945>
- Radi, B. (2020). *Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos*.
- Ramos Cantó, J. (2023). *La salud reproductiva de las personas trans en Madrid: del requisito de esterilización al paradigma de derechos*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/e5cab38-da59-4f32-8da7-dd978cd8c037/content>

- Rodó de Zárate, M. (2019). Derecho a la reproducción asistida: maternidades lésbicas, violencia obstétrica y luchas compartidas. En *Cuerpos Marcados. Vidas que cuentan y políticas públicas* (Cap. 8).
- Sánchez, M., Roldán-Restrepo, D., Díaz, T., Mendoza, Á., Giraldo, N., Ruiz, F. & Rivera-Montero, D. (2023). Acceso al aborto para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia. En *Género, violencia y derechos humanos. Estudios desde Colombia y Ecuador* (Vol. II, pp. 15-70). Flacso Ecuador y Universidad Icesi.
- Shui-yin Sharon Yam & Natalie Fixmer-Oraiz. (2023). Against Gender Essentialism: Reproductive Justice Doulas and Gender Inclusivity in Pregnancy and Birth Discourse. *Women's Studies in Communication*, 46(1), 1-22. doi:10.1080/07491409.2022.2147616
- Thomas, E. G., Goodarzi, B., Frese, H., Schoonmade, L. J., & Muntinga, M. E. (2024). Pregnancy experiences of transgender and gender-expansive individuals: A systematic scoping review from a critical midwifery perspective. *Birth*, 00, 1-14. doi:10.1111/birt.12834
- UNODC; COPRED; UNAM; Yaaj México. (2019). *Nada Que Curar. Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG*. México: UNODC.
- Valdés, V., & Morlans, X. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 108-112. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n2/art10.pdf>
- Vartabedian, J., Murialdo, V. & Ramos, J. (2024). Gestación y cuerpos trans: interpelando los postulados biomédicos de la reproducción. Una mirada crítica a la violencia obstétrica. En *Cuerpos y diversidades. Desafíos encarnados* (Cap. 3). Madrid, España: Los libros de la catarata.
- Weeks, J., et al. (2001). *Sexualidad y género: Una visión crítica de los estudios de género*.
- White Hughto, M. A., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of the literature. *American Journal of Public Health*, 105(12), e24-e31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302910>

Yang, H., Na, X., Zhang, Y., Xi, M., Yang, Y., Chen, R., & Zhao, A. (2023). Rates of breastfeeding or chestfeeding and influencing factors among transgender and gender-diverse parents: A cross-sectional study. *eClinicalMedicine*, 57(101847). doi:10.1016/j.eclinm.2023.101847

Zalazar, V., Arístegui, I., Cardozo, N., Sued, O., Rodríguez, A. E., Frola, C., & Pérez, H. (2018). Factores contextuales, sociales e individuales como barreras y facilitadores para el acceso a la salud de mujeres trans: desde la perspectiva de la comunidad. *Actualizaciones En Sida E Infectología*, 26(98). <https://doi.org/10.52226/revista.v26i98.22>