

Características sociodemográficas, psicológicas y clínicas de una cohorte de personas transgénero de mediana y avanzada edad: importancia de la atención primaria en la asistencia a la transexualidad y diversidad de género

Laura Cuadrado-Clemente^a, Marcelino Gómez Balaguer^a, Manuel Rodríguez Collados^a, Felipe Hurtado Murillo^b, Inés Modrego Pardo^c y Carlos Morillas Ariño^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Doctor Peset. Unidad de Identidad de Género. Valencia (España)

^bCentro de Salud Sexual y Reproductiva Fuente San Luis. Unidad de

Identidad de Género. Valencia (España)

^cServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de la Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante (España)

Correspondencia:

Laura Cuadrado Clemente. Avenida de Gaspar Aguilar, n.º 90. 46017 Valencia (España)

Correo electrónico:

lauracuadrado@gmail.com

Recibido el 2 de febrero de 2023. Aceptado para su publicación el 10 de junio de 2023



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

RESUMEN

Las personas transgénero de la tercera edad forman parte de un colectivo especialmente vulnerable, por ello es importante conocer sus características, necesidades y dificultades particulares para optimizar la atención sanitaria en Atención Primaria.

Objetivo: describir la proporción de las personas transgénero mayores de 45 años que solicitan acompañamiento médico o psicológico, así como sus características sociales, historia identitaria, presencia de factores de riesgo cardiovascular, tratamiento hormonal o quirúrgico afirmativo y comorbilidades psiquiátricas.

Métodos: estudio transversal descriptivo. Se incluyeron 567 pacientes con incongruencia de género que demandaron atención por la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia en el entre 2012 y 2019 (inclusive).

Resultados: un 4,2% de la muestra correspondía a personas mayores de 45 años con una mediana de edad de 52 (RIQ: 50,25-60,25) años. La gran mayoría había experimentado un sentimiento de incongruencia identitaria en la etapa prepuberal o adolescente e hizo el tránsito social durante la edad adulta. Un 25% de las mujeres transgénero se automedicaban antes de acudir a la UIG. Un 29,1% tenía antecedentes de ideación suicida y el 25% había llevado a cabo intentos suicidas. Más de la mitad presentaban al menos dos factores de riesgo cardiovascular y no recibían tratamiento farmacológico específico.

Conclusiones: en nuestra muestra, existió una baja proporción de personas trans mayores de 45 años que consultaban en la UIG en comparación con el resto de las franjas etarias más jóvenes. Dicho colectivo se caracterizó por presentar altas tasas de factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades psicológicas.

Palabras clave: salud transgénero, salud psicosexual, adultos transgénero, tercera edad, Atención Primaria, riesgo cardiovascular.

SOCIO-DEMOGRAPHIC, PSYCHOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF A COHORT OF MIDDLE AND OLDER TRANSGENDER PERSONS: THE IMPORTANCE OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE ASSISTANCE OF TRANSEXUALITY AND GENDER DIVERSITY. CHARACTERISTICS OF A COHORT OF OLDER TRANSGENDER PERSONS

ABSTRACT

Being part of a particularly sensitive and vulnerable age group, older transgender people must be subject of knowledge regarding characteristics, requirements, and special needs, in order to optimize primary health care.

Objective: to describe the proportion of older than 45 transgender persons who requested medical or psychological care, as well as social characteristics, identity history, presence of cardiovascular risk factors, hormonal or affirmative surgical treatment, and psychiatric comorbidities.

Methods: cross-sectional, descriptive study. We included 567 patients with gender incongruence who requested care at the Gender Identity Unit (UIG), at the Doctor Peset University Hospital (Valencia), from 2012 to 2019.

Results: 4.2% of sample corresponds to persons older than 45, with a median age of 52 [RIQ 50.25-60.25]. The vast majority had experienced a feeling of identity incongruity in the prepubertal or adolescent stage and made the social transition during adulthood. 25% of transgender women self-medicated before turning up at the UIG. 29.1% had a history of suicidal ideation and 25% had attempted suicide. More than half presented at least two cardiovascular risk factors and did not receive specific pharmacological treatment.

Conclusions: in our sample, there was a low proportion of transgender individuals over the age of 45 who sought care at the IUG compared to the younger age groups. This particular group was characterized by high rates of cardiovascular risk factors and psychological comorbidities.

Keywords: Transgender Health, Psychosexual Health, Old Transgender, Transgender Adults, Primary Health Care, Cardiovascular Risk.

INTRODUCCIÓN

Las personas transgénero de la tercera edad forman parte de un colectivo especialmente vulnerable en el entorno sanitario por varias razones: es en las edades más avanzadas donde coexisten un mayor número de comorbilidades médicas (gran prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, pluripatología crónica, polimedicación) y psicológicas (mayor prevalencia de psicopatología como trastornos ansioso depresivos o psicóticos), a lo que se pueden sumar la mayor propensión de este colectivo a experimentar condiciones sociales desfavorables, como precariedad laboral, estatus socioeconómico bajo, exclusión social y marginalización que generan más dificultades para acceder al sistema sanitario¹⁻³.

Sin embargo, la atención sanitaria a este colectivo ha quedado relegada a un segundo plano en comparación con el interés que se presta a la atención sociosanitaria a las personas trans en etapas más tempranas de la vida, como son la infancia, la adolescencia y la juventud⁴, a pesar de que las demandas y necesidades entre estas dos etapas etarias son muy diferentes. Todo ello da lugar a una falta de evidencia científica⁵⁻⁷ y a una ausencia de protocolos de actuación específicos en lo referente a la atención psicosanitaria adaptada a las particularidades de esta población, lo cual se traduce en una gran incertidumbre en la práctica clínica. En concreto, aún están por determinar aspectos como establecer una edad máxima para iniciar o suspender tratamientos hormonales afirmativos o realización de cirugías, adaptación de las terapias disponibles en las personas con riesgo cardiovascular y/o neoplásico alto, intervención sobre salud ósea, etc.⁸. De hecho, en una amplia revisión de artículos publicados entre 1992 y 2012 que empleaba un total de 15 bases de datos reconocidas se observó que tan solo en el 20% de estos artículos se incorporaban muestras de participantes de edades superiores a 50 años⁹. Así pues, se hace necesario describir las características y las dificultades de este colectivo para poder dirigir las actuaciones sanitarias que garanticen su seguridad y bienestar y que coincidan con sus intereses.

En este contexto, se pone de manifiesto la importancia del papel de la Atención Primaria en la asistencia integral y transversal de las personas transexuales de la tercera edad que hayan completado el tránsito psicosocial, médico y/o quirúrgico o legal. Por otro lado, la Atención Primaria también adquiere relevancia como puerta de entrada a la sanidad en aquellas situaciones en las que el paciente demande asistencia médica por primera vez por su mayor accesibi-

lidad —generalmente, tras haber sido atendido en el pasado de forma poco reglada fuera del Sistema Nacional de Salud— o en aquellas situaciones en que el paciente decida adaptar el seguimiento de los tratamientos a largo plazo a favor de una atención en proximidad. Además, en el ámbito de la atención médica, es preciso conocer el perfil epidemiológico de las personas trans de la tercera edad¹⁰, tanto en la formación de profesionales como en el ejercicio de la atención médica en los servicios de salud para generar espacios de confianza y garantizar una asistencia de calidad.

El objetivo principal de este trabajo es describir la proporción de personas transgénero mayores de 45 años que solicitan acompañamiento médico o psicológico en una unidad especializada de atención a la diversidad de género durante un período de 8 años, así como describir sus características sociales, historia identitaria, presencia de factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, tratamiento hormonal o quirúrgico afirmativo y comorbilidades psiquiátricas. Además, se compara la ratio referente a la identidad de género con las del resto de la muestra perteneciente a franjas etarias más jóvenes y se plantean reflexiones sobre la situación asistencial actual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo en el que se incluyeron pacientes transgénero que solicitaban modificar sus características sexuales por un sentimiento marcado y persistente de identidad de género no congruente con el género y sexo asignado al nacimiento, reclutados y atendidos por la UIG del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia —equipo multidisciplinar y de referencia en la Comunidad Valenciana— en el período comprendido entre 2012 y 2019 (ambos incluidos). Los pacientes fueron derivados desde Atención Primaria, ONG, colectivos de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI) o por propia iniciativa.

Se excluyeron del estudio a las personas menores de 45 años y a las que, aunque habían sido remitidas a la UIG, no cumplían criterios de persistencia de la identidad de género o asociaban un trastorno mental que interfería en la manifestación identitaria.

La recogida de datos se hizo consultando la historia clínica y revisando las pruebas complementarias llevadas a cabo a su llegada a nuestra UIG. Así, se recogieron datos sociodemográficos, relativos a

la historia identitaria, factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, tratamiento hormonal o quirúrgico afirmativo recibido, estado de salud mental y comorbilidades psiquiátricas. Estas últimas fueron evaluadas mediante psicometría empleando las siguientes escalas y cuestionarios validados:

- a) Índice de calidad de vida (QLI-Sp), versión española¹¹.
- b) Inventario para la Depresión de Beck-BDI¹².
- c) Escala de Autoestima¹³.
- d) Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)¹⁴⁻¹⁶.

En cuanto a la ideación suicida y los intentos autolíticos, se evaluó mediante la entrevista clínica.

La muestra se estratificó según rangos de edad, considerando así adultez media el rango de edad de 45-65 años y adultez tardía o tercera edad a las personas mayores de 65 años. El resto de la población incluida en el estudio también se estratificó en grupos etarios tal y como figura en la **tabla 1**. Todas las personas de la serie firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo sobre la frecuencia o proporción de cada una de las variables estudiadas en el grupo de personas mayores de 45 años. Los análisis estadísticos se han hecho con el programa SPSS versión 22.0.

Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Médica del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.

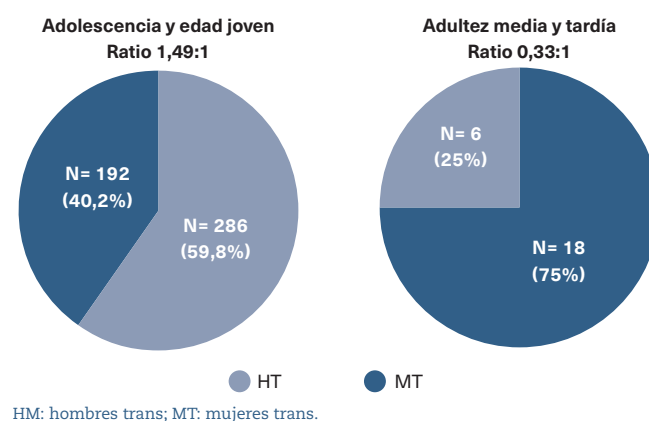
RESULTADOS

Del total de las 567 historias clínicas revisadas de los pacientes atendidos entre 2012 y 2019, 312 (55,1%) eran hombres trans (HT), 248 (43,7 %) eran mujeres trans (MT), y los 7 restantes, sujetos no binarios (1,2%). La distribución por rangos de edad se representa en la **tabla 1**, en la que se refleja que el número de personas que consultaron en nuestra UIG en el rango de edad de adultez media y tardía (mayores de 45 años) abarcaba tan solo el 4,2% del total. Otro aspecto diferencial entre la población que comprende la etapa adolescente y de adultez joven frente a la etapa de adultez media y tardía es la ratio entre HT y MT, que queda representado en la **figura 1**.

La muestra final quedó constituida por 24 personas mayores de 45 años con una mediana de edad de 52 ((rango intercuartílico [RIQ]: 48,0-59,75) años, incluyendo 6 HT de 49 (RIQ: 47,0-58,50 años) y 18 MT de 52 (RIQ: 50,25-60,25) años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de medias o medianas entre HT y MT. En cuanto a las características sociodemográficas de dicha población, la mayoría era de origen caucásico. En relación con el nivel educacional, un 20% no tenía ningún tipo de formación académica ni profesional, aunque, en términos ocupacionales, dos tercios de la muestra estaba en situación laboral activa o eran pensionistas. Por otro lado, se incluyen tres pacientes en situación de alto riesgo de exclusión social (una trabajadora sexual y dos presidiarios). Con respecto al estado civil, la mayoría (70,8%) estaban o habían estado casados o bien tenían pareja sentimental estable. Un 25% tenían hijos biológicos. Por último, un HT nunca había tenido relaciones sexuales por severo rechazo a mostrar sus genitales.

Los datos referentes a la edad de aparición del sentimiento identitario y la edad de llevar a cabo el tránsito social se expone en la **figura 2**. La gran mayoría había experimentado un sentimiento de incongruencia identitaria prepuberal o durante la adolescencia y había hecho el tránsito social durante la etapa adulta. Solo una MT rechazó hacer el tránsito social en espera de valorar la tolerancia a los fármacos. Por otro lado, todos los HT y la mitad de las MT contaron con buen apoyo familiar para hacer su transición. No obstante, la mitad de las MT, especialmente las de más avanzada edad, presentaron algún tipo de conflicto familiar.

Figura 1. Comparativa de la ratio HT:MT entre los diferentes grupos etarios



HT: hombres trans; MT: mujeres trans.

Tabla 1. Distribución de la muestra según rango de edad y género sentido

	MUJERES TRANS [N = 248 (43,7%)]	HOMBRES TRANS [N = 312 (55,1%)]	GÉNERO NO BINARIO [N = 7 (1,2%)]	TOTAL (N = 567)
Primera infancia (≤ 6 años)	16	4	-	20 (3,5%)
Infancia (6-12 años)	22	16	3	41 (7,2%)
Adolescencia (12-18 años)	72	149	-	221 (38,9%)
Adulto joven (18-44 años)	120	137	4	261 (46%)
Adultez media (45-65 años)	16	5	-	21 (3,7%)
Adultez tardía (≥ 66 años)	2	1	-	3 (0,5%)

Con respecto al tratamiento hormonal afirmativo, un 25% de las MT habían recurrido a la autohormonación antes de acudir a la UIG, iniciando la mayoría dicho autotratamiento en la edad adulta joven y siendo las pautas de tratamiento más frecuentes las constituidas por etinilestradiol (4-16 mg/día), valerato de estradiol (2-6 mg/día) como estrógenos, y progesterona y acetato de ciproterona como antiandrógeno. Cabe mencionar que en muchos casos tomaban dos o más de los fármacos mencionados de forma simultánea e irregular. Por el contrario, ningún HT estaba recibiendo tratamiento hormonal.

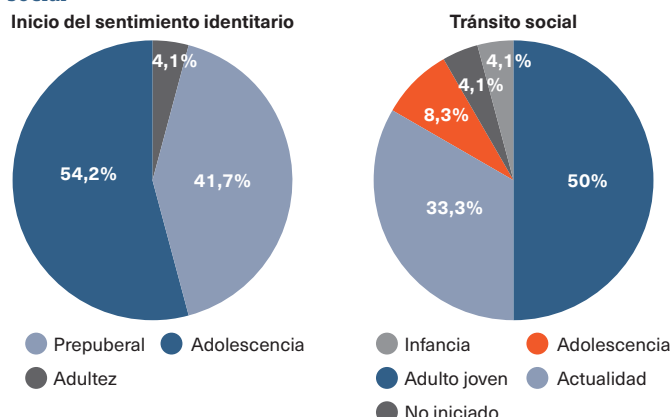
En lo referente a los tratamientos quirúrgicos, todos habían sido realizados de forma privada (en el grupo de las MT: 8 mamoplastias de aumento, 4 vaginoplastias, 2 cirugías de feminización facial, 1 tirocondroplastia y 2 cirugías de feminización de la voz; en el grupo de los HT: 3 mastectomías y 1 histerectomía).

Los datos de psicomorbilidad y salud mental fueron evaluados mediante psicometría en 16 pacientes (10 MT y 6 HT) y se exponen en la **tabla 2**.

La mayoría disponen de buena o muy buena calidad de vida, un adecuado estado de ánimo y una alta autoestima. No se reportó estrés o conductas evitativas socialesmreseñables. La pérdida de la autoestima coincide con las personas con gran malestar ynrechazo hacia sus genitales. Durante la evaluación psicológica, en dos casos se detectó un trastorno paranoide o disociativo (1 MT y 1 HT). La toma de psicofármacos estaba presente en un 20,8% de la muestra.

Por otro lado, en el grupo de mayores de 45 años, el 29,1% tenía antecedentes de ideación suicida y el 25% de intentos suicidas. Respecto a las conductas autolesivas sin intención suicida, un 37,5% de las historias revisadas las recogían y un 29,1% las habían llegado a

Figura 2. Edad de inicio del sentimiento identitario y del tránsito social



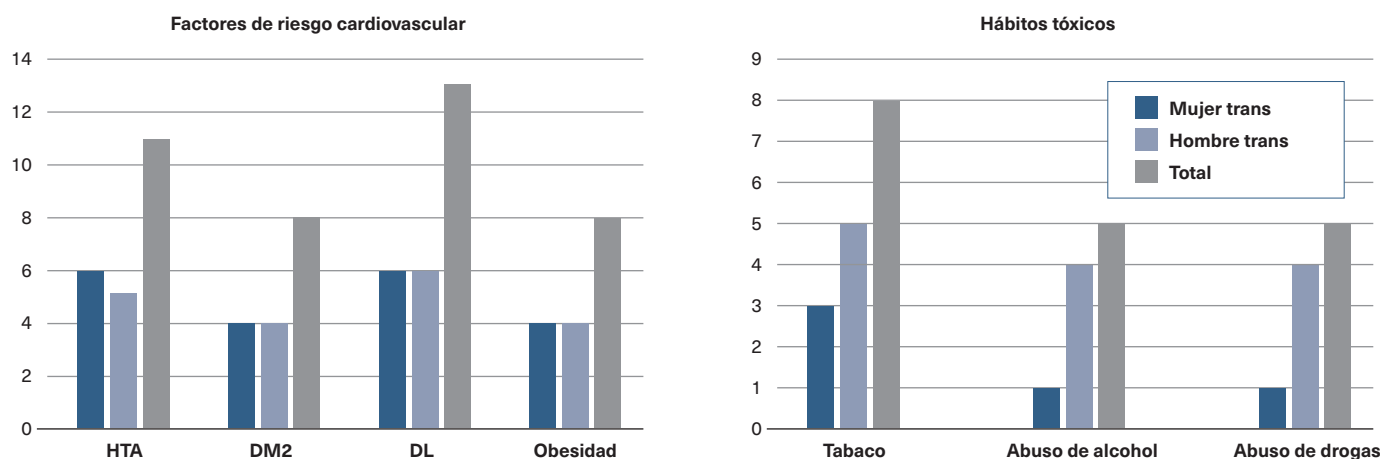
consumar. Además, tres MT expresaron haber sufrido acoso y agresiones sexuales.

La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular y la presencia de hábitos tóxicos queda representada en la **figura 3**. La totalidad de las personas transexuales ≥ 45 años presentaba al menos un factor de riesgo cardiovascular, y el 50%, dos o más de dos. Menos de la mitad de los pacientes con dislipemia (DL) e hipertensión arterial (HTA) estaba recibiendo tratamiento farmacológico y todos los casos de diabetes mellitus 2 (DM2) presentaban mal control con hemoglobina glicosilada (HbA1c) > 7,5% y unas cifras de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (cLDL) > 150 mg/dL. El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) estaba presente en cuatro pacientes de la muestra (16,6%), perteneciendo todos ellos al grupo de HT, aunque no se había realizado un estudio diagnóstico previo a

Tabla 2. Datos de calidad de vida y psicomorbilidad

	CALIDAD DE VIDA		DEPRESIÓN		AUTOESTIMA		ESTRÉS Y EVITACIÓN SOCIAL	
	Excelente-buena	Regular-mala	Ausente-leve	Moderada-grave	Alta	Baja	Sí	No
Mujeres trans (n = 10)	8	2	9	1	7	3	1	9
Hombres trans (n = 6)	4	2	5	1	4	2	1	5
Total (n = 16)	12	4	12	2	11	5	2	14

Figura 3. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular y hábitos tóxicos



DL: dislipemia; DM2: diabetes mellitus 2; HM: hombres trans; HTA: hipertensión arterial; MT: mujeres trans.

acudir a la UIG, a pesar de existir síntomas sugestivos. El 25% (5 MT y 1 HT) de las personas incluidas en la muestra final presentaban diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

DISCUSIÓN

En estos últimos años estamos asistiendo en España a un importante aumento de demanda asistencial de personas transexuales, sumado a un reconocido envejecimiento poblacional. A pesar de ello, según nuestra serie, aún es reducido el porcentaje de personas adultas mayores de este colectivo que acuden a nuestras consultas en comparación con la población transexual adolescente y adulta joven. Para entender este hecho, es necesario contextualizar su situación, ya que durante años ha sido un colectivo invisibilizado, estigmatizado, expuesto a experiencias de discriminación¹⁷ y, en no pocas ocasiones, su acceso al sistema público sanitario se ha visto limitado al no contemplarse la salud transgénero en las carteras de los servicios públicos. Así, según una gran encuesta americana¹⁸, hasta el 28% de la muestra de adultos trans mayores de 55 años había sufrido la negativa a la asistencia sanitaria por motivos de su identidad de género. Por todos estos factores, las personas adultas mayores trans sienten miedo o creen que la atención sanitaria a sus necesidades no está disponible para ellas a causa de experiencias discriminatorias previas¹⁹. Todo ello da lugar a mayores proporciones de comorbilidades médicas y psicológicas en comparación con la población general^{10,20,21}.

De igual manera, es llamativa en nuestra serie la inversión de ratios observada en cuanto a la identidad de género: mientras que entre los jóvenes predomina los HT, en los adultos mayores y en la tercera edad son mayoría las MT, hecho que también se ha evidenciado en otras series publicadas en nuestro país²². Además, cabe considerar que el perfil biopsicosocial de las personas trans mayores es marcadamente diferente al de los jóvenes, por lo que es de notar que las demandas y necesidades aparecen cada vez más distanciadas de las de las edades jóvenes.

Por otro lado, en más de la mitad de los casos de nuestra serie (63%), pese a tener consolidada su identidad de género desde la adolescencia en prácticamente la totalidad de la muestra, no se decidieron a hacer el tránsito social hasta edades más avanzadas.

Posiblemente, por haberse mantenido a la espera de consolidar su entorno familiar (por ejemplo, 4 MT y 2 HT habían tenido hijos biológicos y esto tuvo un peso importante en el retraso del proceso de tránsito) o laboral, o bien por proceder de entornos sociales o geográficos más represivos y/o con menos redes de apoyo²³. Según una serie americana en la que se incluían 704 personas adultas trans mayores, el 70% de la muestra retrasaba su transición social para evitar situaciones de discriminación en el entorno laboral¹⁸.

Por otro lado, la aparición de la disforia de género en la edad adulta es poco frecuente y está poco descrita al no existir publicaciones al respecto; dicha situación solo se observó en un caso de nuestra serie.

Con respecto al perfil educacional, era alta la proporción de la muestra con estudios superiores, sobre todo en el caso de las MT, aunque debido a la estigmatización del colectivo, este hecho no

siempre se traduce en mejores empleos, lo que pone de manifiesto inequidades sociales que se traducen en desigualdades económicas²⁴. Ello, sumado a la no desdeñable tasa de marginalidad laboral y paro (37,5%), puede poner en riesgo de exclusión social a estas personas¹⁹. Teniendo en cuenta todo ello, llama la atención la frecuencia de las cirugías practicadas fuera de la red pública (un tercio de las MT y las mastectomías en la mitad de los HT) con el impacto que eso puede suponer en una población con una alta tasa de precariedad económica.

Merece ser destacado que la mayoría dijo tener una buena o muy buena calidad de vida, un adecuado estado de ánimo y un nivel de autoestima alto y escasa fobia social. Estos datos contrastan con los reportados en otras publicaciones que describen una peor situación, posiblemente por ser series más antiguas³ y porque la recogida de datos se hizo a través de colectivos LGTBI y no desde la sanidad pública. En otras publicaciones, las tasas de depresión en personas adultas mayores oscilan entre el 44 y el 62%, que pueden ir ligadas a una elevada prevalencia de estrés percibido o ansiedad, que, según un estudio, estaba presente en el 56% de los casos y se relacionaba con dificultades en el acceso a la atención médica²¹. De igual forma, este hecho también se correlaciona con un peor control de factores de riesgo cardiovascular, tal y como se puso de manifiesto en nuestra serie, y un mayor consumo de tabaco en comparación con la población general, quizá asociado a la ansiedad y la distocia social a veces acompañante.

Otras patologías crónicas como la infección por VIH, también presente en nuestra serie, pueden ir en línea con este problema de acceso a la atención médica por sus connotaciones estigmatizantes. Por tanto, debemos considerar esta patología también en la población adulta mayor trans, teniendo en cuenta que se trata de un colectivo vulnerable (características sociodemográficas, exposición a abuso sexual, abuso de sustancias, etc.)⁹ y estar alerta de nuevos casos de seroconversión, considerando el tipo de prácticas sexuales durante la atención psicosexual.

Además, la limitación del acceso al sistema sanitario ha generado en muchas ocasiones yatrogenia evitable por los autotratamientos^{3,25,26}. En nuestra serie, hasta un 30% (7 de las 18 MT) referían historia de autohormonación, generalmente iniciada en la adolescencia y juventud. La mayoría de los autotratamientos asociaban valerato de estradiol a dosis > 6 mg/día, lo que se traduce en dosis elevadas de estrógenos, generalmente asociados a progesterona o acetato de ciproterona. A la llegada de estas pacientes a nuestra UIG, las modificaciones sobre el tratamiento hormonal afirmativo que se hicieron consistieron en reducir dosis de estrógenos, suspendiendo el etinilestradiol y sustituyéndolo por preparados estrogénicos transdérmicos, todo ello enfocado a reducir el riesgo trombotico y de eventos cardiovasculares. Además, se redujeron las dosis o se suspendió el tratamiento con acetato de ciproterona por el riesgo asociado de meningiomas y síndrome depresivo⁵⁻⁷.

La proporción de personas con ideación suicida es mayor en población transexual que en población general²⁷⁻²⁹. En nuestra serie, los antecedentes de conductas autolesivas e IS son superiores a los recientemente reportados por nuestro grupo para población transexual adolescente y joven³⁰. Estas conductas autodestructivas obligan a plantear una estrategia de prevención en esta población especialmente vulnerable.

Limitaciones

En nuestro estudio se incluye una población mayoritariamente caucásica, lo que dificulta la extrapolación de los datos a otras poblaciones. Por otro lado, el tamaño muestral, sobre todo en lo que respecta a los HT, dificultó el tratamiento estadístico, por lo que muchos datos no se han podido analizar diferenciando entre género sentido ni por subgrupos de edad.

CONCLUSIÓN

En conclusión, en nuestra muestra existió una baja proporción de personas trans mayores de 45 años que consultaban en la UIG en comparación con el resto de las franjas etarias más jóvenes (4,2% del total de la muestra). Dicho subgrupo se caracterizó por presentar altas tasas de factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades psicológicas.

Así, como reflexión derivada de este escenario asistencial, se plantea la necesidad de facilitar el acceso a la atención sanitaria a este colectivo mediante el apoyo y la colaboración entre Atención Primaria y las unidades de referencia de atención especializada. Para ello, se precisa una adecuada formación de los profesionales sanitarios en diversidad sexual y de género para reducir las barreras a las que se enfrenta este colectivo (temor a la discriminación, estigma, incompreensión de necesidades específicas o la no contemplación de la salud transgénero en las carteras de los servicios sanitarios públicos en el pasado), así como la creación de espacios seguros y redes de apoyo psicosocial, orientando todos estos programas e intervenciones en salud física y psicosexual a las posibilidades y demandas del colectivo trans, favoreciendo así su autonomía en edades más avanzadas.

Finalmente, destacamos que, a pesar del progresivo reconocimiento y aceptación del colectivo trans en el ámbito sanitario, aún existen muchas áreas relativas al envejecimiento en personas trans que requieren de más estudios con una perspectiva interseccional que incluya, además de la identidad de género, la orientación sexual, la clase social y la etnia. Como propuestas para futuros trabajos, recomendamos considerar también a población mayor no binaria, analizar dicha muestra por separado del resto de participantes pertenecientes al colectivo LGTBI estratificando la muestra por edad para evitar heterogeneidad y emplear test psicométricos validados en población trans.

BIBLIOGRAFÍA

- Grant JM, Motter LA, Tanis J. Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian; 2011.
- Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, Clinical, and Psychiatric Characteristics of Transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*. 2009;38(3):378-92.
- Becerra Fernández A, De Luis Román DA, Piedrola Maroto G. Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. *Medicina Clínica*. 1999;113(13):484-7.
- Rafferty J, Yogman M, Baum R, Gambon TB, Lavin A, Mattson G, et al. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*. 2018;142(4).
- Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2017;102(11):3869-903.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, De Cuypere G, Feldman J, et al. Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género: La Asociación Mundial para la Salud Transgénero. *International Journal of Transgenderism*. 2018;19(3):287-354.
- Gómez-Balaguer M, Cabrera-García P, Tomé-García M. SEEN GdlyDsdL. Incongruencia de género. Papel de la Endocrinología en la Atención Integral a las personas transgénero y con diversidad sexogenérica. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN) (anexo 1). *Endocrinología y Nutrición*. 2022;59(6):367-82.
- Den Heijer M, Bakker A, Gooren L. Long term hormonal treatment for transgender people. *British Medical Journal*. 2017;359.
- Finkenauer S, Sherratt J, Marlow J, Brodey A. When injustice gets old: A systematic review of trans aging. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. 2012;24(4):311-30.
- Granados Cosme JA, Lee Hale N. Salud y tercera edad: envejecimiento en personas LGBT. *Salud Problema*. 2021;15(29):48-60.
- Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Yoon G, Liu J, Mahmud S. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of nervous and mental disease*. 2000;188(5):301-5.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BE, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: The Guilford Press; 1979.
- Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 2015.
- Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1969;33(4):448.
- Butler G. Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*. 1985;23(6):651-7.
- Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*. 1997;35(8):741-56.
- Siverskog A. «They just don't have a clue»: Transgender aging and implications for social work. *Journal of Gerontological Social Work*. 2014;57(2-4):386-406.
- Carroll L. Therapeutic issues with transgender elders. *Psychiatric Clinics*. 2017;40(1):127-40.
- Witten TM. It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. *LGBT health*. 2014;1(1):24-33.
- Witten TM, Eyler AE. *Gay, lesbian, bisexual, and transgender aging: Challenges in research, practice, and policy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2012.
- Fredriksen-Goldsen KI, Cook-Daniels L, Kim H-J, Erosheva EA, Emlert CA, Hoy-Ellis CP, et al. Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*. 2014;54(3):488-500.
- Becerra-Fernández A, Rodríguez-Molina JM, Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Cuchi-Alfaro M, García-Camba E, et al. Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the autonomous region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Archives of Sexual Behavior*. 2017;46(5):1307-12.
- Guerra MP, Balaguer MG, Porras MG, Murillo FH, Izquierdo ES, Ariño CM. Transexualidad: transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2020;67(9):562-7.
- Benbow SM, Kingston P. Older trans individuals' experiences of health and social care and the views of healthcare and social care practitioners: «they hadn'ta clue». *Educational Gerontology*. 2022:1-14.
- Solá E, Vayá A, García-Torres S, Cubells P, Casañ R, Garzón S, et al. Riesgos del tratamiento estrogénico en trastornos de identidad sexual: a propósito de un caso. *Endocrinología y Nutrición*. 2005;52(6):321-2.
- Bergoglio MT, Gómez-Balaguer M, Folch EA, Murillo FH, Hernández-Mijares A. Symptomatic meningioma induced by cross-sex hormone treatment in a male-to-female transsexual. *Endocrinología y Nutrición (english edition)*. 2013;60(5):264-7.
- Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M, et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of sex research*. 2010;47(1):12-23.
- Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, Cai G, Tien A, Romanoski A, et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: The Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(11):993-9.
- Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson AL, Långström N, Landén M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *Public Library of Science One*. 2011;6(2):e16885.
- Pardo IM, Balaguer MG, Murillo FH, Navarro EC, Izquierdo ES, Ariño CM. Antecedentes de comportamientos autolesivos y autolíticos en población adolescente y adulta joven transexual, atendida en una unidad especializada en identidad de género en España. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2021;68(5):338-45.