

APRIRE

LE

PORTATE!

UNA GUIDA PER
A PROFESSIONALS

**OPEN
DOORS**

OBRIM LES PORTES!

UNA GUIA PER
A PROFESSIONALS

Títol: ***Obrint les portes! Un manual LGTBI per a professionals de la salut An LGBTI***

Autores: ***Dra. Zsuzsanna Szél i Dra. Zsófia Török***

Revisió professional: ***Teo Juventeny i Laura Vila Kremer***

Disseny: ***Ainara Beristain / www.limoiura.com***

Edició: ***Háttér Society***

Data: ***January 2022***



Aquesta publicació s'ha produït com a part del projecte Open Doors: Promoting Inclusive and Competent Health Care for LGBTI People, finançada pel programa de Drets, Igualtat i Ciutadania de la Unió Europea (2014-2020).

El contingut d'aquesta publicació representa només les opinions de les autores i és la seva exclusiva responsabilitat. La Comissió Europea no assumeix cap responsabilitat per l'ús que es pugui fer de la informació que conté.



Aquesta publicació està subjecte a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-Compartir-igual 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)
No adaptada de Creative Commons

ÍNDEX

ÍNDEX	5
CAPÍTOL 1. INTRODUCCIÓ	7
CAPÍTOL 2. GLOSSARI.....	27
CAPÍTOL 3. EIX DE DESIGUALTAT BASAT EN LA LESBOFÒBIA. PERSPECTI- VES SOBRE DONES LESBIANES I BISEXUALS.....	37
CAPÍTOL 4. EIX DE DESIGUALTAT BASAT EN LA GAIFÒBIA. PERSPECTIVES SOBRE HOMES GAIS I BISEXUALS	43
CAPÍTOL 5. EIX DE DESIGUALTAT BASAT EN LA TRANSFÒBIA. PERSPECTI- VES SOBRE PERSONES TRANS*	55
CAPÍTOL 6. EIX DE DESIGUALTAT BASAT EN LA INTERFÒBIA. PERSPECTI- VES SOBRE PERSONES INTERSEX.....	61
CAPÍTOL 7. RECOMANACIONS PER A L'ABORDATGE DE LA SALUT LGBTI EN ENTORNS SANITARIS	69

Capítol 1. – Introducció

La guia que tens entre mans aborda les principals qüestions de salut específiques de les persones LGTBI, en base als resultats del projecte Open Doors. Empoderant professionals de la salut per prestar atenció inclusiva i competent a pacients LGTBI. En el projecte Open Doors, finançat per la Unió Europea, hi han participat organitzacions de cinc territoris diferents (Bulgària, Catalunya, Croàcia, Hongria i Itàlia). Tot i que el projecte ha abraçat els cinc territoris anteriors, per aquesta guia ens hem centrat en el sistema de salut català.

Esperem que aquesta guia pugui resultar útil per a la pràctica professional de manera integral, des de la quotidianitat de la tasca de l'atenció a la salut, fins a l'abordament de qüestions més àmplies, com ara protocols i polítiques públiques. Aquesta guia també pretén ser una eina per a la reflexió, per tal de contribuir a un sistema de salut compromès amb el benestar de totes les persones, i que per tant incorpori una mirada àmplia vers la diversitat sexual i de gènere.

Aquesta publicació està destinada a donar suport a professionals de la medicina, la infermeria, el treball sanitari, la psicologia i el treball socials, en la seva feina amb clients i pacients LGTBI, amb l'objectiu de proporcionar una millor atenció a les persones amb minories sexuals i de gènere i millorar l'estat de salut dels població LGTBI.

L'augment de la competència cultural mitjançant l'educació és una part essencial per reduir les disparitats del sistema sanitari (Szél et al. 2020; Dunjić-Kostić et al. 2012; Banwari et al. 2015; Lopes, Gato i Esteves 2016; Grabovac et al. 2014). Diversos estudis previs han confirmat que les actituds envers les persones LGTBI es correlacionen fortament amb el coneixement sobre el gènere i les minories sexuals. En general, la salut de la població LGTBI només s'aborda de manera marginal a l'educació universitària, en molts casos els estudiants no tenen l'oportunitat d'accedir a una quantitat adequada d'informació i material de formació inclusiu sense prejudicis, estereotips i biaixos inconscients.

El manual es va escriure amb un enfocament afirmatiu LGTBI, després de revisar acuradament la literatura disponible actualment sobre el tema de les necessitats de salut i l'estat de salut LGTBI i de revisar les recomanacions accessibles sobre la prestació d'atenció culturalment competent a aquestes minories. L'objectiu d'aquest manual és proporcionar informació resumida, clara i útil per a aquells que estan educant, estudiant o treballant en el sistema sanitari i d'atenció social. Teníem la intenció de revisar les similituds i les diferències dels grups LGTBI en un ampli espectre i cridar l'atenció dels cuidadors i professionals de la salut sobre qüestions específiques de treballar amb persones LGTBI.

Esperem que el manual ajudi a crear un sistema d'atenció social i de salut més inclusiu, contribuint així a reduir les disparitats assistencials.

Referències:

- Banwari, G; Mistry K; Soni, A; Parikh, N; Gandhi, H. 2015. Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. *J Postgrad Med* 61(2):95-100
- Dunjić-Kostić, B.; Pantović, M.; Vuković, V.; Randjelović, D.; Totić-Poznanović, S.; Damjanović, A.; Jašović-Gašić, M.; Ivković, M. 2012. Knowledge: A Possible Tool in Shaping Medical Professionals' Attitudes towards Homosexuality. *Psychiatr Danub* 24(2), 143–151.
- Grabovac, I; Abramovic, M; Komlenovic, G; Milosevic, M; Mustajbegovic, J. Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Coll Antropol.* 2014;38:39-45
- Lopes, L; Gato and J; Esteves, M. 2016. Portuguese Medical Students' Knowledge and Attitudes Towards Homosexuality. *Acta Médica Portuguesa*, 29(11), 684-693
- Szél, Zs.; Kiss, D.; Török, Z.; Gyarmathy, VA. 2020. Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. *J.Homosex.* 67(10), 1429-1446.

1.1) El concepte de salut d'aquesta guia

Aquesta guia treballa des d'una perspectiva de salut comunitària. Això implica, per un cantó, que l'objecte de l'atenció en salut és una comunitat concreta, i per l'altra, que les institucions de salut han de treballar coordinadament per tal de proveir una bona atenció. Però, sobretot, parlar de salut comunitària vol dir també que posem l'accent en la idea que la salut es construeix comunitàriament, per part de totes les membres de la comunitat. Per tant, treballeu amb la idea que la salut té forts condicionants socials, i que per tal de tenir una comunitat sana s'ha de treballar des d'una perspectiva comunitària, a més d'un paradigma bio-psico-social.

Quan parlem de condicionants socials de la salut ens referim, a grans trets, a les estructures socials i en com els seus efectes en la quotidiani-

tat de les persones acaben, també, tenint efectes en la seva salut. Les diferències de classe social, estatus migratori, racialització, gènere i identitat de gènere, orientació sexual, o de diversitat funcional es tradueixen en condicions de vida que tenen conseqüències directes sobre la salut. Així doncs, poder escollir o no viure en un entorn altament contaminat, tenir condicions de treball dures tant física com emocionalment, viure en estrès constant, no tenir dret a ajudes socials per malaltia o no tenir una xarxa de suport al país on es resideix són condicionants socials que, com tants d'altres, acaben tenint efectes en l'esperança i la qualitat de vida, la incidència de malalties o la causa de la mort.

Parlar de condicionants socials de la salut té diverses implicacions. Per una banda, té una im-

plicació personal, a l'hora de plantejar la mirada que tenim com a professionals de la salut davant de l'estat de salut d'una pacient. D'altra banda, té implicació a nivell de serveis, ja que aquests sovint estan organitzats d'una manera fragmentada (per exemple, serveis socials, centres de salut, educació, oficines per la no discriminació, serveis d'atenció a la violència masclista, entre d'altres) i això no sempre permet veure la situació d'una pacient en la seva totalitat. Finalment, té implicacions a nivell polític, ja que la salut necessita de la participació activa de la comunitat per tal de ser efectiva, i la implicació política de la població és molt desigual, amb grans diferències entre municipis i entre barris.

Com hem indicat, la perspectiva de salut comunitària necessita d'un paradigma bio-psi-co-social, i per tant és la perspectiva amb la que treballa aquesta guia, en oposició al paradigma biomèdic, ara per ara el model hegemònic a la majoria de països occidentals.

En termes generals, el model biomèdic situa al personal de salut com a agent (per tant, actiu) expert en la salut, que compta amb els coneixements necessaris per explicar les dolències de les pacients (per tant, passives). A partir de la instauració del model biomèdic, l'individu deixa de ser responsable del seu estat, i per tant passa a tenir un rol de passivitat en relació a la seva pròpia salut. A més, el model biomèdic pren una mirada fragmentada del cos i dels seus problemes, fet que es fa palès amb l'organització de la disciplina mèdica en especialitats com ara la cardiologia, la neurologia o la urologia.

Les diverses branques de les ciències de la salut ja fa temps que insisteixen en un canvi de paradigma entre el model biomèdic i el model biopsicosocial. Tanmateix, i tot i que s'han aplicat algunes modificacions en serveis i formacions, aquest canvi de paradigma encara no s'ha produït, ja que no es tracta de petites adaptacions, sinó d'un canvi absolut de paradigma. Així doncs, enlloc de seguir el model cartesià ment-cos, des

del paradigma bio-psi-co-social es planteja la necessitat d'observar l'individu de manera integral, holística, no només en el conjunt del seu cos, sinó també perquè trenca amb la dicotomia individu-societat, i no concep la salut de la persona sense la salut de la comunitat. És per això que articula tres elements: el biològic (salut física, vulnerabilitats genètiques, consum o contacte amb tòxics, alimentació, etc.), el psicològic (salut mental, estratègies d'afrontament, habilitats socials, etc.) i el social (comunitat, xarxa de suport, factors culturals, etc.).

1.1) La perspectiva LGTBI i la salut

Si les comunitats construeixen la salut, també construeixen la malaltia. Els sistemes i estructures socials on viuen les persones són determinants en la salut, i és per això que quan parlem de desigualtats en la salut des d'una perspectiva comunitària no només ens referim a l'accés a una cita mèdica, sinó també a quines oportunitats i quins recursos tenim les persones en la construcció de la nostra salut segons diferents eixos estructurals, com el gènere, la classe social. I aquesta guia se centra en uns eixos concrets: l'orientació sexual, la identitat de gènere, l'expressió de gènere, i les característiques sexuals.

1.1.1.) Estigma i estigmatització

Link i Phelan (2001) defineixen l'estigma com «la concurrència d'elements com l'etiquetatge, l'estereotipatge, la separació, la pèrdua d'estatus i la discriminació». I Herek (2007) va més enllà, especificant que es tracta de «la consideració negativa, l'estatus inferior i el devaluació que la societat atribueix col·lectivament a qualsevol comportament, identitat, relació o comunitat no heterosexuales o no cisnormatives».

En el cas de les minories sexuals i de gènere

re, els sentiments negatius de la societat per a les persones que no són heterosexuales o no són cisgènere (incloent-hi la seva identitat, relació o identitat grupal), s'anomena «estigma LGTBI».

L'estigma apareix de forma explícita quan algú critica o rebutja algú altre (per exemple, persones LGTBI o persones racialitzades) d'una manera oberta, conscient, controlable i reflexiva; o implícitament, quan algú no és conscient del seu biaix i és involuntàriament insensible o maleducat amb d'altres persones.

La percepció de l'estigmatització afecta la salut de diferents maneres:

En primer lloc, l'estigmatització implícita o explícita, o les experiències adverses en entorns sanitaris, poden portar a evitar la utilització del sistema sanitari, a causa de la incertesa de si el tractament que ens hi podran oferir serà adequat o no. Quan les persones se senten estigmatitzades, és més probable que no revelin la seva orientació sexual o identitat sexual o de gènere als professionals, o que ajornin la cerca d'ajuda. D'aquesta manera, l'eficàcia de la trobada metge-pacient, la cooperació i el compliment del pacient, i la mateixa eficàcia terapèutica, se'n veuen perjudicades. (Durso i Meyer 2013).

En segon lloc, l'estigmatització negativa i les actituds negatives interioritzades tenen efectes adversos sobre la salut mental i física, poden provocar un major nivell d'ansietat o angoixa, una incidència més alta de depressió, pensaments suïcides o intents de suïcidi, risc elevat de comportaments poc saludables/estratègies per fer-hi front... Tot plegat pot afectar la salut general i generar-hi conseqüències (com ara el consum de tabac, alcohol o drogues) (Goldbach et al. 2014; Feinstein i Newcomb, 2016; Parent et al. 2018), i diverses malalties cròniques com ara malalties cardiovasculars, diabetis o certs tumors.

És possible que les persones LGTBI es trobin amb migroagressions o victimització pel seu estat minoritari en el seu dia a dia, la qual cosa

augmenta el seu risc de dur a terme estratègies poc saludables per fer front a l'augment de la càrrega mental (Goldbach et al. 2014; Feinstein i Newcomb, 2016; Parent et al. 2018).

Hem de destacar que les minories sexuals i de gènere tenen més probabilitats d'experimentar esdeveniments traumàtics que la població mitjana a través de l'assetjament, la microagressió, l'estigmatització, els delictes d'odi i també els traumes històrics o socials (Roberts, Austin, Corliss, Vander Morris i Koenen, 2010; Beckerman i Auerbach, 2014; Livingston, Berke, Scholl, Ruben i Shipherd 2020; Bovin, Camden i Weathers, 2021). Per tant, quan es treballa amb persones LGTBI, els professionals sanitaris han de ser conscients de senyals/síntomes de TEPT (trastorn d'estrès posttraumàtic) com: 1) tornar a experimentar l'esdeveniment traumàtic (records intrusius, flashbacks i/o malsons); 2) evitació de records traumàtics, 3) una persistent sensació d'amenaça, evidenciada per la hipervigilància i l'augment del sobresalt (Livingston, Berke, Scholl, Ruben i Shipherd 2020; Beckerman i Auerbach, 2014). És important tenir en compte que, tot i que alguns persones LGTBI poden no complir els criteris diagnòstics de TEPT o TEPTC, encara són més propenses a patir sofriments mentals greus per motius d'estigmatització, LGTBifòbia interioritzada, sensibilitat al rebuig, hostilitat, marginació, discriminació i victimització que la població general (Roberts, Austin, Corliss, Vander Morris i Koenen, 2010).

Podem distingir l'estigma que es produeix a diferents nivells:

Nivell social - estructural

Estigma social/públic: la desaprovació o la discriminació d'algú en funció de les característiques percebudes que separen una persona o grup de les altres de la societat (en funció de la cultura, religió, gènere, orientació sexual, raça/ètnia, intel·ligència, salut/malaltia o discapacitat, estatus socioeconòmic). Per exemple: negar l'accés al matrimoni a les parelles del mateix sexe.

Estigma estructural: condicions socials, institucionals, lleis, polítiques i pràctiques que redueixen oportunitats, recursos, poder o benestar de persones amb certes característiques o identitats de grup. Per exemple: la manca de professionals de la salut amb formació o de polítiques sanitàries que proporcionin serveis iguals per a individus cisgènere, heterossexuals i sexuals o amb minories de gènere.

Nivell interpersonal-intrapersonal

L'estigma previst és la creença o la preocupació per possibles casos futurs de prejudicis, estereotips o discriminacions, que puguin fer que algú eviti o retardi l'accés a l'àmbit sanitari.

L'estigma interioritzat és la devaluació d'un mateix, basada en normes, creences i valors culturals o socials sobre l'orientació sexual o la identitat de gènere o un altre estat minoritari. Pot provocar una disminució de l'autoestima i té el potencial d'incrementar la participació en conductes de salut negatives.

L'estigma percebut o sentit és la presa de consciència d'estereotips o sentiments de vergonya o inseguretat a causa de qualsevol identitat o característica. Condueix a la por a l'estigmatització i provoca ansietat i ostracisme.

L'estigma actuat és l'acte obert i real d'humiliació, discriminació, assetjament i violència dirigit cap a algú.

La importància dels estigmes públics rau en el fet que evocuen actituds implícites negatives. Això significa que construeixen una poderosa barrera per proporcionar ajuda a les persones estigmatitzades, mentre que l'autoestigma pot induir a una vergonya, la por a l'estigmatització o la culpa, que podria provocar una altra barrera per buscar ajuda (Fortenberry, McFarlane, Bleakley, Bull, Fishbein, Grimley, Malotte i Stoner, 2002).

L'estigmatització en relació amb l'orientació sexual i la identitat de gènere en entorns d'atenció mèdica es pot produir com:

Heteronormativitat: la suposició que tothom és heterosexual o que només l'heterosexualitat és "normal". També es refereix a la pressió social perquè tothom sembli i actuï de manera estereotípicament heterosexual. L'heteronormativitat es pot manifestar com l'heterossexualisme, la creença esbiaixada que l'heterosexualitat és superior a la resta de sexualitats.

Cisnormativitat: la suposició que tothom és cis-gènere o que només la identitat de gènere cis és "normal".

La heteronormativitat i la cisnormativitat impregnen el discurs del sistema sanitari, les definicions dels diagnòstics i la pràctica clínica determinada en general.

Transfòbia: humiliació, marginació, discriminació, odi o abús de persones transgènere o d'algú a causa de la suposició d'una identitat trans.

Bifòbia: humiliació, marginació, discriminació, odi o abús de persones bisexuals o d'algú que se suposa que és bisexual. Les persones bisexuals sovint s'enfronten a la vulneració de la legitimitat de la seva identitat tant a les comunitats LGTBI com a la majoria, i de vegades se suposa que són heterosexuals o homosexuals en funció del gènere de la seva parella actual.

Homofòbia: humiliació, marginació, discriminació, odi o abús de persones gais o lesbianes, o algú que se suposa que és gai o lesbiana.

Intersexfòbia: humiliació, marginació, discriminació, odi o abús de persones intersexuals. Humiliació, marginació, discriminació, odi o abús d'enbyfòbia a persones no binàries o algú que es suposa que no és binari.

1.1.2) Barreres per accedir a la sanitat

Ocupació, condicions laborals i de vida

Segons alguns estudis previs, les llars de les persones amb minories sexuals i de gènere tenen menys ingressos i són més propenses a viure sota el llindar de la pobresa: dones bisexuals i lesbianes i persones trans especialment (Mallory i Sears, 2015; Fric, 2019; Sears i Mallory, 2011; Cahill i Tobias, 2007; Reisner et al. 2015; Lambda Legal, 2010; Schneebaum i Badgett, 2019).

Les persones LGTBI també tenen més probabilitats d'afrontar el sensellarisme i l'atur (Cochran et al, 2002; Corliss et al. 2011; Rosario, Schrimshaw i Hunter 2012; Durso i Gates, 2012; Laurent i Mihoubi, 2017; Charlton, Gordon i Reisner, 2018). Les investigacions sobre ocupació dins de la població LGTBI indiquen que les persones amb minories sexuals i de gènere se senten menys segures al seu lloc de treball, experimenten discriminació, mobilització o assetjament amb més freqüència i també els costa més treballar o canviar de feina. les seves habilitats i nivell d'educació (Ozeren 2014; Cech i Rothwell, 2020; Ng i Rumens, 2017; Rudin, Biling, Farro i Yang, 2020)

L'aïllament / abandonament i la manca de relacions familiars de suport també són barreres importants, que contribueixen al seu major risc de sensellarisme, i la manca de suport econòmic o de familiars disponibles que en tindrien cura si fos necessari. El problema de l'aïllament és més agut en el cas de persones LGTBI joves i d'edat avançada. Els joves estan més exposats als perills mentre depenen de la cura parental i/o ho són econòmicament dependents dels seus tutors legals. De la mateixa manera, les persones grans es tornen vulnerables quan ja no poden viure de manera independent i s'han de traslladar a residències comunitàries, per tant, serien desitjables serveis específics per a grups d'edat vulnerables (especialment en l'àmbit de l'atenció pediàtrica, el sistema d'atenció social, les residències per a gent gran i sistema d'atenció primària).

Accessibilitat

L'accessibilitat al sistema o serveis sanitaris també és inequitat a molts nivells (McKay 2011). En primer lloc, és menys probable que les persones LGTBI i les seves famílies tinguin una assegurança mèdica privada a causa de la manca d'accés a una assegurança mèdica patrocinada per l'empresari; o el biaix en reconeixement / reconeixement de les seves relacions familiars o parella / matrimoni (Clift i Kirby 2012; Grant et al 2011).

Hi ha alguns estudis que posen de relleu que és probable que certes subpoblacions de la comunitat LGTBI es vegin mal servides per la demora en obtenir o obtenir medicaments receptats. A més, també és més probable que experimentin un retard en obtenir una atenció adequada perquè els proveïdors d'atenció mèdica es neguen a proporcionar-los atenció mèdica o posposen la cerca d'atenció a causa d'experiències anteriors o estigmatització (full informatiu de negativa LGBT 2015; James et al 2016). Les persones LGTBI també són més propenses a utilitzar la sala d'emergències (Sanchez et al. 2007; James et al. 2016). Finalment, estudis previs indiquen que les persones amb minories sexuals i de gènere són més propenses a ser assetjades pels proveïdors d'assistència sanitària. Un comportament perjudicial, estigmatitzant i discriminatori, adoptat pel personal sanitari, comporta un deteriorament i una desigualtat en l'accés al sistema de salut per a la població minoritària sexual i de gènere.

Comunicació

La comunicació és un element bàsic d'una trobada proveïdor-pacient. Els problemes en la comunicació afecten greument l'atenció a l'assistència, posant en perill l'establiment d'un diagnòstic correcte, interferint amb la intenció del pacient de fer preguntes i, per tant, l'oportunitat de donar i prendre el consentiment informat. A més, deteriora el compliment del pacient i dificulta la creació d'una relació de confiança metge-pacient.

Els pacients han d'entendre els seus diagnòstics, les opcions i alternatives de tractament, els seus riscos i beneficis, i també el pronòstic de la seva afecció per obtenir consentiments informats. El propi malestar i malestar dels professionals mentre aborden l'orientació sexual i la identitat de gènere - sovint arrelat en la incertesa sobre l'ús d'un llenguatge afirmatiu o una terminologia correcta - també es pot considerar com una barrera de comunicació i pot resultar fàcilment en una descortesa involuntària, o inadequada i íntima. curiositat / comportament per part del personal sanitari (Sharek et al 2015; Fish i Bewley 2010).

Manca d'informació o coneixement

L'escassetat de proveïdors d'atenció mèdica que coneguin els problemes de salut LGTBI, la sensació de preparació dels professionals de la salut per atendre les necessitats de salut d'identitat sexual i de gènere afecta les seves decisions terapèutiques i redueix la seva capacitat per tenir cura de les persones LGTBI creant un sentiment d'incompetència i frustració (Sharek et al 2015; Fish and Bewley 2010). L'heteronormativitat, la cisnormativitat i la manca d'informació sobre riscos específics per a la salut, les necessitats de salut mental i física de la comunitat LGTBI dona lloc a un tractament esbiaixat i es maltracta o està mal atès en entorns sanitaris (per exemple, implica la dificultat d'estar al dia amb la rutina projeccions o exàmens)..

1.2) Estrès minoritari, discriminació

El model d'estrès minoritari de Meyer suggereix que a causa de factors distals (com l'estigma, prejudicis i discriminació) i proximal (expectativa de discriminació o rebuig; actituds socials negatives interioritzades), les persones LGTBI poden experimentar nivells d'estrès crònicament elevats (Meyer 2003; Dentato 2012). La presència d'estressors únics (homofòbia, bifòbia, transfòbia, enbyfòbia i intersexfòbia), crònics (vida d'assetjament, maltractament, discriminació), socialment (cultura hostil, heteronormativa, cisnormativa) es tradueixen en una experiència desproporcionada d'angoixa que amenaça la física dels individus de les minories. i salut mental (DeLilly i Flaskerud 2012; McConnell et al. 2018; Williams et al. 2019). En comparació amb el grup majoritari (població cisgènere o heterosexual), les minories LGTBI es caracteritzen generalment per resultats de salut mental menys favorables, aquests resultats suggereixen que els processos d'estrès minoritari estan relacionats amb una

salut física més deficient i nombrosos problemes de salut mental com trastorns d'ansietat, símptomes depressius, afrontament inadaptat (consum excessiu de fumats, consum de substàncies) i ideació de suïcidi (Frost, Lehavot i Meyer 2015; Meyer i Frost 2013; Kelleher, 2009).

Les minories sexuals i de gènere perceben diversos estressors que són comuns a altres minories (discriminació, amenaça d'estereotips, delictes d'odi), però l'homofòbia interioritzada i l'estrès causat per l'ocultació de la seva identitat (minoritària) apareixen com a estressors addicionals específics a la seva vida (Hatzenbuehler i Pachankis 2016; Meyer 2003). Els recursos d'estrès com ara experiències de prejudicis, expectatives de rebuig, ocultació, alienació i homofòbia interioritzada exigeixen a la persona que s'adapti mitjançant un ús excessiu de subministraments mentals i físics, que afecta els resultats de salut física i mental (Hatzenbuehler 2009, Pascoe i Smart Richman, 2009).

Basant-se en les conceptualitzacions d'estrès de Lazarus i Folkman, Meyer distingeix entre estressors distals i proximal (Folkman i Lazarus 1988; Meyer 2003; Meyer i Frost 2013). Descriu els estressors com un continu des d'esdeveniments i condicions cròniques i agudes estressants, externes i objectives (com la discriminació percebuda o el delictes d'odi), passant per les expectatives d'aquests esdeveniments i la vigilància d'aquesta expectativa (per a l'estigma o rebuig), fins a l'homonegativitat interioritzada. (la interiorització d'actituds socials negatives). En el cas de les persones LGBT cal esmentar un quart estressor, la vigilància relacionada amb l'ocultació de l'orientació sexual o identitat de gènere i la tensió interna en relació amb l'ocultació activa de la identitat del grup (Meyer 2003). Meyer concedeix la mateixa importància als efectes psicològics dels factors proximal i distal basats en la idea que les actituds socials distals i els factors d'estrès es van convertir en proximal mitjançant l'avaluació cognitiva i guanyen importància psicològica.

La violència contra els homosexuals, el delictes d'odi i la discriminació són factors d'estrès bàsics que afecten a les persones minoritàries sexuals i de gènere (Garnets 1990; Herek i Berrill 1990; Huebner, Rebhook i Kegeles 2004; Kertzner et al. 1999). Els prejudicis homòfobs, com un dels estressors distals, es duen a terme a nivell social i institucional i són presents a través de la història humana en forma de cultura cisnormativa i heteronormativa (com a lleis discriminatòries que castiguen les activitats del mateix sexe amb la presó o l'extermini anti-homosexuals) executat per l'imperi nazi), que estigmatitza i subordina les persones LGTBI (Herek 2007).

Amb la revolució sexual, com a resultat del feminisme i els moviments pro-homosexuals, les persones LGTBI es van fer més visibles, cosa que va donar lloc a més protagonisme i suport grupal a la comunitat, tot i que la visibilitat va tenir un efecte advers inesperat: les minories sexuals i de gènere es van convertir en objectius més identificables per assetjament, violència i discriminació.

L'experiència de victimització, bullying, assetjament i violència interfereix amb la sensació de l'individu sobre el curs normal de la vida, destrueix el sentiment de seguretat i invulnerabilitat del supervivent, els intents del supervivent de dissoldre la dissonància per donar sentit a les seves experiències podrien conduir a si mateix. -desvaloració i formació d'autoesquema negatiu. L'abús mental o físic té efectes greus perjudicials per a la salut en provocar diversos símptomes, com ara trastorns del son, mals de cap, diarrea, plors incontrolables, ansietat, agitació i inquietud, o depressió, que poden provocar addiccions i devaluar les relacions humanes. augment de l'aïllament. L'estigmatització de les persones LGTBI també provoca alienació, la manca d'integració amb la comunitat, un menor suport social i té un efecte advers en l'acceptació personal de la persona en formar autoesquemes negatius. En les seves interaccions diàries, igual que altres minories, les persones LGTBI experimenten microagressions, discriminació i aprenen a esperar reaccions i opinions negatives dels pertanyents a la cultura dominant i mantenir la seva vigilància (Nadal et al. 2016).

L'estigma i l'amenaça percebuda donen lloc a una vigilància constant, per tant, la vigilància és crònica, ja que és induïda repetidament en les interaccions intergrupals pels membres de la cultura dominant. Meyer cita a Crocker que descriu aquest fenomen com "necessitat d'estar constantment" en guàrdia "... alerta o conscient de la possibilitat que l'altra persona es vegi perjudicada" (p. 517 (Meyer 2003). L'estigma social percebut amenaça la pròpia imatge de una persona minoritària, ja que la seva autoimatge pot no harmonitzar-se amb allò que es transmet / espera pel grup dominant, això provoca una autopercepció inestable o vulnerable i provoca que els individus minoritaris utilitzin enormes energies per mantenir i restaurar la imatge de si positiva (Kelleher 2009).

Els factors proximals inclouen expectatives de rebuig, autoestigmatització o homonegatiu-

tat i ocultació interioritzades. L'expectativa del rebuig s'arrela en l'heterosexualisme experimentat, la cisnormativitat i l'estigmatització social percebuda, i provoca estrès crònic i sever, per tant, és un predictor important de mal estat psicològic i deteriorament del funcionament social. La interiorització d'actituds, creences i estereotips socials negatius en la pròpia imatge dona lloc a una autoestigmatització, que posa en perill l'oportunitat de suport social, afecta negativament les relacions íntimes i pot provocar disfuncions sexuals. L'homofòbia interioritzada afecta greument la salut mental i física reduint l'autoestima, pertorbant la recerca d'una imatge de si positiva i modificant la conducta (per exemple, augmenta la participació en conductes de risc). Diverses minories apliquen l'ocultació com a estratègia d'afrontament per evitar atacs contra la identitat minoritària d'un individu. L'ocultació de l'orientació sexual o la identitat de gènere requereix una vigilància i atenció constants per part de les persones LGTBI, durant les quals han d'avaluar i tornar a avaluar el seu entorn, les seves interaccions, i han de ser constantment conscients de la seva pròpia parla, comportament, roba, què compartir o no compartir sobre ells mateixos. Mentrestant, han de llegir contínuament les reaccions verbals i no verbals de l'altra part per afinar la seva comunicació.

Algunes persones LGTBI afronten hàbilment a nivell individual, interpersonal i comunitari la seva identitat amenaçada, i també utilitzen diversos actius positius (per exemple, buscant suport - a nivell personal; negativisme - a nivell de grup) i passius (per exemple, evitació - a nivell personal) i passar a nivell de grup) també estratègies d'afrontament (Breakwell 1986; Seelman et al. 2017). El sentit positiu de la identitat LGTBI, la resistència a les normes culturals, la cerca d'assistència social o afirmativa (per exemple, a Internet o en serveis i bars o cafeteries trans-inclusius per a homosexuals i/o transinclusius), l'espiritualitat i la participació en comportaments de promoció de

la salut tenen efecte positiu sobre la salut mental i física de les persones LGTBI (McDavitt 2008; Seelman et al. 2017; Toomey 2018; Puckett 2020). Tenir amics com a família que trieu també pot ser una estratègia d'afrontament molt exitosa per a molts individus LGTBI, sobretot per a aquelles persones amb famílies de naixement menyspreables o LGTBIfòbiques, per tant, poden confiar en suport emocional (o fins i tot econòmic) si ho necessiten (McDavitt et al. 2008; Drabble et al. 2018). Aquestes relacions poden ser especialment importants per a aquells grups d'edat que depenen més d'altres (per exemple, els joves i els ancians, vegeu-ne el detall al capítol 5.2. Especificacions d'edat). Difamar o deconstruir les expectatives normatives (cis / heterosexualisme) i participar en l'activisme també són mètodes eficaços i útils d'afrontament de les minories sexuals i de gènere (McDavitt 2008; Toomey et al. 2018; Puckett et al. 2020). Drabble i els seus col·legues també mencionen la connexió emocional amb les mascotes com a mètode d'afrontament reeixit de les dones de minories sexuals (Drabble et al. 2018).

No obstant això, com a conseqüència d'actituds socials negatives / LGTBIfòbia per tal de prevenir la discriminació, l'assetjament o l'abús, les persones LGTBI poden haver d'ocultar el seu estat minoritari i renunciar a determinades activitats, evitar els seus companys i abstenir-se d'assistir a alguns esdeveniments, que es tradueix en un aïllament més generalitzat i en la pèrdua de recursos socials importants que els ajudarien a fer front de manera favorable i a construir una identitat positiva (minoritària).

La decisió és si sortir o no requereix una avaluació acurada de les circumstàncies i conseqüències cada vegada, ja que les apostes són l'exposició a la discriminació o el rebuig i la preservació de la integritat de si mateix.

Tot i que l'ocultació i la supressió tenen efectes negatius sobre la salut general, la divulgació i

l'expressió del SOGIE (orientació sexual, identitat de gènere i expressió) redueixen l'ansietat en un entorn de suport i acceptació (McConnell et al. 2018).

Per descriure millor com funcionen els mecanismes exactes, que redunden en els estressors relacionats amb els prejudicis i la discriminació, finalment afecten la salut mental Podria fer una ullada a l'estudi de Hatzenbuehler sobre el marc

de la mediació psicològica (Hatzenbuehler, 2009). El model d'estrès per a minories no té un aspecte important sobre l'efecte de l'estrès relacionat amb l'estigma: encara no està clar com afecta la salut mental i física a nivell intra i interpersonal, com entra la discriminació i l'estrès relacionat amb l'estigma a la pell i com hauria de ser l'objectiu objectiu de proporcionar serveis d'atenció mèdica millors / més de suport a la població LGBTI (Keuroghlian, Ard i Makadon, 2017).

Referències:

- Arnold, E.A., Rebhook, G.M. and Kegeles, S.M. 2014. 'Triply cursed': racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Cult Health Sex.*;16(6):710-22.
- Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J and Walters, K. 2011. Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 17(2), 163-174.
- Balsam, K.F., Molina, Y., Blayney, J.A., Dillworth, T., Zimmerman, L., Kaysen, D. 2015. Racial/ethnic differences in identity and mental health outcomes among young sexual minority women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 21:380-390
- Beckerman, N. L. and Auerbach, C. 2014. PTSD as aftermath for bullied LGBT adolescents: The case for comprehensive assessment. *Social Work in Mental Health*, 12(3), 195-211. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.888026>
- Bovin Michelle J. Camden AA and Weathers FW. 2021. Literature on DSM-5 and ICD-11: An Update. *PTSD Research Quarterly* 32(2)
- Bridges, S.K., Selvidge, M.M.D. and Matthews, C.R. 2003. Lesbian Women of Color: Therapeutic Issues and Challenges. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 31: 113-130.
- Bright, S.J. (2014). Dominant discourses and narratives of substance use: the development of a psychometric measure of internalisation.
- Brotman, S., Ryan, B. and Cormier, R., 2003 The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada, *The Gerontologist*, 43(2) 192-202
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A., Richard, B. 2007 Coming Out to Care: Caregivers of Gay and Lesbian Seniors in Canada, *The Gerontologist*, 47(4) 490-503
- Butler, P.D., Swift, M., Kothari, S., Nazeeri-Simmons, I., Friel, C.M., Longaker, M.T., Britt, L.D. 2011. Integrating cultural competency and humility training into clinical clerkships: surgery as a model. *J Surg Educ*. 68(3):222-30
- Cahill, S. and Tobias, S. 2007. Policy Issues Affecting Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Families. Ann Arbor: University of Michigan Press. 42-43.
- Cahill, S., Taylor, S.W., Elsesser, S.A., Mena, L., Hickson, D., Mayer, K.H. 2017. Stigma, medical mistrust, and perceived racism may affect PrEP awareness and uptake in black compared to white gay and bisexual men in Jackson, Mississippi and Boston, Massachusetts. *AIDS Care*. 29(11) 1351-1358

- Carastathis, A. 2014., The Concept of Intersectionality in Feminist Theory. *Philosophy Compass*, 9: 304-314.
- Casagrande, S.S., Gary, T.L., LaVeist, T.A., Gaskin, D.J., Cooper, L.A. 2007. Perceived discrimination and adherence to medical care in a racially integrated community. *J Gen Intern Med*. 22(3):389---395.
- Cech, E.A. and Rothwell, W.R. 2020. LGBT Workplace Inequality in the Federal Workforce: Intersectional Processes, Organizational Contexts, and Turnover Considerations. *ILR Review*, 73(1), 25–60. <https://doi.org/10.1177/0019793919843508>
- Center for Substance Abuse Treatment (US). Improving Cultural Competence. 2014. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series,59(1) Introduction to Cultural Competence. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248431/> (Exhibit 1-2)
- Charlton, B.M., Gordon, A.R., Reisner, S.L., Sarda, V., Samnaliev, M., Austin, S.B. 2018. Sexual orientation-related disparities in employment, health insurance, healthcare access and health-related quality of life: a cohort study of US male and female adolescents and young adults. *BMJ Open* 8(6):e020418
- Clift, J.B. and Kirby J. 2012. Health care access and perceptions of provider care among individuals in same-sex couples: findings from the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). *J Homosex*. 59(6):839-850.
- Cochran, B. N., Stewart, A. J., Ginzler, J. A., Cauce, A. M. 2002. Challenges faced by homeless sexual minorities: comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American journal of public health*, 92(5), 773–777
- Coleman, E. 1982. Developmental Stages of the Coming-Out Process. *American Behavioral Scientist*, 25(4), 469–482.
- Collins PH. 2000. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York and London: Routledge.
- Corliss, H. L., Goodenow, C. S., Nichols, L., Austin, S. B. 2011. High burden of homelessness among sexual-minority adolescents: findings from a representative Massachusetts high school sample. *American journal of public health*, 101(9), 1683–1689
- Crenshaw, K. 1991. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*. 43(6):1241–1300.
- D'Agord, M. and Canabarro, R.D.C. 2012. Drug Addiction and Social Discourses. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 15. 482-496.
- DeLilly, C. R., and Flaskerud, J. H. (2012). Discrimination and health outcomes. *Issues in mental health nursing*, 33(11), 801–804.

- Dentato, M. 2012. The Minority Stress Perspective.
- Dill, B. and Kohlman, M. 2012. Intersectionality: a transformative paradigm in feminist theory and social justice. In *Handbook of feminist research: Theory and praxis* (pp. 154-174). SAGE Publications, Inc.
- Drabble, L., Trocki, K., Salcedo, B., Morales, B. R., Korcha, R. A. 2018. Strengths and coping strategies in the life narratives of sexual minority women. *Journal of gay & lesbian social services*, 30(4), 409–429.
- Dupre, A.M. and Goodgold, S. 2007. Development of physical therapy student cultural competency through international community service. *J Cult Divers*. 14(3):126-34.
- Durso, L.E. and Gates, G.J. 2012. *Serving Our Youth: Findings from a National Survey of Services Providers Working with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Who Are Homeless or At Risk of Becoming Homeless*. UCLA: The Williams Institute. <https://escholarship.org/uc/item/80x75033>
- Faix-Prukner Cs. and Rózsa K. 2015. *A lesbikus, meleg és biszexuális emberek tapasztalatai az egészségügyben Magyarországon. Háttér társaság, Budapest*
- Fausto-Sterling, A. 2019. Gender/Sex, Sexual Orientation, and Identity Are in the Body: How Did They Get There?, *The Journal of Sex Research*, 56:4-5, 529-555
- Feinstein, B.A., and Newcomb, M.E. 2016. The role of substance use motives in the associations between minority stressors and substance use problems among young men who have sex with men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 357–366.
- Fergusson, D., Hoorwood, J. and Beautrais, A. 1999. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 55:876-880.
- Fish J and Bewley S. 2010. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women’s health inequalities. *Health Soc Care Community*. 18:355–62.
- Foronda, C., Baptiste, D.-L., Reinholdt, M. M., Ousman, K. 2016. Cultural Humility: A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210–217
- Fric, K. 2019. How does being out at work relate to discrimination and unemployment of gays and lesbians?. *Journal for Labour Market Research*. 53.
- Frost, D.M., Lehavot, K., Meyer, I.H. 2015. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *J Behav Med*. 38(1):1-8. doi: 10.1007/s10865-013-9523-8.
- Ghabrial, M. A. 2017. “Trying to figure out where we belong”: Narratives of racialized sexual minorities on community, identity, discrimination, and health. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*, 14(1), 42–55.

- Goldbach, J.T., Tanner-Smith, E.E., Bagwell, M., Dunlap, S. 2014. Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: a meta-analysis. *Prev Sci.* 15(3):350-63.
- Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J.L., Keisling, M. 2011. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, Downloaded from: https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- Hatzenbuehler M.L., Pachankis J.E. 2016. Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatr Clin North Am.* 63(6):985-997.
- Hatzenbuehler, M.L. 2009. How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychol Bull.* 135(5):707-730.
- Health Care Refusals Harm Patients. 2014. The Threat to LGBT People and Individuals Living with HIV/AIDS; Downloaded from: https://nwlc.org/wp-content/uploads/2015/08/lgbt_refusals_factsheet_05-09-14.pdf
- Hegna, K. and Wichstrøm, L. 2007. Suicide attempts among Norwegian gay, lesbian and bisexual youths. *Acta Sociologica*, 50(1): 21-37
- Herek G.M. and Berrill K.T. 1990. Anti-Gay Violence and Mental Health: Setting an Agenda for Research. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(3), 414–423.
- Herek GM. 2007. Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues.*;63(4): 905–925
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Elsen, S., Ming, T. 1999. Sexual orientation and suicidality. *Archives of General Psychiatry*, 56:867- 875.
- Hidasi B. 2014. TransCare 2014 - Documentation of discrimination in the field of health of trans* people in Hungary. Transvanilla Transgender Association, Budapest
- Huebner, D.M., Rebchook, G.M., Kegeles, S.M. 2004. Experiences of harassment, discrimination, and physical violence among young gay and bisexual men. *American journal of public health*, 94(7), 1200–1203.
- Institute of Medicine (US). 2011. Chapter 2: Context for LGBT Health Status in the United States in *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington, DC: The National Academies Press; pp 25-88
- James, S.E., Herman, J.L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., Anafi, M. 2016. *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality

- Kelleher, C. 2009. Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 373–379
- Kertzner R.M., Meyer I.H., Frost D.M., Stirratt M.J. 2009. Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*. 79:500–510.
- Keuroghlian A.S., Ard K.L. and Makadon H.J. 2017 Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sexual Health* 14, 119-122.
- Lambda Legal. 2010. *When Health Care Isn't Caring: Lambda Legal's Survey of Discrimination against LGBT People and People with HIV*. New York: Lambda Legal.
- Laurent, T. and Mihoubi, F. 2017. Sexual Orientation, Unemployment and Participation: Are Gays Less Employable than Straights?. *J Labor Res* 38, 1–44
- Link, B.G. and Phelan, J.C. 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Livingston, N. A., Berke, D., Scholl, J., Ruben, M. and Shipherd, J. C. 2020. Addressing Diversity in PTSD Treatment: Clinical Considerations and Guidance for the Treatment of PTSD in LGBTQ Populations. *Current treatment options in psychiatry*, 1–17. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00204-0>
- Makadon, H.J., Mayer, K.H., Potter, J., Goldhammer, H., 2015. *The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health*. Philadelphia, PA: American College of Physicians.
- Mallory, C. and Sears, B. 2015. *Employment Discrimination. Based on Sexual Orientation and Gender Identity in Montana*. 2015(1) Executive Summary.
- Martin H.P. 1991. The coming-out process for homosexuals. *Hosp Community Psychiatry*.42(2):158-62.
- McBee, C. 2013. Towards a more affirming perspective: Contemporary psychodynamic practice with trans* and gender non-conforming individuals. In *Advocates V Forum* (pp. 37–52). Chicago, IL: University of Chicago School of Social Service Administration.
- McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips, G., 2nd, Truong, R., Birkett, M. 2018. Multiple Minority Stress and LGBT Community Resilience among Sexual Minority Men. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 5(1), 1–12.
- McDavitt, B., Iverson, E., Kubicek, K., Weiss, G., Wong, C. F., & Kipke, M. D. 2008. Strategies Used by Gay and Bisexual Young Men to Cope with Heterosexism. *Journal of gay & lesbian social services*, 20(4), 354–380.
- McKay B. 2011. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health issues, disparities, and information resources. *Med Ref Serv Q*. 30(4):393---401

- Meyer I. H. 2003. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674–697
- Meyer, I. H., and Frost, D. M. 2013. Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson and A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (p. 252–266). Oxford University Press.
- Morris, J.F. 1997. Lesbian coming out as a multidimensional process. *Journal of Homosexuality*, 33(2), 1–22.
- Mustanski, B.S., Garofalo, R., Emerson, E.M. 2010. Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*. 100:2426–2432.
- Nadal, K.L., Whitman, C.N., Davis, L.S., Erazo, T., Davidoff, K.C. 2016. Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature, *The Journal of Sex Research*, 53:4-5, 488-508
- Ng, E. S. and Rumens, N. 2017. Diversity and inclusion for LGBT workers: Current issues and new horizons for research. *Can J Adm Sci*, 34: 109– 120. doi: [10.1002/cjas.1443](https://doi.org/10.1002/cjas.1443).
- Ortega, R. M. and Coulborn, K. 2011. Training Child Welfare Workers from an Intersectional Cultural Humility Perspective: A Paradigm Shift. *Child welfare*, 90(5), 27-49.
- Ozeren Emir. 2014. Sexual Orientation Discrimination in the Workplace: A Systematic Review of Literature. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 109 pp 1203-1215, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.613>.
- Pascoe, E. A., and Smart Richman, L. 2009. Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554.
- Parent, M.C., Arriaga, A.S., Gobble, T., Wille, L. 2018. Stress and substance use among sexual and gender minority individuals across the lifespan. *Neurobiol Stress*.10:100146.
- Puckett, J.A., Maroney, M.R., Wadsworth, L.P., Mustanski, B., Newcomb, M.E. 2020. Coping with discrimination: The insidious effects of gender minority stigma on depression and anxiety in transgender individuals. *J Clin Psychol*. 76(1):176-194
- Puhl, R.M. and Heuer C.A. 2009. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*. Silver Spring 17(5):941--964.
- Reisner, S.L., Hughto, J.M., Dunham, E.E., Heflin, K.J., Begenyi, J.B., Coffey-Esquivel, J., Cahill, S. 2015. Legal protections in public accommodations settings: A critical public health issue for transgender and gender nonconforming people. *Milbank Quarterly*. 1-32.
- Roberts, A. L., Austin, S. B., Corliss, H. L., Vander Morris, A. and Koenen, K. C. (2010). Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American journal of public health*, 100(12), 2433–2441. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.168971>

- Rosario, M., Schrimshaw, E. W. and Hunter, J. 2012. Risk Factors for Homelessness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: A Developmental Milestone Approach. *Children and youth services review*, 34(1), 186–193.
- Rudin, J., Billing T., Farro, A. and Yang Y. 2020. [Bigenderism at work? Organizational responses to trans men and trans women employees](#). *Organization Management Journal*. 17(2) 10.1108/OMJ-02-2018-0507/
- Safren, S.A. and Heimberg, R.G. 1999. Depression, hopelessness, suicidality and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 859-866.
- Sánchez, J.P., Hailpern, S., Lowe, C., Calderon, Y. 2007. Factors associated with emergency department utilization by urban lesbian, gay, and bisexual individuals. *J Community Health*.32(2):149-156.
- Schneebaum, A. and Badgett, M.V.L. 2019. Poverty in US Lesbian and Gay Couple Households. *Feminist Economics*, 25 (1). 1-30.
- Sears, B. and Mallory, C. 2011. Documented evidence of employment discrimination and its effects on LGBT people. Los Angeles: The Williams Institute, UCLA School of Law. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Sears-MalloryDiscrimination-July-2011.pdf>
- Seelman, K. L., Lewinson, T., Engleman, L., Maley, O. R., Allen, A. (2017). Coping strategies used by LGB older adults in facing and anticipating health challenges: A narrative analysis. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: The Quarterly Journal of Community & Clinical Practice*, 29(3), 300–318.
- Sharek, D., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., Higgins, A. 2015. Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *Int J Older People Nurs*;10:230–40.
- Sills, K. 2017. "Constructing the 'Addict': A Discourse Analysis of National Newspapers Concerning North America's First Supervised Injection Site". *Social Justice and Community Engagement*. 26.
- Sue, D.W. 2001. Multidimensional facets of cultural competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6), 790–821.
- Tascón, S.M. and Gatwiri, K. 2020. Towards Cultural Humility: Theorising Cultural Competence as Institutionalised Whiteness Beyond "Cultural Competency": Confronting Whiteness in Social Work. *Social Work & Policy Studies: Social Justice, Practice and Theory*. 3(1)
- Tervalon, M and Murray-Garcia, J. 1998. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125
- Toomey, R.B., Ryan,C., Diaz, R.M., Russell, S.T. 2018. Coping With Sexual Orientation-Related Minority Stress. *Journal of homosexuality*, 65(4), 484–500.

- Whitehead, J., Shaver, J. and Stephenson, R. 2016. Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. PLoS ONE 11(1): e0146139.
- Williams, D.R., Lawrence, J.A., Davis, B.A., Vu, C. 2019. Understanding how discrimination can affect health. Health Serv Res.; 54: 1374- 1388.

Capítol 2. – Glossari

2

Gènere i identitat sexual, expressió de gènere

Sexe

En termes generals, el terme «sexe» fa referència a la classificació biològica, social i legal basada en una combinació de característiques corporals que inclouen cromosomes, hormones, genitals interns i externs, i característiques sexuals secundàries. Aquesta classificació acostuma a dividir les persones en només dues categories normatives (mascle i femella). Les persones amb un sexe que no encaixa en aquesta lògica binària són diagnosticades com a intersexuals; tot i això, es poden identificar com a persones intersexuals, homes, dones, persones trans, no binàries o altres.

Les **característiques sexuals** són els conjunts de característiques biològiques, genètiques i hormonals que s'utilitzen per diferenciar els sexes o tipificar el sexe d'algú.

Les característiques sexuals primàries normalment es refereixen al sexe gonadal (encara que en alguns altres casos els autors poden diferenciar les característiques primàries del sexe gonadal), és a dir, es tracta d'aquelles característiques que solen presentar-se en néixer: els genitals externs i interns. Això inclou testi-

cles, epididímids, vesícules seminals, pròstata i sistemes de conductes, en mascles; i vulva (llavis menors i majors), clítoris, vagina, coll uterí, úter, trompes de Fal·lopi i ovaris, en cas de sexe femení (Schonfeld, 1943; Ditmar, 2011; Richards i Hawley, 2011).

Les **característiques primàries del sexe** poden estar relacionades o no amb els cromosomes sexuals de la persona. Les constel·lacions genètiques dels cromosomes més comuns són XY i XX, alguns dels altres paràmetres més freqüents de cromosomes sexuals són 45, X (síndrome de Turner); 47, XXY (síndrome de Klinefelter); 47, XYY (síndrome XYY, síndrome del supermascle); i 47, XXX (síndrome de la triple X, de la superfemella) (Bacino, 2019).

Les **característiques sexuals secundàries**, o sexe somàtic, es refereixen a altres característiques, que generalment es desenvolupen durant la pubertat degut a la secreció d'hormones, com ara el canvi de veu, el creixement del pèl a la zona púbica i en d'altres parts del cos, l'engrandiment dels genitals externs, el desenvolupament de músculs i ossos, o la maduració emocional (Ditmar, 2010; Richards i Hawley, 2011; Herman-Giddens et al. 2012). Aquests canvis dismi-

nueixen a principis de l'edat adulta, i tenen una gran variabilitat.

A la literatura, es poden distingir dos nivells més de característiques sexuals: **característiques del sexe terciari** (normalment es refereixen a rols normatius de gènere: masculinitat i feminitat, comportament sexual i rendiment) i sovint **característiques sexuals quaternàries** (les activitats socials esperades que es relacionen amb determinats sexes o gèneres) (Tyl 2014; Weininger, 2005). Tot i això, el model postestructuralista postmodern de cossos amb gènere i gèneres encarnats posa el focus en el caràcter performatiu del gènere, els rols de gènere i el comportament esperat (de gènere). També examina l'experiència del gènere (encarnat) pel que fa als genitals encarnats (interns i externs), l'efecte discursiu dels trets de gènere visibles, i algunes expressions i categoritzacions utilitzades en el discurs mèdic general que han passat de moda, que són excloents i angoixants per a moltes persones LGBTI (Fausto-Sterling, 2019; Heinämaa, 2012; Nayak i Kehily 2006).

Gènere

El mot «gènere», d'acord amb Jurčić 2020, «fa referència al conjunt d'expectatives, comportaments i activitats socialment construïdes de dones (feminitat) i homes (masculinitat), que els són atribuïdes en funció del seu sexe". El gènere es considera un constructe social creat en una relació dinàmica que implica normes i relacions de poder de desigualtat entre homes i dones, i que estan influïdes per factors històrics, culturals i socials (Institut Fenway, 2016, 2020; APA 2010, 2015; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019; Heinämaa, 2012; Jansen i Wehrle, 2018; Woodward, 2020).

Identitat de gènere: es refereix a una experiència personal de gènere a la qual les persones senten que pertanyen, que pot ser o no coherent amb el sexe que se'ls va assignar en néixer (ILGA Europe 2015; APA 2010, 2015; Fenway Institute 2016, 2020; CFCA, 2019).

Per exemple, els individus cisgènere tenen una identitat de gènere que coincideix amb el sexe que se'ls va assignar en el moment del naixement (posem per cas una persona assignada com a femella en néixer, i que s'identifica com a dona); en altres casos, el gènere no coincideix amb el sexe assignat en néixer (com passa amb les persones trans*) (Institut Fenway 2016, 2020; Jurčić, 2020).

Cisgènere: persona que s'identifica amb el gènere assignat en néixer, amb una identitat de gènere d'acord amb les expectatives socials quant a trets biològics, mentals o socials, que no és trans (APA 2011, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020; Jurčić, 2020).

Transgènere (abreujat com a trans*): es refereix a les persones amb una identitat de gènere diferent de l'assignada en néixer. També pot incloure aquelles persones amb identitat de gènere fora del sistema binari de gènere (femella/masclle; dona/home), per exemple, persones que són de gènere fluid, pangender, no binàries o genderqueer (APA 2011, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020, ILGA Europe, 2015; Tompkins, 2014; Jurčić, 2020).

Expressió de gènere: es refereix al conjunt de comportaments, actituds, indumentària, maquillatge, pentinat, manera de parlar d'algú, i expressa el sentiment de pertinença a un gènere; pot o no correlacionar-se amb la identitat de gènere o amb el sexe assignat en néixer (APA 2011, 2015; CFCA, 2019; Institut Fenway, 2016, 2020, ILGA Europa, 2015).

Incongruència de gènere: la setena edició de «Normes d'atenció a la salut de les persones transsexuals, transgènere i no conformes amb el gènere» de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) defineix la incongruència de gènere com un "malestar o angoixa causat per una discrepància entre la identitat de gènere d'una persona i el sexe que se li assigna en néixer". En alguns casos, la discrepància arriba a tal nivell d'angoixa que com-

pleixen amb els criteris diagnòstics del DSM 5, és a dir, amb la definició de la incongruència de gènere de l'Associació Psiquiàtrica Americana, que seria una «marcada diferència entre el gènere expressat/experimentat per l'individu, i el gènere que altres li assignarien durant un període mínim de sis mesos» (Matevossian, Vvedensky i Kulishm 2008; WPATH - SOC7, 2012). El debat sobre el terme «disfòria/incongruència de gènere» i la necessitat d'existir com a diagnòstic mèdic encara és latent, entre la professió mèdica i la comunitat trans*. Arlene Istar Lev (que porta dècades treballant en processos terapèutics amb persones trans*) argumenta que mantenir el concepte de «disfòria de gènere al DSM garanteix que les persones transgènere continuïn sent etiquetades amb una malaltia mental durant les properes dècades» (Lev, 2013). També defensa un punt important en relació amb les persones trans* en el seu article sobre el DSM 5: «el seu gènere no està desordenat; de fet, el seu gènere està força ordenat; però no de manera convencional» (Lev, 2013). Si volem ser professionals de l'àmbit de la salut plenament competents des del punt de vista cultural, hem d'observar de prop la nostra pràctica actual (mèdica, i general), tenint en compte aquesta afirmació.

Paraigua trans*

El «paraigua trans» abraça un grup divers d'individus amb una identitat o expressió de gènere (masculina, femenina, altres) que no satisfà els supòsits i expectatives socials quant al seu sexe (mascle, femella) assignat en el naixement (APA, 2011, 2015).

Transgènere (abreujat com a trans*): es refereix a les persones amb una identitat de gènere diferent de l'assignada en néixer. També pot incloure aquelles persones amb identitat de gènere fora del binarisme de gènere (femella/mascle; dona/home), per exemple, persones que són de gènere fluid, pangender, no binàries o genderqueer (APA 2011, 2015; CFCA, 2019;

Fenway Institute, 2016, 2020, ILGA Europe, 2015; Tompkins, 2014).

Home trans (home transgènere): persona assignada dona en néixer, i que s'identifica com a home (altres expressions, com FTM, AFAB —assigned female at birth— o transmasculí també es poden utilitzar en entorns informals, sempre amb respecte i precaució) (APA 2015, Institut Fenway, 2016, 2020).

Dona trans (dona transgènere): persona assignada home en néixer, i que s'identifica com a dona (altres expressions, com a MTF, AMAB —assigned female at birth— o transfemení, també es poden utilitzar en entorns informals, sempre amb respecte i precaució) (APA 2015, Institut Fenway, 2016, 2020).

Binarisme de gènere: és la idea que només hi ha dos gèneres, el masculí i el femení, i que una persona ha d'adaptar-se estrictament a una categoria o a l'altra (APA, 2015; Institut Fenway, 2016, 2020).

Algunes persones tenen identitats de gènere fora de l'estructura binària de gènere de nena/dona i nen/home, entre elles:

Divergència de gènere: terme utilitzat sovint per la comunitat mèdica per a persones que no estan conformes amb el gènere, que estan disconformes amb el seu gènere; la seva roba, el seu comportament o la seva expressió de gènere no s'ajusta a les expectatives tradicionals (ILGA Europe, 2016).

No binària: terme utilitzat per designar una persona amb una identitat de gènere fora de l'estructura binària tradicional de gènere de femella/dona i mascle/home (APA, 2015; Fenway Institute, 2020, CFCA, 2019).

De gènere fluid: persona amb una identitat de gènere que pot canviar. Les persones de gènere fluid poden sentir-se constantment o sovint com

una barreja dels dos gèneres tradicionals o altres gèneres, o un gènere alguns dies, i un altre gènere altres dies (APA, 2015; Institut Fenway, 2016, 2020).

Genderqueer: persona que no s'identifica dins del binarisme de gènere, és algú que no vol identificar-se amb cap categoria de gènere. Habitualment s'identifiquen de manera no normativa i no s'ajusten a les expectatives de rol ni masculines ni femenines (APA, 2015; Institut Fenway, 2016, 2020).

Dos esperits: persona que compleix un dels molts rols de gènere mixt actuals a les comunitats de nadius americans, amb un esperit masculí i femení, assumint les identitats i els rols d'ambdós sexes (Indian Health Service, 2020; Filice, 2020).

Agènere: persona que no s'identifica amb cap gènere (Institut Fenway, 2016, 2020).

Pangender: persona que s'identifica amb tots els gèneres (Institut Fenway, 2016, 2020).

Intersexual

Intersexual també és un terme paraigua. Descriu les persones que neixen amb característiques físiques en què els seus cromosomes sexuals, les seves hormones o els seus genitals interns o externs no encaixen amb la típica noció binària de característiques sexuals femenines o masculines esperades (APA 2015; CFCA, 2019; Institut Fenway, 2016, 2020, ILGA Europa, 2015).

En termes mèdics, la paraula intersexual es refereix a aquelles condicions congènites de les persones amb característiques sexuals tant masculines com femenines, o bé ni masculines ni femenines. Tanmateix, la diversitat sexual congènita pot incloure la diversitat de cromosomes sexuals i d'hormones sexuals, i pot donar lloc a diverses estructures anatòmiques de genitals interns i externs que poden no ajustar-se

a nocions binàries típiques de les normalitats socials o mèdiques. Les persones intersexuals tenen una anatomia sexual sana i natural que no s'adapta a les nocions binàries típiques de «femella/masclé», i per tant de cos «masculí» i «femení» (Jurčić, 2020).

La classificació clínica utilitza «trastorns/Diferències del desenvolupament sexual» (DSD) per descriure aquesta condició (Bouman et al. 2010). Antigament, en la comunitat mèdica s'utilitzaven els termes «hermafrodita» i «pseudo-hermafrodites», però la comunitat intersexual ho considera insultant. És per això que des de l'activisme intersexual s'ha rebutjat el terme «hermafrodita». Alhora, la comunitat continua amb l'esforç per reapropiar-se del terme, igual que s'ha fet amb d'altres expressions relacionades amb qüestions LGBTI, per exemple, queer/marica o bollera (APA, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020, ISNA 2008)

Pronoms: els pronoms són les paraules que fem servir quan ens referim a una altra persona sense fer servir el seu nom. Alguns idiomes, com l'anglès, tenen pronoms personals específics de gènere (per exemple, she/her/hers, he/him/his, i they/them/theirs, utilitzant-se aquest últim també en singular amb aquest sentit) (APA, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institut, 2020). Si la nostra llengua utilitza pronoms específics de gènere, és aconsellable preguntar a les persones quins pronoms utilitzen, per poder fer servir els pronoms de manera correcta/inclusiva.

Equivocació de gènere: referir-se a algú mitjançant un pronom incorrecte o un altre terme de gènere (per exemple, senyora/senyor, etc). (CFCA, 2019; Institut Fenway, 2020).

Nom escollit/Nom utilitzat: el nom que algú tria utilitzar en la comunicació personal, de vegades és diferent al del nom assignat/legal (Institut Fenway, 2020).

Exnom/Nom mort/Nom de naixement: nom amb el qual s'anomenava una persona trans, que

es corresponia amb el sexe assignat en néixer, i que ara ja no utilitza o amb el qual no se sent còmoda. Cridar algú pel seu nom antic és nociu i groller. És important recalcar que cridar algú pel seu nom antic també és una forma de discriminació, humiliació i microagressió (Institut Fenway, 2020).

Orientació sexual

Orientació sexual: descriu un patró d'atracció emocional i sexual vers persones d'un gènere concret o vers persones en general, independentment del seu gènere (Institut Fenway, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019; Jurčić, 2020).

L'enfocament modern ja no retrata l'orientació sexual com una dicotomia, sinó com un espectre o continu (per exemple, heterosexualitat, homosexualitat, asexualitat i polisexualitat). L'orientació sexual pot variar al llarg de la vida d'algú i/o en diferents situacions, però no es pot canviar a propòsit.

Asexual: és un terme paraigua que descriu un espectre d'identitats: demisexuals, litosexuals, fraysexuals, etc. No obstant això, algunes persones asexuals encara tenen libido i poden experimentar desig sexual, però no experimenten una atracció sexual constant; també poden experimentar atracció romàntica per altres (d'un o diversos gèneres) (Institut Fenway, 2016, 2020).

Bisexual: identitat o orientació que descriu una persona atreta emocionalment i sexualment per persones del mateix sexe i del sexe oposat (Institut Fenway, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

Demisexual: identitat o orientació que descriu una persona de l'espectre asexual que experimenta atracció sexual només en circumstàncies específiques (per exemple, després de construir una relació emocional/romàntica amb altres persones) (UNC, 2020).

Gai: identitat o orientació que descriu a una persona atreta emocionalment i sexualment per persones del seu propi gènere. S'utilitza més habitualment per descriure homes atrets pels homes (Institut Fenway, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

Heterosexual (en anglès, també straight): orientació sexual que descriu les persones que experimenten atracció emocional i sexual pel sexe oposat. Les persones que s'identifiquen com a heterosexuals, ocasionalment poden tenir relacions sexuals amb gent del mateix sexe, però no s'identifiquen com a homosexuals, gais, lesbianes o bisexuals (Institut Fenway, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

Homosexual: terme per descriure una orientació sexual que té les seves arrels als camps de la medicina i la psicologia, i que descriu les persones que experimenten atracció emocional i sexual per persones del seu mateix sexe. Les persones que s'identifiquen com a homosexuals, gais i lesbianes de tant en tant poden tenir relacions sexuals amb persones d'un altre sexe, i no identificar-se com a heterosexuals o bisexuals (Makadon et al. 2015; ILGA Europa 2015).

Lesbianes: identitat o orientació, descriu una dona que experimenta atracció emocional i sexual per altres dones (Institut Fenway, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

Pansexual: identitat o orientació que fa referència a una persona que pot experimentar atracció sexual, romàntica o emocional cap a qualsevol persona, independentment del sexe, gènere o sexualitat d'aquesta altra persona (Institut Fenway, 2016, 2020; CFCA, 2019).

Polisexual: identitat o orientació, s'utilitza per denominar una persona que experimenta atracció sexual o emocional per persones amb diferents gèneres. Les orientacions polisexuals inclouen la bisexualitat, la pansexualitat i la queer, entre moltes altres sexualitats.

Queer: és un terme paraigua que descriu persones que no són exclusivament heterosexuales.

Aquest mot també admet que la sexualitat és un espectre més que una col·lecció de diferents categories. Es tracta d'una denominació que anteriorment tenia connotacions negatives i despectives. Avui en dia, la comunitat LGBTI s'ha apropiat de l'expressió, convertint-la en comuna i socialment acceptable. Hi ha persones que l'utilitzen com a terme paraigua per referir-se a si mateixes i a la seva comunitat, tot i que, a causa de la història negativa del terme, s'ha d'utilitzar amb precaució i respecte (APA 2015, Institut Fenway, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019). El terme «queer» també s'utilitza en la comunitat LGBTI per mitigar l'homonormativitat i millorar l'acceptació i el suport a la diversitat entre els membres de la comunitat (Duggan, 2002; Grant i Nash, 2020).

Experiència sexual (HSH, DSD)

HSH i DSD solen fer referència a l'activitat sexual. Aquests termes s'utilitzaven tradicionalment en el discurs sobre la salut pública en relació amb les ITS (infeccions de transmissió sexual), i són qüestionats per l'activisme LGBTI perquè se centren en pràctiques sexuals normatives i fan invisibles algunes sexualitats no normatives. També és important destacar que l'activitat sexual, l'atracció sexual o el comportament sexual poden no ser paral·lels a l'orientació o a la identitat sexual.

HSH es refereix a homes que tenen relacions sexuals amb homes, mentre que DSD a dones que tenen relacions sexuals amb dones.

HSHD es refereix a homes que tenen relacions sexuals amb homes i dones, i DSDH es refereix a dones que tenen relacions sexuals amb homes i dones (Institut Fenway, 2016, 2020).

És important tenir en compte tant l'orientació sexual com l'activitat o experiència sexual, ja

que alguns estudis suggereixen que els individus heterosexuales HSH i DSD es poden caracteritzar per un pitjor estat de salut que les persones LGB (Lhomond et al. 2013; Cáceres et al. 2018; Mays et al. 2018; Patterson i Jabson, 2018).

Afecte sexual/romàntic (sense identificació ni experiència)

Algunes persones experimenten afecte romàntic, però no experimenten atracció sexual. L'experiència de tenir un desig romàntic cap als altres (d'un o més gèneres) no implica necessàriament afecte, relació o interacció sexual.

Algunes persones experimenten atracció sexual cap a un o més gèneres, però no necessàriament hi mantenen relacions, o relacions de caire sexual (Makadon et al. 2015).

Altres expressions relacionades amb el tema

Estrès minoritari: malestar crònic a què s'enfronten membres de grups minoritaris estigmatitzats, com ara persones de minories sexuals i de gènere. És provocat per factors d'estrès distals (amenaces externes objectives, discriminació o expectatives d'aquests esdeveniments) i proximals (actituds negatives interioritzades o ocultació de l'orientació sexual o identitat de gènere) (Meyer, 2003; Fenway 2020).

Interseccionalitat: és un marc que explica com a totes les persones ens travessen estructures socials com ara racialització, classe, ètnia, sexualitat/orientació sexual, gènere/identitat de gènere, capacitat física, origen nacional, religió, edat i altres atributs socials o físics. Aquestes estructures, que es construeixen mútuament i que alhora són independents, afecten les experiències de les persones i les formes de discriminació (Makadon et al. 2015; Carastathis, 2014; Dill i Kohlman, 2012). La interrelació d'aquests eixos es tradueix en relacions de poder que afecten a

la quotidianitat de les persones i, per tant, a la seva salut.

Competència cultural: és un conjunt de coneixement, consciència, sensibilitat i humilitat que estableix la capacitat de participar èticament i eficaçment en interaccions interculturals personals i professionals (National LGBTI Health Alliance, 2013; Makadon et al. 2015).

Sortir de l'armari: es refereix al procés d'identificar i acceptar la pròpia orientació sexual o identitat de gènere (sortir-ne amb una mateixa) i el fet de revelar la pròpia orientació sexual o identitat de gènere a altres persones (sortir-me amb amistats, familiars, etc.) (Institut Fenway, 2016, 2020; ILGA Europa, 2015).

Medicalització: es produeix quan alguna cosa (o algú) es defineix com un «problema mèdic» (malaltia, trastorn o desviament) assumit per l'elit mèdica i, per tant, s'hi fa referència en termes mèdics o s'utilitzen intervencions mèdiques per tractar-lo (Higgs, 2018; Liebert, 2014).

Treure de l'armari: difondre l'orientació sexual o la identitat de gènere d'una altra persona sense voler-ho, o sense el consentiment d'aquesta (Fenway Institute, 2016, 2020).

Patologització: es refereix al procés de veure i abordar una experiència com un problema (psicològic o fisiològic). També s'utilitza sovint com a sinònim de «medicalització» (Liebert, 2014).

Atenció centrada en la persona: és un enfocament clínic que posa l'èmfasi en la persona que hi ha darrere del pacient, respecta la seva autonomia, respon a les seves necessitats, busca la cooperació i l'aliança entre pacient i professional (Myfanwy, 2018).

Consentiment informat: és un dels requisits més importants per proporcionar atenció centrada en la persona. És la decisió voluntària, totalment informada i competent de la persona de sotmetre's a qualsevol tractament, prova o examen. El

consentiment s'ha de prendre lliurement després d'haver estat completament informat sobre el diagnòstic (quan se sap), el desenvolupament esperat de la malaltia amb i sense tractament, la naturalesa de la prova/examen/intervenció/tractament/procediment quirúrgic, riscos, beneficis, efectes secundaris, les alternatives de tractament —i els seus riscos i beneficis—, i qualsevol risc material. Cal proporcionar informació en el nivell i l'idioma adequats. La persona ha d'estar involucrada en un diàleg/conversa en què el professional avalui la seva comprensió i li ofereixi la possibilitat de fer preguntes.

Atenció informada pel trauma: és un enfocament de tractament clínic que es defineix com un conjunt de pràctiques que ressalten la comprensió, el reconeixement i la resposta als efectes de tot tipus de traumes i promouen una cultura de la seguretat, l'empoderament i la curació (Institut Fenway, 2020).

Exemples

L'Adrina s'identifica com a dona. Ella experimenta atracció emocional i sexual per altres dones i s'identifica com a lesbiana. Podem dir que l'Adrina és lesbiana.

El Tadek s'identifica com a home trans. Li atrauen sexualment i emocionalment persones del mateix gènere, però també persones d'altres gèneres. El Tadek és un home bisexual.

El Zoltan s'identifica com a home. La seva identitat de gènere és masculina. En néixer se li va assignar el sexe femení. El Zoltan no va passar per una reassignació mèdica de gènere. El Zoltan és un home trans.

El Theodor s'identifica com a home. El sexe que se li ha assignat en néixer és el masculí. Té relacions sexuals amb homes i dones. El Theodor s'identifica com a heterosexual. El Theodor és un home heterosexual cis.

La Maria s'identifica com a dona. Quan va néixer se li va assignar el sexe masculí. La Maria va passar per un procés de reassignació sexual tant mèdic com legal. La Maria és una dona trans.

L'Oscar s'identifica com a home. En néixer, se li va assignar el sexe masculí. L'Oscar és cisgènere.

El Max s'identifica com a no binari. Se li va assignar el sexe femení en néixer, però no s'identifica ni com a dona ni com a home.

A l'Andrea se li va assignar el sexe femení i va ser criada com a dona. Quan era adolescent, va descobrir que tenia cromosomes XY i una variació intersexual. No s'identifica ni com a dona ni com a home. L'Andrea és una dona XY que s'identifica com a dona, és una dona intersexual.

Capítol 3. – Eix de desigualtat basat en la lesbofòbia. Perspectives sobre dones lesbianes i bisexuals

3.1) Dones que tenen relacions amb altres dones

En aquest capítol parlarem de la salut que afecta a dones que tenen relacions amb altres dones, tant si s'identifiquen com a lesbianes, com a bisexuals, o amb altres categories identitàries. També abarcarem tant els problemes de les dones cisgènere com els de les dones transgènere, ja que hi ha característiques que atravessen a totes les dones per la pròpia condició de gènere. A banda, el capítol 5 està dedicat a l'eix de desigualtat basat en transfòbia, que complementarà la informació explicada en aquest capítol centrant-se en les especificitats trans.

Tot i que les dones que pertanyen a minories sexuals comparteixen moltes de les problemàtiques en matèria de salut amb les dones heterosexuales, hi ha diferències substancials que vinculen en aquest cas també la salut i l'orientació sexual (Baptiste-Roberts et al. 2017). Aquí les veurem detallades en relació a la seva salut física, mental, i sexual.

Salut física

Diversos estudis sobre les especificitats i necessitats de salut de les persones LGBTI+ exposen

que les dones que tenen relacions amb altres dones (sovint analitzat sota la categoria de dones lesbianes i bisexuals) s'enfronten a importants desigualtats tant pel que fa a la salut física com la mental¹ 2. Aquestes recerques mostren que les dones lesbianes i bisexuals mostren amb més freqüència una salut general regular o pobra en comparació amb les dones heterosexuales. En relació al càncer, les dones cisgènere bisexuals presenten una prevalença de càncer de coll uterí del doble que la resta de dones. Per la seva banda, les dones cisgènere lesbianes presenten prevalences més altes d'ovaris poliquistics³.

1 Fish, J., Bewley, S. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health & Social Care in the Community*, 18(4) (2010).

2 Elliott, M.N., Kanouse, D.E., Burkhart, Q. et al. Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *J GEN INTERN MED* 30, 9–16 (2015).

3 Meads, C., Carmona, C., & Kelly, M. Lesbian, gay and bisexual people's health in the UK: a theoretical critique and systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 2012(9).

Les dones no heterosexuales solen presentar índexs més elevats de consum de begudes alcohòliques, problemes relacionats amb l'alcohol i trastorns per consum d'alcohol que les dones heterosexuales. D'entre aquestes, són les dones bisexuals les que abracen les xifres més preocupants. En estudis que observaven tant homes com dones no heterosexuales, els resultats referents a l'alcoholisme eren molt més significatius en el cas de les dones (Hughes et al. 2020).

Les dones bisexuals tenen un risc especialment elevat pel que fa a l'abús del consum d'alcohol i de drogues. Un estudi recent de caràcter exhaustiu demostrava que les dones bisexuals presenten un risc significativament més elevat de mantenir hàbits de consum de substàncies de diferents tipus (consum excessiu, consum de drogues il·legals, marihuana, opiàcis, i trastorns per consum d'alcohol), en comparació amb les dones lesbianes (Schuler i Collins 2020). La causa d'aquest fet rauria en problemàtiques específiques de risc de les persones bisexuals (detonants d'estrès social presents tan sols en aquest col·lectiu), com ara la invisibilitat social i l'estigma.

Tot i que els resultats dels estudis anteriors se centren en unes categories identitàries concretes, a l'hora d'atendre una dona que té relacions amb altres dones cal tenir en compte que aquests indicadors són orientatius, en termes generals, i que les diverses condicions de vida i especificitats de cada persona afecten a la salut de les dones de forma diferent.

Salut mental

Els estudis sobre salut i dones que tenen relacions amb altres dones també han explorat diferències en matèria de salut mental en comparació amb les dones que només tenen relacions amb homes. Les dones bisexuals mostren amb més freqüència (del doble de casos) un major

malestar psicològic que les dones heterosexuales⁴. A més, les dones lesbianes i bisexuals presenten el doble de freqüència d'intents de suïcidi en comparació amb les dones heterosexuales⁵, sovint a causa de la pressió social derivada de sortir-se de la norma heterocentrada.

Tot i que moltes dones que tenen relacions amb altres dones viuen satisfactòriament la seva orientació sexual i no tenen problemes de salut mental que s'hi relacionin, la pressió social derivada de sortir-se de la norma heterocentrada pot resultar un estressor important per a algunes d'aquestes dones. D'aquesta manera, alguns dels problemes de salut mental derivats inclouen un major consum problemàtic de substàncies tòxiques⁶ i una salut física pitjor que la de la majoria de les dones⁷. A més, un estudi de 2012 amb una mostra de 6000 dones lesbianes i bisexuals, apunta que el 5% havia intentat suïcidar-se l'any anterior, i un 20% s'havia auto lesionat durant el mateix període⁸. Un entorn social i laboral i

4 Colledge, L., Hickson, F., Reid, D., Weatherburn, P. Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. *Journal of Public Health* 2015.

5 Meads, C., Carmona, C., & Kelly, M. Lesbian, gay and bisexual people's health in the UK: a theoretical critique and systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 2012.

6 Elliott, M.N., Kanouse, D.E., Burkhart, Q. et al. Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *J GEN INTERN MED* 30, 9–16 (2015).

7 Meads, C., Carmona, C., & Kelly, M. Lesbian, gay and bisexual people's health in the UK: a theoretical critique and systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 2012.

8 Colledge, L., Hickson, F., Reid, D., Weatherburn, P. Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. *Journal of Public Health*, 37(3) (2015).

una atenció mèdica que puguin acompanyar les violències derivades d'aquest eix de desigualtat són factors de protecció vers els problemes de salut anteriorment esmentats.

Salut sexual i reproductiva

La salut sexual no consisteix tan sols en assessorament i atenció relacionats amb la reproducció i les malalties de transmissió sexual. Segons la definició de l'OMS, la salut sexual és un estat de benestar físic, mental i social en relació amb la sexualitat. Requereix un enfocament positiu i respectuós pel que fa a la sexualitat i les relacions sexuals, així com a la possibilitat de tenir experiències sexuals agradables i segures, lliures de coercions, discriminacions i violència. Els objectius del foment de la salut sexual de les persones LGTBI són els mateixos que per a la població en general. El paper del professional de la salut és ajudar els seus pacients a aconseguir una bona salut sexual, proporcionant-los coneixements i possibilitats per prevenir malalties i danys, i tenir experiències positives.

És important que el personal sanitari aprengui a parlar sobre temes de salut sexual, a fer preguntes sense judici relatives a la identitat, activitat i conductes sexuals; ha d'estar preparat, a més, per atendre les possibles preocupacions de les seves pacients. Obtenir els antecedents sexuals de les pacients ajuda a determinar possibles conductes de risc i trobar oportunitats de prevenció i diagnòstic.

La centralitat heterosexual en els discursos sobre pràctiques sexuals ha eliminat de l'imaginari social les pràctiques que no inclouen penetració com a pràctica sexual. Aquests elements, sumats a la construcció històrica de la medicina centrada en el cos dels homes com a referent universal, han comportat un coneixement científic menor, i assolit a un ritme més lent, sobre la sexualitat de les dones. A més, la creença que les dones que tenen relacions sexuals entre elles no estan

realitzant "sexe real" pot portar, en alguns contextos mèdics, a la realització de menys proves d'infeccions de transmissió sexual i fins i tot a diagnòstics erronis. A banda, cal tenir en compte que, tot i que les identificacions (lesbiana, bisexual, pansexual, per exemple) són elements que s'han de tenir presents en l'atenció a la salut, les pràctiques i parelles sexuals poden variar entre pacient i pacient. Per tant, és preferible preguntar a les pacients per les pràctiques de risc enlloc d'assumir-les a priori.

Les dones cisgènere que s'identifiquen com a lesbianes i bisexuals tenen un risc elevat de contraure càncer de mama i reproductiu (ovari, endometrial i cervical). Presenten els valors més alts de factors de risc de càncer de mama i de reproducció, com ara l'obesitat, el tabaquisme, el consum d'alcohol i la nul·liparitat (no haver parit mai) en comparació amb les dones heterosexuals (Cochran et al. 2001). Per tant, és important que participin en cribratges mamaris, d'acord amb les recomanacions institucionals.

La infecció pel virus del papil·loma humà (VPH), transmesa principalment a través del contacte sexual, és la causa de la displàsia cervical i de la neoplàsia, la qual cosa pot conduir al càncer de coll uterí. És freqüent subestimar el risc de VPH de dones cisgènere lesbianes i bisexuals, però el cert és que tenen el potencial de desenvolupar aquest tipus de càncer. El seu control regular és tan important per a les dones de minories sexuals com per a les dones heterosexuals, i s'hauria d'oferir la prova de frotis (citologia cervical, prova Papanicolau) a dones lesbianes i bisexuals de 25 a 65 anys cada tres anys.

Les dones trans* que han estat sotmeses a una vaginoplàstia també han de fer exàmens rutinaris de presència de condiloma del VPH. A més, s'hauria de considerar la detecció del càncer anal en la població trans* VIH positiva (si l'activitat sexual ho justifica), ja que la infecció pel VIH s'associa a un major risc de càncer anal (Grulich et al. 2007).

A nivell d'estratègies de prevenció de la transmissió d'ITS entre dones, hi ha diverses pràctiques, com poden ser:

- Ús de mètodes barrera i lubricants: preservatiu, en cas que almenys una de les dones tingui penis; preservatiu per a les joguines sexuals i canviar-lo quan es canviï de persona; barrera dental o dental dam, que es pot usar pel sexe oral; i didals o guants de làtex, que es poden utilitzar per a la penetració amb dits.
- Realització periòdica i freqüent de proves d'ITS.
- Negociació de pràctiques i estratègies de prevenció amb les parelles sexuals: no totes les pràctiques tenen els mateixos riscos.
- Tractament de les ITS diagnosticades com a estratègia de no transmissió.

D'altra banda, les dones que tenen relacions amb altres dones, o amb persones que no són homes cisgènere, pot ser que tinguin interès en quedar-se embarassades. A Catalunya les dones cisgènere, independentment de la identitat de gènere de la seva parella tenen garantit el dret a la reproducció assistida per part de la salut pública des del juliol de 2016. A la resta de l'Estat aquest dret es va recuperar el 2019, després que l'any 2013 quedés anul·lat en introduir el requisit d'esterilitat per poder optar a reproducció assistida finançada.

A banda de les criatures nascudes per reproducció assistida, hi ha famílies de dues dones que han tingut criatures per altres vies. Cadascuna de les diverses configuracions familiars comporta reptes diferents tant per a les famílies com per al personal sanitari. Les dones que tenen relacions amb altres dones, així com les seves criatures, poden experimentar humiliació i discriminació durant l'embaràs i al voltant de la cura dels infants.

Capítol 4. – Eix de desigualtat basat en la gaifòbia. Perspectives sobre homes gais i bisexuals

Els estudis sobre les necessitats de salut dels homes que tenen relacions amb homes acostumen a centrar-se només en el comportament sexual. Així doncs, aquestes recerques posen l'accent de l'homosexualitat masculina a les pràctiques sexuals, en lloc d'aproximar-s'hi d'una manera més integral. Centrar-se només

en el comportament sexual semblaria indicar que ser un home gai o bisexual només té a veure amb el sexe, oblidant així els aspectes culturals i socials de la vida. En aquest capítol abordarem diferents aspectes de la salut física, mental i sexual dels homes gais i bisexuals, entenent i situant-la en un espectre més ampli de la salut.

4.1) Salut mental

Per començar, és important fer una mica d'història. El diagnòstic d'homosexualitat es va retirar dels sistemes de classificació diagnòstica fa relativament poc temps. El 1990, en la desena revisió de la CIM (Classificació Internacional de Malalties), l'Organització Mundial de la Salut va deixar de considerar l'homosexualitat com una malaltia. Tanmateix, hi va introduir una nova categoria en la classificació, els «trastorns associats al desenvolupament i l'orientació sexual», explicitant expressament que l'orientació sexual no és en si mateixa un trastorn (van Drimelen-Krabbe 1994). Aquesta categoria se suprimirà íntegrament en la versió més actualitzada de la CIM (CIM-11) per recomanació del grup de treball de l'OMS responsable de la classificació relativa a la salut sexual i els trastorns sexuals. La CIM 11, que entrarà en vigor oficialment l'1 de gener de 2022, no conté cap categoria per al diagnòstic centrada en l'orientació sexual (Coc-

hran et al.2020).

L'Associació Americana de Psiquiatria (APA) va eliminar el diagnòstic d'homosexualitat del Manual de Diagnòstic i Estadística dels trastorns mentals (DSM, per les seves sigles en anglès) el 1973, substituint-lo primer pel de «trastorn d'orientació sexual» (SOD), i després per l'anomenada «orientació sexual egodistònica» (EDH). No va ser fins al 1987 que, després de debats que es van estendre durant dècades, es va adoptar la «teoria de la variació normal», que estableix que l'homosexualitat i la bisexualitat són variacions naturals i normals de la sexualitat humana, igual que ho és l'heterosexualitat (Drescher 2015). Encara que l'homosexualitat ja no sigui una categoria als manuals, els mecanismes de patologització, és a dir, d'entendre-la com a una malaltia, segueixen existint però s'han fet més sofisticats.

Per exemple, un estudi associa que persones lesbianes, gais i bisexuals (LGB) tenen més probabilitats de ser diagnosticades amb depressió major i trastorns d'ansietat generalitzada (Wu et al. 2018) i les dades procedents de les enquestes elaborades pel sistema de vigilància del factor de risc conductual dels EUA (BRFSS, per les seves sigles en anglès) també ho corroboren. Segons aquests estudis les persones LGB presenten probabilitats d'ansietat, depressió i angoixa mental més altes en comparació amb les persones heterosexuales (Gonzales i Henning-Smith 2017; Landers, Mimiaga i Conron 2011; Matthews i Lee 2014).

Aquest greuge comparatiu també es contempla a l'altra banda de l'Atlàntic. Un estudi que investigava la població anglesa i gal·lesa va trobar que tant gais com lesbianes tenien una propensió més elevada pels trastorns mentals comuns i pel patiment psicològic, que la gent heterosexual. (King et al. 2003). Una metanàlisi realitzada al Regne Unit, que agrupava dades de 12 enquestes de població dutes a terme entre 2008 i 2013, va trobar que les persones LGB tendien a disposar d'una salut mental i benestar més fràgils que les heterosexuales. I que lesbianes, gais, bisexuals, o d'«altres» persones no heterosexuales adultes, tenien el doble de probabilitats d'informar de símptomes relacionats amb una salut mental pobra (és a dir, ansietat, depressió) que les adultes heterosexuales (Semlyen et al. 2016).

En una enquesta basada en la població holandesa, les persones homosexuals, o aquelles atretes per persones del mateix sexe, registraven més trastorns mentals que les heterosexuales (Sandfort et al. 2014). En el cas dels homes homosexuals, i els homes atrets per persones del mateix sexe, també presentaven una probabilitat més elevada de patir depressió major, fòbia social, trastorn d'ansietat general, pànic i trastorns per abús de drogues; mentre que les dones tenien més tendència a ser diagnosticades amb trastorn bipolar, alcoholisme i drogodependència, ansietat, trastorn de l'estat d'ànim, i fòbia social (Sandfort et al. 2014).

Diversos estudis epidemiològics assenyalen índexs elevats de pensaments i comportaments suïcides en minories sexuals (King et al. 2008a). En una mostra d'individus LGB, el 91 % va declarar haver tingut pensaments suïcides; d'aquests, el 41 % havia considerat seriosament el suïcidi, i el 36 % havia intentat suïcidar-se (McBee-Strayer i Rogers 2002). Per tant, es pot afirmar que les minories sexuals tenen una major incidència de suïcidi que la població general.

Aquests tipus d'estudis tenen un doble fil: d'una banda poden ser útils a nivell descriptiu ja que ens donen una fotografia de la realitat de malestar que estan experimentant les persones que viuen una violència estructural, però d'altra banda, si només s'interpreten com a dades fora de context, sense comprendre el marc heteronormatiu que travessa el discurs i la pràctica mèdica, poden ser contraproductius. En aquest sentit, aquestes dades, poden arribar a reforçar estereotips sobre els homes gais o a sobrerresponsabilitzar i posar el focus en les pràctiques individuals en lloc de en les dinàmiques socials i estructurals.

Per això, és important recordar que els problemes de salut dels homes gais i bisexuals són similars als de tots els homes; i que les problemàtiques específiques a les que s'enfronten, no es deriven del fet de ser gais en si, si no d'habitar un món heteronormatiu i un sistema de salut que també reproduceix aquesta lògica.

Partint d'aquesta premissa, podem considerar algunes especificitats dels homes gais i bisexuals en quant a la salut mental:

Imatge corporal i pràctiques alimentàries

Els homes gais i bisexuals, en comparació amb els homes heterosexuales, solen presentar més insatisfacció amb el seu propi cos i pràctiques de privació alimentària. La preocupació per la imatge corporal es manifesta amb el focus pel

pes i la forma; per exemple, el desig de musculatura que es pot acompanyar de l'ús d'esteroides anabòlics per a la construcció muscular (Calzo et al. 2017; Parker i Harriger 2020).

En quant a les pràctiques de privació alimentàries, tot i que pocs d'ells arriben a l'anorèxia o la bulímia, són molt habituals les dietes, les farta-neres, les purgues i les pastilles per aprimar-se.

Aquestes pràctiques tenen efectes en la salut integral. Passar gana, fer purgues i usar pastilles per aprimar-se tenen conseqüències sobre la salut física, com ara la deshidratació, la malnutrició i l'aparició de trastorns en el sistema digestiu. Els esteroides anabòlics poden provocar canvis en el sistema hormonal, símptomes psiquiàtrics, problemes renals, hepàtics, musculoesquelètics i cardiovasculars. També poden contribuir a altres problemes de salut mental, com ara trastorns de l'estat d'ànim, ansietat o consum de substàncies.

Diverses teories suggereixen que dins de la

4.2 Salut física

Les **malalties cardiovasculars** (MCV) —una de les principals causes de mort a Europa— i els seus factors de risc són un altre tema àmpliament estudiat a l'hora d'examinar les especificitats en matèria de salut pel que fa a la comunitat LGBTI. L'augment de la presència de factors de risc (tabaquisme, consum d'alcohol, angoixa mental... combinats en alguns subgrups amb obesitat) suposa un major risc de MCV en aquesta població. Alguns estudis també descriuen el paper del «minority stress» com a factor mediador, per les hormones de l'estrès i les citoquines proinflamatòries relacionades amb les respostes immunes, metabòliques i cardiovasculars (Juster et al. 2015; Mays et al. 2018).

Tot i que alguns estudis han trobat un augment de la prevalença de certes malalties, no hi ha

comunitat gai masculina es dóna força importància a l'aspecte físic i atribueixen a aquesta causa que les persones que en formen part se sentin obligades a ajustar-se als estàndards de bellesa acceptats.

Hem de recordar però, que ens trobem a una societat que fa culte al cos, on la normativitat corporal és una imposició que opera també en les subcultures gais. En aquest sentit, algunes subcultures gais reproduïxen els models canònics d'atracció física construïts socialment, conformant-se amb aquestes maneres d'entendre de bellesa (cossos joves, musculats, sense pèl); mentres que d'altres han qüestionat algunes d'aquestes normes corporals (cossos grossos, amb pèl...).

Les pràctiques alimentàries de les minories sexuals, a més, poden ser una resposta induïda a l'ansietat produïda per la victimització, la discriminació i l'homofòbia. L'estigma interioritzat pot conduir a l'autoodi i l'autocàstig, materialitzats en formes de control de pes o pràctiques alimentàries restrictives (Calzo et al. 2017; Reilly, 2006).

proves fefaents que les malalties cardiovasculars siguin més presents en les minories sexuals, en general, que en la població heterosexual. En l'estudi de Wu, les persones LGB presentaven una tendència significativament més elevada de contraure MCV que les heterosexuals: mostren probabilitats més altes d'angina de pit, infart de miocardi, ictus i altres malalties del cor. Pel que fa als factors de risc relacionats amb les malalties cardiovasculars, l'arteriosclerosi, la hipertensió, el colesterol alt i la diabetis van trobar que eren elevats entre les persones LGB. Tanmateix, Wu va examinar la població LGB en el seu conjunt i no va comparar els subgrups que contenia (Wu et al. 2018).

En els estudis en què sí que es van comparar els subgrups, van trobar que els homes gais tenien

un risc de patir malalties cardiovasculars similar al dels homes exclusivament heterosexuales; tanmateix, en el cas dels homes bisexuals aquest risc era més elevat (Cáceres et al. 2018).

En els homes gais, hi predominaven diagnòsics d'hipertensió, a diferència dels homes heterosexuales, tot i comptar amb un índex de massa corporal (IMC) més saludable. El control de l'IMC i de l'activitat física va augmentar encara més les diferències entre homes homosexuals i heterosexuales, ja que els homes gais eren gairebé el doble de propensos a ser hipertensos en comparació amb els enquestats heterosexuales. (Everett 2013)

També es van sotmetre a control les malalties del sistema endocrí. En diversos estudis, es va trobar que la diabetis era més freqüent entre aquelles persones que mantenien relacions sexuals amb homes. Ara bé, entre els subgrups no heterosexuales hi havia una certa variabilitat. Entre altres, es va observar que els homes gais i bisexuals tenien més probabilitats de ser diagnosticats amb diabetis que els homes heterosexuales, tot i que els que ho eren tendien a ser més joves i a disposar de nivells més baixos d'IMC.

Un estudi —que utilitza dades d'orientació sexual a escala provincial— va determinar una connexió entre les persones de minories sexuals i la incidència de càncer colorectal. Respecte a la mortalitat per càncer colorectal, van identificar una freqüència més significativa en el cas dels homes no heterosexuales, però no en el de les dones (Boehmer, Ozonoff i Miao 2011). Boehmer també va trobar una diferència significativa en la propensió al càncer, però només entre els homes. Els homes gais tenien el doble de probabilitats de rebre un diagnòstic de càncer, a diferència dels homes heterosexuales (Boehmer, Miao, Linkletter, et al. 2014).

Els tipus de càncer associats al VIH són més freqüents en les minories sexuals infectades pel VIH. La incidència del càncer anal entre els homes que tenen sexe amb homes que eren positius de VIH va ser nou vegades superior a la dels mateixos subjectes que eren VIH negatius, sent aquesta darrera franja

superior a l'observada en la població general (Machalek et al. 2012).

Mentre que els homes gais tenen un pes corporal que se situa en un rang mitjà, més sovint que els homes heterosexuales (Mays et al. 2018), els homes bisexuals semblen tenir un major risc de sobrepès i obesitat i, teòricament en conseqüència, més probabilitat de patir malalties cardiovasculars que els homes homosexuals i heterosexuales (Dyar et al. 2019). La preeminència de les malalties pulmonars (asma i MPOC) també és més elevada entre els homes bisexuals (Gonzales i Henning-Smith 2017; Ward et al. 2015). Això s'explica per la presència de taxes més elevades de consum de tabac; tot i això, hi ha estudis que demostren que aquest risc afegit segueix sent una realitat malgrat aconseguir un major control del consum de tabac (Patterson i Jabson 2018).

Els homes bisexuals també presenten més factors de risc de cara a patir malalties cardiovasculars (taxes més altes de patiment mental, obesitat, pressió arterial elevada i hemoglobina glicosilada, així com consum d'alcohol i tabac) que els homes heterosexuales o homosexuals, segons estudis exhaustius dels EUA (Caceres et al. 2018; Gonzales et al. 2016) i, com a tals, necessiten una atenció especial per part del personal professional en l'àmbit de la salut.

El càncer de pròstata és el càncer més freqüentment diagnosticat en homes. Hi ha dades limitades sobre l'epidemiologia del càncer de pròstata entre homes gais i bisexuals, però tots els homes corren el risc de patir-lo. En el cas específic de la població LGTBI, se sap que hi són més freqüents conductes amb factors de risc per al càncer de pròstata, com ara el tabaquisme.

Tots dos mètodes de detecció utilitzats comporten els seus riscos i els seus beneficis, tant la palpació de la pròstata mitjançant un examen rectal digital (DRE) com el cribratge basat en un antigen específic de la pròstata (PSA).

(The Fenway Institute 2016; Makadon et al. 2015; Institute of Medicine (US) 2013; Bradford et al.

2012; GLMA 2006; Lee 2000)

4.3) Salut sexual

La salut sexual no consisteix tan sols en assessorament i atenció relacionats amb la reproducció i les malalties de transmissió sexual. Segons la definició de l'OMS, la salut sexual és un estat de benestar físic, mental i social en relació amb la sexualitat. Requereix un enfocament positiu i respectuós pel que fa a la sexualitat i les relacions sexuals, així com a la possibilitat de tenir experiències sexuals agradables i segures, lliures de coercions, discriminacions i violència. Els objectius del foment de la salut sexual dels homes gais i bisexuals són els mateixos que per a la població en general. El paper del professional de la salut és ajudar els seus pacients a aconseguir una bona salut sexual, proporcionant-los coneixements i possibilitats per prevenir malalties i danys, i sobre tot, per tenir experiències positives i gaudir de la seva vida sexual, sense prejudicis.

És important que el personal sanitari aprengui a parlar sobre temes de salut sexual, a fer preguntes sense judici relatives a la identitat, activitat i conductes sexuals; ha d'estar preparat, a més, per atendre les possibles preocupacions dels pacients.

Quan es parla sobre temes relatius a la salut sexual, el focus sol estar més en les pràctiques sexuals de les persones que en la seva identitat i per tant, el terme «homes que tenen relacions sexuals amb homes» (HSH) és sovint utilitzat com a categoria epidemiològica.

D'un tema tan ampli com és el de la salut sexual, les professionals de la salut solen posar el focus en el sexe insegur, com a factor de risc de morbiditat i mortalitat per ETS. Es documenten índexs elevats de pràctiques sexuals de risc, tot i que són xifres amb una gran variabilitat dins del conjunt de la població.

Chemsex

El consum d'alcohol i d'altres substàncies quan es mantenen relacions sexuals es una pràctica que està present entre homes gais i bisexuals. L'ús d'estimulants i drogues psicoactives (com ara la mefedrona, la metanfetamina cristal·lina, el GHB/GBL, la cocaïna i la ketamina) per permetre millorar, intensificar i perllongar l'experiència sexual –anomenada, darrerament, «chemsex»– es va estendre més en les darreres dècades (Tomkins, George, i Klinier 2019). Entre les persones que practiquen el chemsex, hi ha homes que tenen relacions sexuals amb homes (HSH; en anglès, MSM) als quals aquesta pràctica pot afectar més negativament la seva salut i benestar. Aquesta pràctica pot anar acompanyada de pràctiques sexuals diverses (relacions sexuals múltiples, o sense ús de preservatius), que poden comporten una major probabilitat de transmissió de VIH a través de la sang, així com d'altres infeccions de transmissió sexual. Per això, és important desenvolupar estratègies de prevenció de la transmissió d'ITS.

Estratègies de prevenció de la transmissió d'ITS

Monitoratge

La guia per a la prevenció de malalties de transmissió sexual publicada pels centres de control i prevenció de malalties dels Estats Units (CDC) proporciona recomanacions en relació amb la detecció de les ITS i el VIH per a minories sexuals i de gènere. Com que el risc està relacionat amb el comportament sexual, les recomanacions de detecció són per a persones asimptomàtiques sexualment actives.

Es recomana als HSH de fer cada any un test d'ITS. Si la persona en concret té un risc més elevat de contraure'n, sigui perquè practica chemsex, o perquè té relacions sexuals amb parelles múltiples o anònimes, es recomana sotmetre's a aquestes proves cada 3-6 mesos. Les proves haurien d'incloure serologia i detecció de VIH i sífilis, i detecció de *Neisseria gonorrhoeae* i *Chlamydia trachomatis* a la zona uretral i, si cal, anal i faríngia (Workowski i Bolan 2015).

Els virus de l'hepatitis també són importants. Se sap que el virus de l'hepatitis A, transmès per via fecal-oral, causa brots entre els HSH (ECDC 2019). Els virus de l'hepatitis B i C són patògens transmesos per la sang que es poden transmetre sexualment, i cada vegada hi ha més evidències que alguns HSH, en particular aquells que estan infectats pel VIH, tenen un risc elevat d'infecció pel VHC (Hagan et al. 2015). Com que és més probable que la infecció per VHC es converteixi en crònica en presència del VIH, es recomana fer una anàlisi del VHC mitjançant la prova d'anticossos contra l'hepatitis C, almenys una vegada a l'any, als HSH infectats pel VIH. També es recomana fer el test de l'hepatitis B mitjançant proves d'HBsAg per als HSH sexualment actius, i s'hauria d'oferir vacunació contra el virus de l'hepatitis A i B a les persones no infectades sense vacunació documentada.

De vegades, hi ha pacients que poden desconèixer els riscos específics de contraure VIH i ITS associats a certes conductes sexuals. Potser no saben que poden adquirir ITS d'una parella infectada durant determinades activitats, com ara sexe oral sense protecció, manipulació digital o compartició de joguines sexuals. Hi ha gràfics complets disponibles relacionats amb el risc d'adquirir una ITS d'una parella sexual infectada durant una activitat particular. Per als HSH, l'activitat de major risc és el coit anal receptiu.

Les activitats que impliquen intercanvis de fluids corporals tenen el potencial de transmetre el virus del VIH i dels virus de l'hepatitis transmesos per la sang, així com d'altres patògens ITS,

mentre que el contacte amb matèria fecal posa en risc les persones amb hepatitis A i infeccions entèriques. El contacte amb la pell és suficient per a la transmissió de sífilis, VPH i VHS.

Mesures preventives

Els preservatius o altres barreres de làtex (com ara la barrera dental) són eines imprescindibles per prevenir l'intercanvi de fluids corporals. La majoria de les persones en són conscients. Tot i això, el personal sanitari ha posat a la seva disposició la informació sobre el seu ús correcte.

Quan s'identifiquen pràctiques sexuals de risc, la professional de l'àmbit de la salut hauria d'intervenir, sempre des del respecte i la sensibilitat. Hi ha diferències pel que fa a l'assumpció de riscos de les persones; hi ha qui està més disposat a acceptar alguns riscos als quals d'altres no voldran exposar-se. En alguns casos, la reducció de danys és el millor enfocament per part de la professional sanitària. L'assessorament, doncs, s'ha de centrar a posar consciència en el risc que algú assumeix o al qual està disposat a exposar la seva parella. S'ha d'aconsellar que les persones pensin i planifiquin amb anticipació, i que reflexionin entorn al risc que estan disposades a acceptar, abans de la trobada. Com que el consum d'alcohol i drogues afecta la presa de decisions, aquest consum s'ha de considerar també com a un element.

Bioprofilaxi

Les profilaxis anteriors i posteriors a l'exposició són intervencions que utilitzen teràpia antiretroviral (ART) per tal de reduir el risc d'adquisició del VIH.

La profilaxi postexposició (PEP) és un tractament antiretroviral a curt termini per reduir la probabilitat d'infecció pel VIH després d'una exposició potencial. S'hauria d'oferir un règim de PEP de quatre setmanes, i iniciar-lo el més aviat possible (idealment, en 72 hores) a tots els individus seronegatius amb exposició que tin-

guin el potencial de transmissió del VIH (Young et al. 2007).

La profilaxi prèvia a l'exposició (PrEP) és una estratègia de prevenció per a persones amb un risc molt elevat de contagiar-se del VIH. Consisteix en un tractament diari a base de fàrmacs antiretrovirals per a persones amb VIH negatives. Quan es pren tal com es prescriu, el PrEP és realment molt eficaç per prevenir la transmissió del VIH (Chou et al. 2019). Tanmateix, és important informar els pacients que el PrEP no protegeix contra altres ITS, de manera que han d'utilitzar altres formes de prevenció.

Reproducció

Sovint es descuiden els plans de fertilitat de les pacients LGTBI, ja que moltes professionals pensen que no són qüestions rellevants per a aquestes persones. En efecte, és important preguntar-los també sobre les seves intencions de tenir criatures, amb l'objectiu d'ajudar-les en la planificació familiar, i animar-los a considerar una planificació de vida reproductiva.

Els homes que tenen relacions amb altres homes també poden voler ser pares, i tenen diverses opcions per a fer-ho. A l'Estat espanyol les parelles formades per dos homes, si tenen els papers en regla, tenen el mateix dret a l'adopció nacional i a l'acollida de menors que la resta de parelles. Algunes parelles d'homes decideixen ser pares per la via de la gestació per substitució, altrament coneguda com a gestació subrogada, tot i que no tots els col·lectius LGBTI+ donen suport a aquesta via. Altres formes de paternitat també inclouen els acords amb dones, però són minoritàries i poc freqüents. Amb un nombre creixent de pares homosexuals, és essencial que el personal de salut creï un espai inclusiu i còmode per a l'atenció de qualsevol configuració familiar.

Altres formes de ser pares, per a persones LGTBI, poden passar per l'acolliment familiar

o l'adopció. En aquest cas, no hi haurà cap vincle genètic entre la parella i l'infant. Ara bé, hi ha qui pot preferir-ho, per exemple, perquè ho pensa com una forma d'oferir un sostre a un infant sense familiars que se'n puguin fer càrrec, o bé perquè estan en contra de la gestació subrogada per motius ètics. Alguns circuits d'adopció i acollida, tant nacionals com internacionals, també estan sent qüestionats per col·lectius i acadèmiques antiracistes per motius ètics.

Referències:

- Boehmer, Ulrike, Al Ozonoff, and Xiaopeng Miao. 2011. "An Ecological Analysis of Colorectal Cancer Incidence and Mortality: Differences by Sexual Orientation." *BMC Cancer* 11(1):400. doi: 10.1186/1471-2407-11-400.
- Boehmer, U., Miao, X., Maxwell, N.I., and Ozonoff, A. 2014. "Sexual Minority Population Density and Incidence of Lung, Colorectal and Female Breast Cancer in California." *BMJ Open* 4(3):e004461. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004461.
- Caceres, B.A., Brody, A.A., Halkitis, P.N., Dorsen, C., Yu, G., and Chyun, D.A. 2018. Sexual Orientation Differences in Modifiable Risk Factors for Cardiovascular Disease and Cardiovascular Disease Diagnoses in Men. *LGBT health*, 5(5), 284–294. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0220>
- Calzo, J.P., Blashill, A.J., Brown, T.A., Argenal, R.L. 2017. "Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations." *Current Psychiatry Reports* 19(8):49. doi: 10.1007/s11920-017-0801-y.
- Chou, R., Evans, C., Hoverman, A., Sun, C., Dana, T., Bougatsos, C., Grusing, S., Korthuis, P.T. 2019. "Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force." *JAMA* 321(22):2214. doi: 10.1001/jama.2019.2591.
- Cochran, Susan D., Jack Drescher, Eszter Kismödi, Alain Giami, Claudia García-Moreno, Elham Atalla, Adele Marais, Elisabeth Meloni Vieira, and Geoffrey M. Reed. 2020. "Proposed Declassification of Disease Categories Related to Sexual Orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)." *FOCUS* 18(3):351–57. doi: 10.1176/appi.focus.18303.
- Drescher, Jack. 2015. "Out of DSM: Depathologizing Homosexuality." *Behavioral Sciences* 5(4):565–75. doi: 10.3390/bs5040565.
- Dyar, C., Taggart, T. C., Rodriguez-Seijas, C., Thompson, R. G., Jr, Elliott, J. C., Hasin, D. S., and Eaton, N. R. 2019. Physical Health Disparities Across Dimensions of Sexual Orientation, Race/Ethnicity, and Sex: Evidence for Increased Risk Among Bisexual Adults. *Archives of sexual behavior*, 48(1), 225–242. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1169-8>
- Everett, Bethany, and Stefanie Mollborn. 2013. "Differences in Hypertension by Sexual Orientation Among U.S. Young Adults." *Journal of Community Health* 38(3):588–96. doi: 10.1007/s10900-013-9655-3.
- Gonzales, Gilbert, Julia Przedworski, and Carrie Henning-Smith. 2016. "Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey." *JAMA Internal Medicine* 176(9):1344. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.3432.
- Gonzales, G., & Henning-Smith, C. (2017). Health disparities by sexual orientation: Results and

implications from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of community health*, 42(6), 1163-1172.

- Hagan, Holly, Ashly E. Jordan, Joshua Neurer, and Charles M. Cleland. 2015. "Incidence of Sexually Transmitted Hepatitis C Virus Infection in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men:" *AIDS* 29(17):2335–45. doi: 10.1097/QAD.0000000000000834.
- Juster, Robert-Paul, Mark L. Hatzenbuehler, Adrianna Mendrek, James G. Pfaus, Nathan Grant Smith, Philip Jai Johnson, Jean-Philippe Lefebvre-Louis, Catherine Raymond, Marie-France Marin, Shireen Sindi, Sonia J. Lupien, and Jens C. Pruessner. 2015. "Sexual Orientation Modulates Endocrine Stress Reactivity." *Biological Psychiatry* 77(7):668–76. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.08.013.
- King, Michael, Eamonn McKeown, James Warner, Angus Ramsay, Katherine Johnson, Clive Cort, Lucie Wright, Robert Blizard, and Oliver Davidson. 2003. "Mental Health and Quality of Life of Gay Men and Lesbians in England and Wales: Controlled, Cross-Sectional Study." *British Journal of Psychiatry* 183(6):552–58. doi: 10.1192/03-207.
- Landers, S. J., Mimiaga, M. J., & Conron, K. J. (2011). Sexual orientation differences in asthma correlates in a population-based sample of adults. *American journal of public health*, 101(12), 2238-2241.
- Matthews, D.D., and Lee, J.G. 2014. A profile of North Carolina lesbian, gay, and bisexual health disparities, 2011. *American journal of public health*, 104(6), e98–e105. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301751>
- McBee-Strayer, Sandra M., and James R. Rogers. 2002. "Lesbian, Gay, and Bisexual Suicidal Behavior: Testing a Constructivist Model." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32(3):272–83. doi: 10.1521/suli.32.3.272.22171.
- Machalek, D.A., Poynten, M., Jin, F., Fairley, C.K., Farnsworth, A., Garland, S.M., Hillman, R.J., Petoumenos, K., Roberts, J., Tabrizi, S.N., Templeton, D.J. and Grulich, A.E. 2012. "Anal Human Papillomavirus Infection and Associated Neoplastic Lesions in Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis." *The Lancet Oncology* 13(5):487–500. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70080-3.
- Mays, V.V.M., Juster, R.P., Williamson, T.J., Seeman, T.E. and Cochran, S.D. 2018. "Chronic Physiologic Effects of Stress Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey." *Psychosomatic Medicine* 80(6):551–63. doi: 10.1097/PSY.0000000000000600.
- Parker, L.L., and Harriger, J.A. 2020. "Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors in the LGBT Population: A Review of the Literature." *Journal of Eating Disorders* 8(1):51. doi: 10.1186/s40337-020-00327-y.
- Patterson, J.G. and Jabson, J.M. 2018. "Sexual Orientation Measurement and Chronic Disease Disparities: National Health and Nutrition Examination Survey, 2009–2014." *Annals of Epidemiology* 28(2):72–85. doi: 10.1016/j.annepidem.2017.12.001.

- Reilly, A. 2006. "Is Internalized Homonegativity Related to Body Image?" *Family and Consumer Sciences Research Journal* 35(1):58–73. doi: 10.1177/1077727X06289430.
- Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., ten Have, M., Ransome, Y. and Schnabel, P. 2014. "Same-Sex Sexuality and Psychiatric Disorders in the Second Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2)." *LGBT Health* 1(4):292–301. doi: 10.1089/lgbt.2014.0031.
- Semlyen, Joanna, Michael King, Justin Varney, and Gareth Hagger-Johnson. 2016. "Sexual Orientation and Symptoms of Common Mental Disorder or Low Wellbeing: Combined Meta-Analysis of 12 UK Population Health Surveys." *BMC Psychiatry* 16(1):67. doi: 10.1186/s12888-016-0767-z.
- Tomkins, Andrew, Ryan George, and Merav Kliner. 2019. "Sexualised Drug Taking among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review." *Perspectives in Public Health* 139(1):23–33. doi: 10.1177/1757913918778872.
- Van Drimmelen-Krabbe, Jenny J. 1994. "Homosexuality in the International Classification of Diseases: A Clarification." *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 272(21):1660. doi: 10.1001/jama.1994.03520210044029.
- Ward, Brian W., Sarah S. Joestl, Adena M. Galinsky, and James M. Dahlhamer. 2015. "Selected Diagnosed Chronic Conditions by Sexual Orientation: A National Study of US Adults, 2013." *Preventing Chronic Disease* 12:150292. doi: 10.5888/pcd12.150292.
- Workowski, Kimberly A., and Gail A. Bolan. 2015. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015*. Centers for Disease Control and Prevention: Centers for Disease Control and Prevention MMWR Recommend.
- Wu, Lezhou, Randall L. Sell, Alexis M. Roth, and Seth L. Welles. 2018. "Mental Health Disorders Mediate Association of Sexual Minority Identity with Cardiovascular Disease." *Preventive Medicine* 108:123–28. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.01.003.
- Young, Taryn, Fanelo James Arens, Gail E. Kennedy, John W. Laurie, and George W. Rutherford. 2007. "Antiretroviral Post-Exposure Prophylaxis (PEP) for Occupational HIV Exposure" edited by Cochrane HIV/AIDS Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD002835.pub3.

Capítol 5. – Eix de desigualtat basat en la transfòbia. Perspectives sobre persones trans*



5.1) Persones trans*

Trans* és un terme paraigües que es refereix a les persones que tenen una identitat de gènere diferent a la que se'ls va assignar al néixer. Per exemple, una persona que al néixer es va indicar que era nena, però que al créixer, la pròpia persona s'identifica i viu com a home. Aquest podria ser un exemple d'home trans*, és a dir, un home que, per poder viure com a home, ha viscut (o segueix vivint) una transició de gènere.

És molt comú que les persones ens identifiquem o bé com a dones, o bé com a homes. Aquest tipus d'identificació, propi de les societats occidentals, és binari, perquè dona només dues opcions d'identificació (dona i home). Tanmateix, hi ha persones que no s'identifiquen amb cap de les dues categories, ja sigui perquè no els ressona cap de les dues, o perquè se senten identificades amb les dues. I moltes d'aquestes persones s'identifiquen com a no binàries (és a dir, fora de la lògica binària de o bé dona, o bé home). També existeixen altres formes d'identificació, com ara gènere fluid (és a dir, persones que no consideren el seu gènere com una forma estàtica), genderqueer (o, en català, gènere queer, és a dir, que sol coincidir amb construccions de gènere que se surten de la lògica d'allò femení i masculí), Dos Esperits (Two Spirit en anglès, terme aplicat a algunes persones natives ameri-

canes, seguint formes no occidentals d'entendre un tercer gènere).

Totes aquestes identificacions poden quedar incloses dins el terme paraigües trans*, tot i que com que la identitat és un element contextual, hi ha persones no binàries, genderqueer, de gènere fluid, Dos Esperits, o amb altres identificacions que no se senten representades per la categoria trans*, i per tant no l'utilitzen per parlar d'elles mateixes. També pot passar que una persona que hagi transitat consideri que havia estat trans* durant el procés de trànsit, però que ja no ho és, perquè aquest trànsit ha finalitzat. En aquesta guia, emperò, inclourem totes les identitats i corporalitats anteriors dins el terme paraigües trans* i, per tant, les adreçarem en aquest capítol. Més enllà de la identificació, i sense menystenir-la, el que volem subratllar en aquest capítol és que les persones que viuen una identitat de gènere que se surt de la que se'ls va identificar al néixer estan travessades per un mateix eix de transfòbia, tot i que aquest eix afecta de manera diferent a cada persona en concret. En aquesta guia anomenarem a totes les persones que no s'identifiquin com a trans* persones cisgènere. És a dir, persones que s'identifiquen amb el gènere que se'ls va assignar al néixer.

A banda de la identificació, cal tenir en compte que les persones que englobem dins del terme trans* poden tenir corporalitats molt diverses. Ens podem trobar amb persones trans* que no hagi realitzat cap tractament mèdic (i que més endavant els vulguin realitzar o no), i també amb persones que estiguin realitzant o hagin realitzat un o diversos processos mèdics d’afirmació de gènere, que poden incloure tractaments hormo­nals i cirurgies menors i majors.

A banda de la identitat de gènere, les persones trans* poden tenir les mateixes orientacions se­xuals que les persones cisgènere. És a dir, que poden identificar-se com a gais, lesbianes, bise­xuals, pansexuals, o alguna altra identificació. I, per tant, els elements específics dels eixos de desigualtat basats en les identificacions ante­riors, descrits en altres capítols d’aquesta guia, també afecten a les persones trans*.

Al context de Catalunya, com en tots els espais occidentals, les relacions quotidianes estan mar­cades, entre altres, per una estructura cisgènere. Això implica que la vida, des de les qüestions més quotidianes fins a les més institucionals, estan pensades en una organització on només hi ha dos gèneres, el femení i el masculí, i on les persones que s’identifiquen amb aquests gèneres s’hi identi­fiquen des del néixer. I, a més, implica que les persones de gènere femení tenen unes caracte­rístiques físiques determinades, i les persones de gènere masculí unes altres. Un exemple molt clar en aquest sentit és el dels lavabos públics: la ma­joria de lavabos públics es divideixen en dos (de dones i d’homes), i mentre que el de dones només té tasses de vàter, el d’homes sovint té urinari. Així, s’assumeix que les persones que utilitzen el lavabo d’homes poden fer servir un urinari, i que les persones que utilitzen el lavabo de dones no. Un altre exemple el trobem a les botigues de roba, que divideixen en seccions de dona i d’ho­me, amb diferències clarament visibles entre els patrons de roba d’una i altra secció, mentre que dins de la mateixa secció, la diferència de patrons és mínima. Així, per exemple, les bruses

de la secció de dones no tenen patrons diferents per a diferents volums de pit, quan, per a algunes dones (tant cisgènere com trans*), els patrons de samarreta de la secció d’homes els queden més ajustades al seu volum de pit.

Aquests són exemples quotidians d’una es­tructuració cisgènere de la vida que es trasllada també a les assumpcions i mirades que tenim com a professionals vers les persones amb les que treballem. És per això que, tot i que puguem conèixer els problemes de salut específics de les persones trans* i tenir-los en compte a l’hora d’atendre-les, també ens cal desmuntar la mi­rada cisgènere per poder atendre millor a totes les persones. De fet, desmuntar les assumpcions marcades per l’estructura cisgènere no només ens beneficia a l’hora de treballar amb persones trans*, sinó també amb persones cisgènere, ja que com que les diferències dins de les pròpi­es categories de gènere són àmplies, això ens permet ajustar-nos més al que necessita cada pacient.

Podem veure un altre exemple concret de l’or­ganització cisgènere al Servei Català de la Salut. Tota persona usuària del CatSalut té assignat un Codi d’Identificació Personal (CIP), que està for­mat per quatre lletres i 10 números. El primer d’aquests números serà un 0 si a l’historial s’indi­ca que el pacient és home i un 1 si s’hi indica que és dona, i aquests números tenen implicacions pràctiques. En el cas, per exemple, que un home trans* vulgui demanar cita per a revisió gineco­lògica o per a reproducció assistida, el sistema informàtic, basat en una lògica cisgènere, no ho permetrà, i s’hauran de buscar altres vies tècni­ques per poder derivar aquest pacient al servei corresponent. *diseases in connection with the patient's hormon*

5.1) Persones trans* i salut

El 2018, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va publicar la Classificació Internacional de Malalties – CIE 11 (en vigor a partir del gener del 2022) que elimina la categoria trans* del capítol dels trastorns de la salut mental i la reubica en un nou epígraf, anomenat “condicions relacionades amb la salut sexual”. D'altra banda, la cinquena edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DMS V), del 2013, va reemplaçar el “trastorn d'identitat de gènere” pel diagnòstic de “disfòria de gènere”. El fet que la categoria trans* encara figuri dins del DSM pot dur a la idea que és una patologia mental. Però cal tenir present que el pas de “trastorn” a “disfòria” implica el reconeixement per part de l'Associació Americana de Psiquiatria que ser trans* no és una malaltia mental, i que mantenir-la al DSM, igual que al CIE-11, és una eina per a garantir la cobertura sanitària a persones trans* en alguns indrets.

Tot i que la categoria trans* no és una categoria diagnòstica i, per tant, no és una malaltia, la salut és un aspecte sobre representat en els discursos sobre persones trans*. Això vol dir que, sovint, quan es parla sobre persones trans* cap a la població general, se centren les seves necessitats de salut (hormonació, cirurgies, diagnòstic psiquiàtric, entre d'altres), i no es dóna tanta importància a la resta d'aspectes específics de les vides de les persones trans*.

Aquesta centralitat de la salut en els discursos sobre trans* funciona com a discurs patologitzador de la categoria trans*, com si es tractés d'una malaltia. Com que històricament les persones trans* han estat considerades malaltes per les institucions mèdiques, i han sotmeses a intervencions amb greus efectes sobre la salut física i mental, és necessari que els discursos sobre les persones trans* allunyin el camp de la salut del centre del debat trans*.

Quan treballem des de l'àmbit de la salut, descentralitzar la salut en les pacients trans* és difícil, però no impossible. És per això que, quan parlem de persones trans* des de la salut, hem de tenir en compte que tot i que la salut és un element rellevant per a les persones trans*, no és necessàriament l'aspecte més important de les seves vides, i que el nostre rol ha de ser el de vetllar per la seva salut per tal que puguin desenvolupar vides plenes.

És en aquesta tasca de vetllar per la salut de les persones trans* que se centra aquest capítol, ja que si bé la salut no és el centre de les seves vides, sí que hi ha especificitats en matèria de salut que solen afectar més a les persones trans*, i que cal tenir en compte com a professionals.

Una de les conseqüències dels estesos prejudicis i estigmes contra les persones trans és la discriminació que aquestes pateixen. L'anomenat estrès minoritari té com a efectes taxes més altes de consum de tabac, drogues i alcohol (Hughto et al. 2021). Els intents de suïcidi són més freqüents en comparació amb la població general, i hi ha dades que demostren que la depressió, els suïcidis i les autolesions són especialment comunes entre les persones trans*, especialment entre les joves (Grossman i D'Augelli 2007). En un estudi estatunidenc, el 41 % dels enquestats van declarar haver-se intentat suïcidar (Grant et al. 2011), mentre que a l'enquesta europea multicentrada, el 24,5 % dels enquestats havien intentat suïcidar-se almenys una vegada a la vida (Smiley et al. 2017).

Referències:

- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and life-threatening behavior*, 37(5), 527-537.
- Harrison, J., Grant, J., & Herman, J. L. (2012). A gender not listed here: Genderqueers, gender rebels, and otherwise in the National Transgender Discrimination Survey. *LGBTQ Public Policy Journal at the Harvard Kennedy School*, 2(1), 13.
- Hughto, Jaclyn M. W., Emily K. Quinn, Michael S. Dunbar, Adam J. Rose, Theresa I. Shireman, and Guneet K. Jasuja. 2021. "Prevalence and Co-Occurrence of Alcohol, Nicotine, and Other Substance Use Disorder Diagnoses Among US Transgender and Cisgender Adults." *JAMA Network Open* 4(2):e2036512. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36512.
- Smiley, A., Burgwal, A., Orre, C., Summanen, E., García Nieto, I., Vidić, & Köhler, R. (2017). Overdiagnosed but underserved: trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: *Trans Health Survey*.

Capítol 6. — Eix de desigualtat basat en la interfobia. Perspectives sobre persones intersex

6

Les persones intersex són aquelles persones amb una anatomia sexual que no encaixa en la noció binària de femella/mascle i, per tant, en els cossos femenins/masculins. La intersexualitat és un terme paraigua que inclou un ampli espectre de variacions naturals de les característiques sexuals (cromosomes, gònades, hormones i anatomia sexual i/o reproductiva). Aquestes característiques, poden ser visibles externament o no; poden ser detectades al moment del naixement, durant la infància o l'adolescència, o fins i tot a l'edat adulta. Així doncs,

“parlem, per exemple, de dones amb cromosomes XY i testicles, dones sense vagina ni úter, dones amb un clítoris gran i extern, paregut a un penis, o d'homes amb un desenvolupament diferent dels seus genitals, amb cromosomes XX, o fins i tot amb menstruació. El terme intersexualitat és un terme controvertit. De fet, la majoria de persones amb cossos intersexuals o amb un desenvolupament sexual diferent (DSD) no solen reconèixer-se amb aquestes etiquetes, i fins i tot, les refusen, mentre s'identifiquen

més amb etiquetes diagnòstiques o nosològiques concretes”⁹

És important apuntar que els cossos de les persones intersex són, d'entrada, sans. Les anatomies intersexuals no són disfuncionals ni, en general, necessiten modificacions. Al mateix temps, és cert que algunes condicions intersex poden estar associades a riscos per a la salut que no tenen a veure amb les característiques sexuals, com seria el cas de la hiperplasia suprarrenal congènita amb pèrdua salina. Malgrat això, al CIE-11 encara s'identifiquen les categories inter-

9 Instrucció del 15 de desembre de 2016, del director general de Política Educativa, per la qual s'estableix el protocol d'acompanyament per a garantir el dret a la identitat de gènere, l'expressió de gènere i la intersexualitat de la Generalitat de València. P 23.

https://www.dogv.gva.es/datos/2016/12/27/pdf/2016_10425.pdf

sexuals com a “trastorns del desenvolupament sexual” (DSD-Disorders of Sex Development¹⁰), fet que la majoria d’organitzacions intersex considera patològitzant. Aquesta patològització treu poder i agència a les persones intersex respecte aquelles que tenen anatomies sexuals normatives, facilitant així el terreny perquè les primeres siguin considerades casos estranys i susceptibles de ser corregits mèdicament. Alhora, aquest fet obvia, d’una banda, que les característiques sexuals de tots els cossos (també les d’aquells que no es consideren intersexuals) tenen diferències naturals variades; i de l’altra, que el sexe biològic i la medicina que el determina (de la mateixa manera que el gènere) responen a relats i construccions culturals concretes.

Els protocols mèdics tradicionals que entenen les condicions intersexuals com a trastorns del desenvolupament sexual aconsellen intervenci-

10 Terme acunyat al Consens de Chicago de 2006. Com hem vist al paràgraf anterior, i com a resposta i demanda de les comunitats intersexuals, és freqüent l’ús de DSD com a Diferències del Desenvolupament Sexual, fent una traducció menys estigmatitzant i més respectuosa que a l’original terminologia mèdica, en què la primera D fa referència a Disorders (en anglès) o Anomalies i Trastorns (en català).

6.1) Integritat corporal

La integritat del cos, tant a la infància com a l’adolescència o l’edat adulta, és una de les principals qüestions per a la salut de les persones intersex. Aquestes veuen amenaçada la seva integritat corporal a través de la patològització de les seves característiques biològiques naturals, l’exposició, exploració i investigació innecessària dels seus cossos i els procediments mèdics realitzats sense un consentiment informat previ. Aquest consentiment hauria de ser lliure i ple, basat en informació fiable, i facilitat per

ons mèdiques, tant hormonals com quirúrgiques, de modificació d’aquests cossos tan aviat com es produeixi el diagnòstic, en processos que s’han anomenat de normalització binària. La lògica de fons és esborrar la diversitat genitat i hormonal d’aquests cossos i de la seva memòria, per a crear cossos heterofuncionals: penetradors o penetrables en relacions heterosexuals coitals i amb característiques sexuals que responguin a la norma binària. Aquest tipus d’abordatge mèdic inclou, a més, com a part fonamental el secret, tant cap a la pròpia persona, en cas que sigui menor d’edat sanitària, com cap a l’entorn. Tant les modificacions corporals no consentides com la imposició mèdica del secret tenen conseqüències corporals i emocionals greus sobre les persones que les reben i els seus entorns: sensibilitat corporal i genitat alterada; teràpies hormonals substitutives de per vida; por al rebuig, vergonya i baixa autoestima associades a la creença de tenir un cos equivocat que ha de ser corregit, etc.

La salut de les persones intersex és la que compta amb menys recerca dins l’espectre de realitats LGBTI+. Paradoxalment, amb el fals pretext de preservar la seva salut física i mental, el cossos intersexuals han estat històricament diagnosticats, intervinguts i catalogats, ocultant així, sota expedients i protocols mèdics, una vulneració de drets humans que es denuncia des de fa temps des de diversos col·lectius.

part d’equips professionals que, d’altra banda, tinguin prou formació i sensibilització sobre el tema. Això, a més, pot portar a aquestes persones a sotmetre’s a procediments posteriors, a tractaments hormonals substitutius permanents, o bé a patir danys irreparables per a la seva salut. Tot això, juntament amb l’estigma social intrínsec a la patològització i violència mèdiques, facilita problemes personals i relacionals greus, i pot generar traumes, angoixa o marginació (inclosos l’abandonament escolar o professional i altres

situacions derivades de l'exclusió social). També poden aparèixer alguns problemes familiars greus, així com la pèrdua de confiança i un major risc de suïcidi. Un nombre considerable

de persones intersex tendeixen a evitar qualsevol contacte amb l'atenció mèdica, fins i tot per qüestions no relacionades amb la intersexualitat.

6.2) Responsabilitat ètica en les intervencions quirúrgiques

Les intervencions quirúrgiques en nounats i infants intersex són cada vegada més criticades tant per associacions i col·lectius intersex com de bioètica, que consideren que aquests procediments constitueixen una violació de la infància i dels drets humans. Una resposta a aquestes pràctiques és l'ajornament de la decisió de realitzar intervencions quirúrgiques que no siguin absolutament necessàries per raons de salut. Les cirurgies genitals en una edat primerenca de la vida són considerades, per moltes organitzacions a favor dels drets humans (no només col·lectius intersex), com a mutilacions genitals. Aquestes atempten directament contra el benestar, la salut, el plaer, la reproductivitat i la percepció positiva del propi cos. La majoria de les societats científiques estan d'acord amb l'estratègia d'"espera" (excepte en els casos en què es requereix una intervenció mèdica a causa de condicions que posen en perill la vida) i ajornen la intervenció quirúrgica fins a un moment en que es pugui obtenir el consentiment conscient de la persona (en general entre els 13 i els 18 anys d'edat). Fins i tot en aquest moment caldrà assegurar-se que els equips de professionals del món sanitari estan sensibilitzats i assessorats per especialistes de l'àmbit psicosocial (i no només biomèdic), així com per col·lectius intersexuals i grups de suport, i que sempre es faci prevaldre el desig de la persona, i la reflexió conjunta abans de qualsevol intervenció. Fins aquest moment, i des de l'àmbit mèdic, es poden recomanar teràpies hormonals per aturar el desenvolupament sexual, fet que

també hauria de ser informat i contrastat, doncs també pot suposar una intervenció i modificació innecessàries del cos de la persona.

Un estudi publicat el 2012 al *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* aporta algunes dades sobre les conseqüències d'aquestes intervencions. Entre 57 persones intersexuals que s'havien sotmès a una cirurgia genital, fins a un 47% estaven descontentes amb el resultat de la cirurgia, el 44% experimentava ansietat sexual prolongada, el 70% tenia problemes de desig sexual i el 56% descrivia símptomes de disparèunia. Alhora, un percentatge molt elevat temia el contacte sexual.

Les famílies de nadons intersex sovint no reben prou informació i per tant no poden prendre una decisió informada amb una idea clara de les conseqüències a llarg termini per a la salut física i mental de les seves criatures. A més, cal tenir en compte el moment de gran vulnerabilitat emocional a què aquestes famílies amb criatures tan petites estan exposades quan reben informació sobre les intersexualitats per primera vegada i/o en primera persona. També és comú, per part del personal mèdic, crear una idea de la singularitat de la condició intersexual, que no permet l'intercanvi d'experiències entre persones amb la mateixa condició. Sovint els grups de suport establerts estan sota supervisió mèdica, fet que dificulta l'adopció d'una perspectiva despatològica.

6.3) Marc legal i ètic

El Consell d'Europa i les Nacions Unides demanen que es posi fi a la cirurgia plàstica i la cirurgia d'infants intersex que no són mèdicament necessàries. La revisió discuteix la naturalesa mutilant de les intervencions quirúrgiques realitzades en infants i menors intersex per motius cosmètics i psicosocials.. El Consell d'Europa va declarar que no hi ha certesa pel que fa a la racionalitat de millors resultats quirúrgics en la infància i menor impacte psicològic quan es

realitzen a una edat primerenca. També afirma que només poden realitzar-se sense consentiment personal les intervencions necessàries per evitar un clar risc per a la vida d'una persona o per alleujar el sofriment físic. Una intervenció ha d'esperar fins que la persona interessada pugui expressar els seus desitjos i participar en el procés d'adopció de decisions, si l'únic motiu de la intervenció mèdica és "normalitzar" l'aparença dels genitals d'una criatura.

6.4) Salut física

Els individus intersexuals també tenen problemes de salut específics i necessitats de salut. Des d'una aproximació a la salut en general i tenint en compte el tema de la comorbiditat, Falhammar i el seu equip va analitzar l'estat de salut de les persones intersexuals en una mostra extensa, i va trobar que tot i que el 91,4 % comptava amb una bona salut, moltes tenien dislipidèmia, MCV, alteracions de l'IMC (inferiors i superiors a la mitjana), malignitat, osteoporosi, fractures i intents de suïcidi (Falhammar, Claahsen-van der Grinten, Reisch, Slowikowska-Hilczer, Nordenström, Roehle, Bouvattier, Kreukels, Köhler i el grup dsd-LIFE, 2018). El risc de patir tot això, però, variava en funció de l'edat i l'estil de vida, i també dins dels subgrups investigats (Falhammar, Claahsen-van der Grinten, Reisch, Slowikowska-Hilczer, Nordenström, Roehle, Bouvattier, Kreukels, Köhler i el grup dsd-LIFE, 2018).

Hem de destacar també els efectes de la gonadectomia precoç i les següents teràpies hormonals (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola i Bertelloni, 2021). Alguns estudis argumenten que les persones intersexuals tenen un risc més gran de pre-neoplàsies i neoplàsies gonadals o tumors de cèl·lules germinals. Per tant, en molts casos, la gonadectomia es realitza en infants intersexuals per tal de prevenir neoplàsies

posteriors (que es consideren mutilacions, entre les persones intersexuals i bona part del personal sanitari) (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola i Bertelloni, 2021; Dicken, Billmire, Krailo, Xia, Shaikh, Cullen, Olson, Pashankar, Malogolowkin, Amatruda, Rescorla, Egler, Ross, Rodriguez-Galindo i Frazier, 2018; IA; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop i Wolffenbuttel, 2007). D'altra banda, altres estudis posen el focus en la diversa categorització de les variacions intersexuals, l'expressió perllongada de marcadors de cèl·lules germinals fetals (la probable superposició de maduració retardada i lesions neoplàstiques primerenques), i el possible biaix de mostreig (com a efecte de la gonadectomia «preventiva» i a causa de la presència de persones intersexuals sanes i «no diagnosticades» que passen desapercebudes). Per tant, qüestionen la fiabilitat i la validesa dels estudis que suggereixen una propensió tumoral més elevada i la pràctica de la gonadectomia preventiva, i proposen una «espera atenta» en lloc de la gonadectomia conservadora (Cools, Drop, Wolffenbuttel., Oosterhuis i Looijenga, 2006; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop i Wolffenbuttel, 2007; Slowikowska-Hilczer, Szarras-Czapnik, Wolski, Oszukowska, Hilczer, Jakubowski, Walczak-Jedrzejska, Marchlewska, Filipiak, Kaluzewski, Baka-Ostrowska, Niedzielski i Kula, 2015). També hem de tenir en compte que

hi ha diverses conseqüències mentals i físiques de la gonadectomia i les cirurgies de normalització genital. Les cirurgies de gonadectomia i normalització també poden provocar cicatrius, la necessitat de cirurgies recurrents, la insatisfacció amb la cirurgia no desitjada i el seu resultat, la sensació de mutilació. Tot plegat pot afectar la salut mental i causar problemes com ara l'ansietat, la depressió i una baixa autoestima (GrApSIA i Audí, 2014). La gonadectomia ha suposat, per a moltes persones intersexuals, la pèrdua de la fertilitat, de manera que ara no poden optar a tenir criatures biològiques (GrApSIA i Audí, 2014).

6.5) Salut mental

S'observa una major sensació d'aïllament, així com de pensaments depressius i intents de suïcidi en les persones intersex com a resultat de la discriminació i l'estigmatització. Moltes persones intersex desenvolupen el Trastorn d'Estrès posttraumàtic (TEPT) com a resultat d'experiències traumàtiques de la infància.

Tot i que la majoria de persones intersexuals han comptat amb un seguiment des del sistema d'atenció sanitària des que van néixer —des d'especialitats relacionades amb la cirurgia, això sí—, ara per ara hi ha escassos estudis sobre la salut mental i el benestar de la població intersexual. Un estudi europeu va trobar una major prevalença de trastorns mentals i intents de suïcidi entre les persones intersexuals (Falhammar et

Per tal de prevenir la malignitat, però preservar la possible producció d'hormones gonadals (per tant, eliminar els efectes secundaris de la teràpia hormonal de substitució i/o problemes de fertilitat), alguns estudis suggereixen ajornar la gonadectomia el major temps possible; idealment, fins que la persona arribi a la majoria d'edat i sigui capaç de donar un consentiment informat a aquesta operació, mentre que se li fa un cribratge constant (marcadors tumorals i imatge) i un seguiment precís (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elis, Peroni, Meriggiola i Bertelloni, 2021; Knight, 2017; Creighton 2001; Bauer i Truffer, 2020).

al. 2018), mentre que en una enquesta recent realitzada als Estats Units més de la meitat de les enquestades, que eren intersexuals, disposaven d'una salut mental limitada o deficient, especialment en el grup d'edat més jove. Les diagnòstics més habituals n'eren la depressió, l'ansietat i el TEPT (Rosenwohl-Mack et al. 2020). Conviure amb «diferències en el desenvolupament sexual», així com d'altres dificultats, pot ser molt anginant. Les persones intersexuals pateixen l'efecte de la medicalització i la patologització, els canvis causats en la seva identitat i la manca de models (i sovint també la manca d'informació) (GrApSIA i Audí 2014). Els grups de suport són essencials per defensar i enfortir les persones intersexuals (GrApSIA i Audí 2014).

6.6) Salut sexual i reproductiva

A l'hora de parlar de la salut sexual (i corporal) de les persones intersexuals, cal fer-ho des d'una perspectiva interdisciplinària que posi la persona al centre i que compti amb professionals amb formació (no només de l'àmbit sanitari): que revisin la terminologia utilitzada, que és viva i canviant, i cerquin vocabulari menys

mèdic i patologitzant; que tinguin cura de les estratègies comunicatives amb les pacients i les seves famílies; i que posin per davant la integritat i el benestar de la persona, així com la seva autonomia i el respecte cap al seu cos, tot prioritant una sexualitat basada en el plaer i no en relacions coitals heterosexuales; qüestionant-se

per endavant la necessitat de qualsevol tipus de tractament, intervenció (sigui quirúrgica o no) o exploració, tant a la infància com a l'edat adulta.

A més, cal tenir en compte que la perspectiva psicosocial és clau en el seu abordatge:

“A l'hora de plantejar la psicologia en l'atenció mèdica del desenvolupament sexual divers que estigui basada en l'evidència i impulsada per valors, Liao i Simmonds¹¹ parlen de: “pràctiques psicològiques impulsades per valors”; “defensar la seguretat emocional, la dignitat i el respecte de les famílies”; “involucrar els pares en converses dilemàtiques”; “valorar les necessitats psicològiques dels adults”; “desenvolupar i avaluar intervencions educatives”; “fomentar identitats positives, plurals i fluides”; “abordar les barres en les relacions i la vida íntima”; “facilitar l'elecció informada en els procediments elec-

tius”; “impulsar la salut i el benestar”; “la revisió i recerca en benefici dels pacients” i, finalment, “la sensibilització¹²”.

Per últim, cal destacar que des de la biomedicina mai no se li ha dedicat atenció als cossos intersexuals en termes de cossos potencialment reproduïbles. Ans al contrari, en molts casos s'han realitzat gonadectomies sota presumptes diagnòstics que anunciaven riscos de malignització de les gònades. Des de fa un temps, però, aquests riscos s'estan posant en dubte des de la pròpia medicina, la qual qüestiona les gonadectomies mencionades. Això podria dur a parlar de castracions injustificades, no només perquè aquestes gònades no tinguin un risc evident de tumorització, sinó perquè podrien contenir material fèrtil que, fins ara, no ha estat objecte d'investigació.

11 Liao L, Simmonds M. (2013). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development. *Psychology & Sexuality* (DOI: 10.1080/19419899.2013.831217).

12 GrApSia (2015). Tratamiento y afrontamiento del SIA: una tarea compartida. *Revista Española Endocrinología Pediatría, Volumen 6. Suplemento 2*.

Referències:

- Bauer, M., Truffer, D., & Crocetti, D. (2020). Intersex human rights. *The International Journal of Human Rights*, 24(6), 724-749.
- Cools, M., Drop, S. L., Wolffenbuttel, K. P., Oosterhuis, J. W. and Looijenga, L. H. 2006. Germ cell tumors in the intersex gonad: old paths, new directions, moving frontiers. *Endocrine reviews*, 27(5), 468-484. <https://doi.org/10.1210/er.2006-0005>
- Creighton S. 2001. Surgery for intersex. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(5), 218-220. <https://doi.org/10.1177/014107680109400505>
- Crouch, S., Waters, E., Mcnair, R. Power, K. and Davis, E. 2012. ACHES - The Australian study of child health in same-sex families: Background research, design and methodology. *BMC public health*. 12. 646. 10.1186/1471-2458-12-646.
- Dicken, B. J., Billmire, D. F., Krailo, M., Xia, C., Shaikh, F., Cullen, J. W., Olson, T. A., Pashankar, F., Malogolowkin, M. H., Amatruda, J. F., Rescorla, F. J., Egler, R. A., Ross, J. H., Rodriguez-Galindo,

C. and Frazier, A. L. 2018. Gonadal dysgenesis is associated with worse outcomes in patients with ovarian nondysgerminomatous tumors: A report of the Children's Oncology Group AGCT 0132 study. *Pediatric blood & cancer*, 65(4).

- Falhammar, H., Claahsen-van der Grinten, H., Reisch, N., Slowikowska-Hilczer, J., Nordenström, A., Roehle, R., Bouvattier, C., Kreukels, B.P.C. and Köhler B. 2018. "Health Status in 1040 Adults with Disorders of Sex Development (DSD): A European Multicenter Study." *Endocrine Connections* 7(3):466–78. doi: 10.1530/EC-18-0031.
- GrApSIA i Audí, (2014). Past experiences of adults with disorders of sex development. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, 27, 138-148.
- Knight, K. 2017. "I Want to Be Like Nature Made Me" Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children in the US.
- Looijenga, L. H., Hersmus, R., Oosterhuis, J. W., Cools, M., Drop, S. L. and Wolffenbuttel, K. P. 2007. Tumor risk in disorders of sex development (DSD). *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism*, 21(3), 480–495. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.05.001>
- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the US. *PloS one*, 15(10), e0240088.
- Slowikowska-Hilczer, J., Szarras-Czapnik, M., Wolski, J. K., Oszukowska, E., Hilczer, M., Jakubowski, L., Walczak-Jedrzejowska, R., Marchlewska, K., Filipiak, E., Kaluzewski, B., Baka-Ostrowska, M., Niedzielski, J. and Kula, K. 2015. The risk of neoplasm associated with dysgenetic testes in pre-pubertal and pubertal/adult patients. *Folia histochemica et cytobiologica*, 53(3), 218–226. <https://doi.org/10.5603/FHC.a2015.0021>
- Tyutyusheva, N., Mancini, I., Baroncelli, G.I., D’Elios, S., Peroni, D., Meriggiola, M.C. and Bertelloni, S. 2021. Complete Androgen Insensitivity Syndrome: From Bench to Bed. *International journal of molecular sciences*, 22(3), 1264. <https://doi.org/10.3390/ijms22031264>

Capítol 7. – Recomanacions per a l'abordatge de la salut LGBTI en entorns sanitaris

Les dificultats per sortir de l'armari en l'àmbit sanitari s'arrelen en la presència d'heterosexualisme, homofòbia i cisonormativitat, en el sistema i a escala institucional (Brotman et al. 2002). Diversos estudis previs han indicat que la sortida de l'armari té un paper central en l'experiència de salut i benestar de la població LGBTI. Per tant, és necessari potenciar un servei amigable per

a les persones LGBTI, per tal de donar suport i facilitar aquest procés durant les visites de salut (Brotman et al. 2002; Rosario et al. 2001).

En aquest capítol es presenten diferents recomanacions per tal que els entorns sanitaris siguin més inclusius i incorporin la perspectiva de la diversitat sexual i de gènere.

7.1) Nivell institucional: creació d'espais segurs

Una fita important per a la igualtat LGBTI es va produir el 1973, quan l'American Psychiatric Association (APA), l'organització professional més gran en el camp de la psiquiatria, va afirmar que l'homosexualitat no era una afecció o malaltia mental, i per tant, va ser eliminada del DSM. Tot i això, les persones no heterosexuales i no cisgènere han estat històricament estigmatitzades en la vida quotidiana i en entorns clínics per les ideologies de la patologia i la desviació. És imprescindible assolir la igualtat en l'àmbit institucional. Les polítiques institucionals, la planificació de contextos de formació sobre la població minoritària, l'entorn de les instal·lacions sanitàries i la comunicació sobre l'equitat i la diversitat en l'àmbit de la salut tenen un paper clau en la creació d'un sistema sanitari inclusiu. Les associacions professionals, les institucions

i professionals de la salut haurien de crear i implementar guies completes de bones pràctiques sobre salut i benestar del col·lectiu LGBTI, o bé fer difusió de guies similars ja existents. Aquesta guies haurien de proporcionar informació general sobre la salut de les persones LGBTI, i coneixements específics sobre els diversos àmbits o especialitats on s'utilitzarà.

a) Polítiques antidiscriminatòries i inclusives en l'àmbit de la salut

Les institucions haurien de donar suport a la visibilitat amb polítiques explícites d'igualtat i diversitat on s'indiqués que la institució no tolera la discriminació per motius d'orientació sexual o identitat de gènere. Aquestes polítiques han

de proporcionar informació a aquelles persones que puguin experimentar-la sobre l'estratègia institucional per tractar les agressions, l'assetjament o el tracte irrespectuós cap a persones LGTBI, amb assessorament per gestionar aquestes situacions, les eines disponibles de suport i els passos exactes per fer un informe sobre el fet quan sigui necessari. Tant professionals com pacients han de ser conscients que qualsevol tipus de discriminació és inacceptable, i han d'entendre la seva oportunitat d'informar i el procés de la institució per gestionar aquestes situacions.

Totes les institucions haurien de controlar les dades sobre la satisfacció i les experiències de les pacients durant les trobades assistencials per obtenir informació sobre biaixos, punts febles, punts forts i punts clau de la implementació de polítiques antidiscriminatòries a escala institucional. Obtenir comentaris de membres del personal, pacients, visitants i col·lectius LGTBI podria ajudar a organitzar els esforços per satisfer les necessitats de les pacients.

Les iniciatives polítiques que se centren en la justícia social i la igualtat en l'àmbit de la salut poden contribuir molt a induir un canvi de pensament, eliminar barreres i crear un entorn més acollidor per a les pacients LGTBI. Per tant, els càrrecs polítics tenen un paper fonamental a l'hora d'abordar l'equitat, la seguretat i la igualtat d'accés a la salut.

Cal desenvolupar i adoptar una política que garanteixi a les pacients LGTBI el dret a la igualtat de visites, mitjançant la integració d'una definició més àmplia i inclusiva de «família» en les polítiques sanitàries. Les persones LGTBI solen aïllar-se de la seva família a causa de la seva orientació sexual, identitat de gènere o característiques sexuals variants, o bé no tenen família (perquè no tenen criatures, ni relacions properes que els puguin donar suport). Per tant, les pacients haurien de tenir el dret a identificar de forma segura la persona de suport durant el seu examen o estada a l'hospital, o a marcar un responsable de presa de decisions fiable i de

suport. Es podria establir un registre de representants en el format de registre de dades en línia, que contingués el nom i la informació de contacte de les representants, com a part de la informació general de salut, i s'hauria de posar a disposició de les professionals de la salut en cas de necessitat. A més, els drets de visita no s'han de limitar als membres de la família o a parelles registrades, sinó a qualsevol amistat o contacte segons el desig de les pacients, qualsevol persona que tingui un paper important en la seva vida, encara que no hi estigui relacionada legalment.

b) Entorn multicultural i divers

Entorn acollidor

L'entorn clínic s'ha de transformar en un entorn més acollidor, segur i inclusiu per als pacients LGTBI i les seves famílies (Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010). Les persones de minories sexuals i de gènere necessiten analitzar el seu entorn (per exemple, sales d'espera de l'hospital, consultori mèdic, lavabos, etc.) per obtenir pistes que els ajudin a identificar quina informació poden compartir de forma còmoda i segura amb els equips mèdics. Per tal de fer que les usuàries LGTBI sentin seguretat i recolzament, les institucions podrien crear un entorn clínic més inclusiu mitjançant les mesures indicades a continuació (Makadon et al. 2015; GLMA, 2006; Royal College of Nursing and UNISON, 2004; Ashworth 2012):

1. Exhibició de pòsters al centre sanitari que promoguin la diversitat i ressaltin el suport, mitjançant la representació de parelles del mateix sexe, racials i ètnicament diverses, i famílies LGTBI, persones no cisgènere, i pòsters de grups o organitzacions LGTBI.
2. Col·locació de símbols o adhesius vinculats als col·lectius LGTBI a les sales d'espera i sales d'examen (per exemple, bandera de l'arc de Sant Martí, triangle rosa, rètols de

bany unisex).

3. Disposar de forma accessible fulletons sobre les proves de salut recomanades per edat i sexe, que continguin informació sobre problemes de salut específics de persones LGTBI, i fullets sobre problemes de salut de persones LGTBI.
4. Exposició de mitjans de comunicació especialitzats en temàtiques LGTBI, incloses revistes locals o nacionals, o butlletins sobre i per a persones LGTBI.
5. Celebrar a la instal·lació esdeveniments com el Dia Mundial de la Sida, el Dia Internacional de l'Alliberament LGTBI i el Dia Internacional de la Visibilitat Trans*.
6. Marcar els lavabos individuals per a «tots els gèneres». Si no és possible, introduïu una política que permeti a pacients trans* i intersexuals utilitzar el lavabo que més s'adapti a les seves necessitats.
7. Ajustar les plantilles de les pacients per registrar informació demogràfica i registres sanitaris (per exemple: nom legal, nom preferit, identitat de gènere i pronom).
8. Promoure la visibilitat del personal LGTBI creant un ambient segur i còmode que fomenti la sortida de l'armari de les persones.
9. Conèixer els recursos locals i en línia disponibles per a persones LGTBI (pàgines web, organitzacions sense ànim de lucre).

Formació

Es recomana promoure formacions específiques

sobre qüestions de salut LGTBI per a tota la plantilla, incloent també al personal administratiu i de neteja; i incorporar informació i elements relacionats amb temàtiques LGTBI sobre la promoció de la igualtat d'oportunitats en cursos obligatoris. Amb l'objectiu de facilitar l'accés als programes de formació sobre temàtiques LGTBI, és millor que aquestes formacions s'ofereixin de forma gratuïta o estiguin finançades i comptin amb el suport de les institucions. És important educar el personal perquè l'orientació sexual, la identitat de gènere i les característiques sexuals es considerin rellevants per donar i rebre una atenció adequada. Aquesta formació també hauria de preparar el personal de l'hospital per poder obtenir informació amb preguntes a pacients sobre la seva orientació sexual i identitat de gènere d'una manera adequada i no intrusiva, sense fer suposicions. Aquestes sessions de formació haurien d'incloure les formes del personal d'acceptar, gestionar i donar suport a la sortida de l'armari de les pacients i a les seves relacions familiars. Les professionals de la salut han de ser capaces d'explicar a les pacients amb claredat per què cal recollir informació sobre gènere, identitat sexual i característiques sexuals, i assegurar-los que la informació proporcionada es tracti de manera confidencial i sensible.

c) Gestió de dades

Els sistemes informàtics i els entorns de gestió de dades haurien de poder registrar informació sobre identitat i orientació sexual no cisgènere, i haurien de garantir també que les dades relacionades amb la identitat de gènere i l'orientació sexual es manipulin i s'emmagatzemin de manera prudent, confidencial i segura.

7.2) Ús del llenguatge

Les persones LGTBI solen experimentar discriminació o prejudicis per part de les professionals de la salut quan busquen atenció mèdica, ja que les seves experiències negatives anteriors amb aquests els poden conduir a endarrerir o rebutjar la cerca d'ajuda. Les entrevistes personals, els formularis d'admissió i les exploracions físiques són oportunitats molt importants perquè les professionals de la salut estableixin una relació metge-pacient de confiança, respecte i suport. A escala individual, les professionals de la salut tenen l'oportunitat de crear un entorn segur per a les pacients LGTBI en el sistema sanitari, mitjançant una escolta activa i una comunicació afirmativa respectuosa.

Les interaccions entre professional de la salut i pacient exigeixen una actitud conscient i sense prejudicis, amb respecte i empatia en tots els casos. Igual que altres pacients, les persones LGTBI poden provenir d'origens diferents (en termes d'edat, ètnia o raça, estat socioeconòmic, educació, etc.) i ocupar diferents càrrecs o tenir diverses professions. Quan ens trobem amb persones LGTBI que confien prou en nosaltres per revelar l'orientació o la identitat de gènere, pot ser important preguntar-los sobre les seves experiències anteriors durant les interaccions sanitàries i animar-los a donar-nos comentaris sobre la trobada actual.

Es recomana revisar els nostres propis valors i creences per reconèixer els prejudicis i estereotips ocults o inconscients que puguin crear barreres per al nostre aprenentatge, desenvolupament personal i treball en què participem. Els nostres valors i creences poden afectar obertament o inconscientment les nostres actituds i la nostra manera de tractar amb individus que representen diferents grups en interaccions interculturals. Tothom té prejudicis, biaixos ocults: participar en formacions sobre diversitat i augmentar l'autoconeixement són eines útils per descobrir-los. Com més coneixements tinguem

sobre la diversitat cultural, més probabilitats tindrem d'atendre adequadament comunitats diverses i multiculturals. El coneixement i l'autoreflexió ens poden donar l'oportunitat d'aprendre les habilitats i pràctiques adequades per gestionar les diferències de manera eficient i gestionar les interaccions interculturals.

a) Eina d'autoreflexió

Els estereotips no estan malament: segons Macrae i els seus col·legues fem servir estereotips i pensaments categòrics per simplificar les nostres experiències i per reduir la complexitat del nostre món quan processem el nostre entorn. Tot i això, els estereotips poden ser extremadament perjudicials, ja que poden conduir fàcilment a l'estigmatització o la discriminació. Podem mesurar actituds o estereotips de manera directa (explícita) o no directa (implícita). Les actituds explícites solen ser més favorables a causa del biaix de la conveniència social i de la invisibilitat de biaixos inconscients. Les actituds implícites s'estimen d'una manera més indirecta, mesurant la força de les associacions entre conceptes i estereotips, revelant així actituds inconscients de manera més eficient. La majoria de les persones heterosexuales (84%), i més d'un terç de les persones gais i lesbianes (38%), presenten biaixos implícits cap a les minories sexuals i de gènere (Makadon et al. 2015).

Podem reduir l'efecte dels nostres biaixos si reflexionem sobre les nostres creences i actituds personals relacionades amb les persones LGTBI. Aquesta eina pot ser útil per incrementar la consciència de les nostres actituds implícites i per mesurar l'estigma dels serveis:

Avaluació de biaixos personals:

- Creus que les persones lesbianes, gais, bisexuals, trans* o intersexuals no haurien

d'ocupar determinats llocs de treball o càrrecs socials? Si és així, per què?

- Alguna vegada has deixat de fer o dir alguna cosa perquè et podrien percebre com a gai o lesbiana?
- Alguna vegada has deixat de fer o dir alguna cosa perquè et podrien percebre com a massa masculí o femení?
- Com creus que et sentiries si un membre de la teva família sortís de l'armari com a lesbiana, gai, bisexual, trans* o intersexual?
- Com creus que et sentiries si de sobte una pacient habitual sortís de l'armari com a lesbiana, gai, bisexual, trans* o intersexual?

Valors i actituds:

Quines són les vostres primeres reaccions a les següents afirmacions? Fins a quin punt hi esteu d'acord o no, i per què?

- Les persones gais, lesbianes i bisexuals podrien canviar la seva orientació sexual si realment ho volguessin.
- Estic còmode parlant amb les meves pacients sobre conductes sexuals diferents al coit.
- Ser homosexual, bisexual, lesbiana, trans* o intersexual és una opció de vida.
- Em sento incòmode quan veig dos homes agafats de la mà en públic.
- Estaria molest si algú pensés que soc gai o lesbiana.
- M'incomodaria sortir amb algú bisexual, trans* o intersexual.

- Si una criatura meva sortís de l'armari com a lesbiana, gai, bisexual, trans* o intersexual, pensaria que he fet alguna cosa malament com a mare o pare.

Marc legal, polític i operatiu:

Quin és el vostre nivell d'acord o desacord amb les afirmacions següents i per què?

- El meu centre sanitari té polítiques per protegir clients o pacients LGTBI de la discriminació.
- Tindré problemes a la feina si no segueixo les polítiques per protegir les pacients LGTBI.
- Al meu centre sanitari no he sentit mai ningú parlar malament de les persones LGTBI.
- Les professionals de la salut de la meva institució no tindrien cap dificultat per treballar amb una persona LGTBI, independentment de les seves responsabilitats.
- Des que treballo a la meva institució, m'he format per protegir la confidencialitat de l'estat del VIH de les pacients.

Desenvolupem els nostres biaixos i estereotips per protegir-nos a nosaltres mateixos i a les nostres identitats de grup, per tant, no és fàcil renunciar als estereotips. Analitzar el possible dany i la consegüent injustícia generades pels nostres prejudicis, o investigar les circumstàncies o les raons per desenvolupar les nostres creences i la forma en què ens serveixen, ens pot ajudar a desfer-nos dels nostres prejudicis i biaixos.

- Com em serveixen les meves creences?
- Què puc perdre si canvio les meves creences?

- Quins són els costos de mantenir la meua perspectiva actual?
- Com em podria beneficiar canviar?

b) Anamnesi general (preguntes per a una comunicació eficaç i acceptació pacient-metge)

Demandar la història clínica sempre s'ha de dur a terme d'una manera emfàtica i respectuosa. Durant qualsevol aspecte de la història clínica, hauríem d'utilitzar expressions neutres de gènere i abstenir-nos de preguntes que suggerissin suposicions sobre la identitat de gènere o l'orientació sexual d'un pacient. El millor és fer preguntes obertes i escoltar com les pacients es descriuen a si mateixes i les seves parelles. Tret que els termes que la pacient utilitzi sonin despectius, es recomana utilitzar les mateixes expressions.

Seria important recopilar informació sobre l'orientació sexual, la identitat de gènere o les característiques corporals d'una pacient com a part dels registres mèdics, sense supòsits normatius. D'aquesta manera, les pacients LGTBI no es veurien obligades a explicar les seves circumstàncies una i altra vegada en cada visita al centre de salut. Recomanem incloure en els formularis d'entrada preguntes sensibles a les persones LGTBI, com ara els pronoms usats, el nom o el nom de la parella. Pot ajudar a evitar malentesos i falses suposicions, i afavorir la comoditat i la confiança de les pacients LGTBI.

A més de la història clínica general, la història quirúrgica i la història familiar, és important aclarir alguns comportaments de risc, problemes de salut mental o física amb pacients LGTBI, com ara el sobrepès i obesitat, el tabaquisme, el consum d'alcohol o drogues, l'exposició a un estrès significatiu, els trastorns alimentaris, el risc de càncer (tumors associats al VPH i càncer de mama), la violència, la victimització (delictes

d'odi, violència de gènere). Hauríem d'animar tots les pacients LGTBI a participar en proves, perquè les persones LGTBI s'enfronten a un major nombre de factors de risc de diabetis i malalties cardiovasculars. Les dones lesbianes i bisexuals tenen més factors de risc de càncer de mama, càncer de coll uterí i tumors ovàrics. Els HSH pateixen un risc més alt de càncer de pròstata, de còlon, anus i testicles. Les persones trans* haurien de sotmetre's a cribratges regularment d'acord amb la seva anatomia actual, la teràpia hormonal rebuda i el sexe de naixement.

És important establir una relació segura i de confiança amb el pacient abans de parlar sobre la seva història sexual (CDC 2019; Makadon et al. 2015). Si una persona cuidadora, familiar o parella es troba a la sala d'anàlisi, demaneu educadament a aquesta persona que entri a la sala d'espera abans de començar a parlar de salut sexual amb el vostre pacient. Hauríem de començar el debat amb alguna explicació reconfortant, com ara «Et faré algunes preguntes sobre la teua salut sexual. Aquestes preguntes poden ser molt personals, però la salut sexual és molt important per a la salut general. Faig aquestes preguntes a tots les meves pacients independentment de l'edat, el gènere i l'orientació sexual.»

Quan es parla de la història sexual, és encara més important utilitzar els propis termes de les pacients i reflectir el seu llenguatge i la seva terminologia utilitzada per descriure les parelles i els comportaments. Les persones poden triar o no identificar-se amb una orientació sexual o identitat de gènere. També hem de ser conscients que la manera com algú s'identifica i quina conducta sexual té és diferent i pot canviar amb el pas del temps.

Si el nostre pacient utilitza termes o comportaments desconeguts, dins d'uns límits i en la mesura que ho justifiqui la situació, hauríem de demanar-li que els aclarissin o que ho repetissin. S'ha de reconèixer que el pacient pot sentir vergonya de parlar sobre qüestions sexuals, sigues

conscient dels teus propis sentiments. Estigueu preparats per parlar del comportament sexual i l'orientació sexual amb les vostres pacients i per gestionar la descripció d'un pacient que us resulti incòmoda, desconeguda o vergonyosa. Fins i tot si la situació us fa sentir incomoditat o vergonya, haureu de prestar atenció a la vostra comunicació verbal i no verbal per transmetre una mentalitat oberta (CDC 2019; Makadon et al. 2015). Tingueu en compte que no tothom és sexualment actiu i que, independentment de si es mantenen relacions sexuals amb una persona del mateix o de sexe oposat, una persona no és necessàriament gai, lesbiana, bisexual ni s'identifica amb cap orientació sexual. Pot ser de suport per als pacients i serveix per evitar una mala comunicació. Ens hauríem d'abstenir de la curiositat innecessària i d'utilitzar pacients amb l'objectiu de recollir informació sobre la comunitat LGTBI.

Quan avaluem la història sexual de les persones trans* i intersexuals, hauríem de prestar atenció a alguns problemes addicionals:

- No fer suposicions sobre el comportament o el cos del pacient en funció del seu aspecte.
- Aclarir si el pacient ha tingut alguna cirurgia d'afirmació de gènere, amb l'objectiu d'identificar els factors de risc que ens haurien de preocupar, i discutir-los amb elles.
- Tenir en compte que parlar sobre els genitals o l'activitat sexual pot ser complicat per la desvinculació del seu cos, cosa que pot fer que l'entrevista sigui sensible o estressant per al pacient.

La confidencialitat és molt important en el cas d'identitats LGTBI. No hem de parlar de l'orientació sexual, la identitat de gènere o les característiques corporals del nostre pacient amb qui no necessiti conèixer-los per proporcionar-los una

atenció adequada. En cas contrari, les pacients poden ser fàcilment retraumatitzades en experimentar pèrdua de confiança. Les polítiques de privadesa de totes les pacients també s'apliquen a aquesta informació tan sensible!

A més, per atendre millor les pacients es recomana crear i mantenir una llista de referències de professionals LGTBI-friendly i recordar d'oferir-los detalls específics per a la salut d'aquest col·lectiu.

c) Exploració física

L'exploració física és una de les parts més sensibles de la trobada entre les professionals de la salut i el pacient. Fins i tot en les condicions adequades i amb les precaucions oportunes, pot ser molt intrusiu i pot situar el pacient en una posició especialment vulnerable. L'examen físic pot resultar encara més pertorbador per als pacients que experimenten vergonya o insatisfacció pel seu cos a causa de les expectatives d'imatge corporal (com ara l'incompliment de l'ideal de bellesa, el sobrepès, la discapacitat física, les anatomies inesperades, etc.), l'ansietat, l'angoixa o el malestar causat per l'existència o la manca d'òrgans tradicionalment associats a la seva identitat de gènere. L'examen físic pot ser molt difícil per a aquelles persones que tenen experiències negatives anteriors amb les professionals de la salut.

L'examen de qualsevol part íntima, inclosos els pits, l'anus i els genitals, és molt incòmode per a la majoria de la gent, i és especialment amenaçador per a les persones intersexuals i trans*, però un examen general adequat i alguns dels exàmens periòdics de càncer ho fan inevitable. Abans de qualsevol exploració física, es recomana preguntar sobre les experiències prèvies de les pacients i normalitzar l'ansietat que expressen. Si és possible, pregunteu a les pacients sobre les seves preferències en relació amb el llenguatge i els termes que utilitzeu (per exem-

ple, cavitat pelviana en lloc de vagina) i sobre què pot fer-los sentir més còmodes, per exemple, que un altre professional (algú del mateix sexe que el pacient) realitzi l'exploració, que la seva persona de suport estigui a la sala d'anàlisi o a l'exterior a la sala d'espera durant el test. Aclariu el paper de tothom a la sala de proves per tal de garantir la sensació de seguretat del pacient. Demaneu sempre el permís del pacient abans de tocar-la, de realitzar qualsevol examen o d'utilitzar instruments en el seu cos, i informeu-la sobre el procés i el propòsit de l'examen actual. Assegureu als pacients que poden expressar o compartir qualsevol molèstia o sensacions negatives durant la prova, que us poden demanar que la suspengueu o l'atureu en qualsevol moment i que ho fareu immediatament. Si expressen el desig d'aturar l'exploració, heu de respectar la seva sol·licitud!

Si l'exploració ha anat bé, informeu-ne la pacient i agraiu-li la seva col·laboració. Si l'examen no ha anat bé, o ha finalitzat per motius aliens al control del pacient, expliqueu-li-ho. Si l'examen s'ha detingut o no ha anat bé perquè el pacient l'ha volgut aturar, o perquè sentia ansietat, valideu la seva voluntat i sentiments amb la finalitat de prevenir noves experiències traumàtiques. La majoria de les pacients que no aconseguen arribar al final de la prova, sigui pel motiu que sigui, consideren que ha estat un fracàs personal.

També és important evitar exàmens innecessaris i ressaltar que la curiositat per l'anatomia actual de pacients trans* o intersexual sense rellevància mèdica actual no es considera un examen justificat. Hauríem de ser conscients del fet que molts pacients LGTBI han declarat haver estat maltractades o abusades en rebre assistència sanitària o en la seva vida quotidiana, per tant és important notar que la realització d'una exploració física pot provocar TEPT en persones traumatitzades. Si ens trobem amb pacients que presenten símptomes presumptes o manifestos de TEPT, hauríem de derivar-los a un servei d'atenció de salut mental adequat on

puguin obtenir l'ajuda apropiada en un entorn afirmatiu i de suport, per comprendre la seva experiència traumàtica i aprendre habilitats per afrontar els símptomes traumàtics.

d) Suposicions incorrectes

Els discursos dominants sobre orientació sexual, identitat de gènere i característiques sexuals resulten en pràctiques sanitàries que no atenen les necessitats específiques de les persones LGTBI i mantenen el seu aïllament i vulnerabilitat (Brotman et al. 2002). L'heteronormativitat i la cisonormativitat en els entorns d'atenció mèdica apareixen quan el personal sanitari assumeix que totes les pacients dones necessiten anticoncepció, quan s'exclouen les parelles lesbianes del tractament de FIV, quan es tracta amb el gènere incorrecte les persones trans* o intersexuals, o quan no hi ha persones LGTBI en cartells i programes de promoció de la salut.

Si és necessari, podem aclarir les nostres assumpcions abans de conèixer un pacient nou, per complir l'atenció centrada en el pacient (Makdon et al. 2015):

- Tinc alguna assumpció?
- Quines són aquestes assumpcions?
- Quines d'aquestes assumpcions m'impedeixen d'estar present i tenir una mentalitat oberta cap a aquesta pacient?
- Quines són les meves possibilitats per deixar de banda les meves assumpcions durant aquesta trobada?

Hem d'afirmar que no és possible reconèixer la identitat de gènere, les característiques sexuals o l'orientació sexual d'algú en funció del seu nom,

aparença o el to de veu. L'ús d'un pronom, un nom, un gènere o una falsa assumptió sobre l'orientació sexual pot causar vergonya i humiliació a qualsevol persona. Per tant, sempre és millor no fer cap suposició sobre l'orientació sexual, la

identitat de gènere o les característiques sexuals d'algú basant-se només en el seu aspecte (GLMA 2006; Makadon et al. 2015).

Cal evitar suposar que tots les pacients són

No recomanat	Recomanat
Estàs casat/da?	Tens parella? Qui són els membres de la teva família?
Tens novia (a un home)/xicot (a una dona)?	Estàs en una relació? Tens xicot o xicota? Estàs en una o més relacions?
Alguna vegada has tingut relacions sexuals amb dones (a homes)/homes (a dones)?	Tens relacions sexuals? Amb qui tens relacions sexuals?

(CDC 2020; Haider et al. 2018; Makadon et al. 2015; Bradford et al. 2012; GLMA 2006)

heterosexuals o cisgènere o diàdics (no intersexuals) (The Fenway Institute, 2016). Podeu trobar útils aquestes preguntes. Aquestes preguntes, no només permeten obtenir una informació més precisa pel que fa a la persona que s'està atenent, sinó que també serà una mostra del vostre suport, i de l'acceptació de la diversitat sexual de totes les persones.

e) Pronoms i expressions preferides

Les professionals de la salut solen utilitzar un llenguatge medicalitzador i estigmatitzador quan parlen de la identitat de gènere i de l'orientació sexual, a causa de la manca d'educació sobre temàtiques LGTB sensibles i afirmatives, i la manca d'experiència. Les expressions no adequades, els termes estigmatitzants, l'ús incorrecte dels

pronoms i la mala comunicació tenen efectes adversos en la interacció pacient-professional.

Alguns idiomes fan servir pronoms de gènere neutres, mentre que altres idiomes tenen pronoms de gènere específics. Cal prestar atenció al llenguatge que utilitzem i cal intentar aplicar termes de gènere neutrals, en la comunicació amb tothom i sobretot amb persones no binàries o trans*.

<i>No recomanat</i>	<i>Recomanat</i>
Ets home o dona?	Com et dius? M'agradaria ser respectuós/a. Com t'agradaria que em dirigís a tu? Quins pronoms fas servir? Amb quin gènere t'identifiques ara? Quin sexe se't va assignar en néixer?
Estàs fent un tractament de canvi de sexe?	Estàs seguint algun tractament de confirmació de gènere? Quins són els teus objectius a la vida? La teva cura?
	Qui consideres que és la teva família?
	Què saps del teu diagnòstic? El teu pronòstic

Tothom comet errors. Si heu fet alguna assumptió, heu fet servir el nom de naixement o us heu equivocat amb el gènere d'un pacient, no us preocupeu, simplement demaneu disculpes educadament per utilitzar el pronom (o el nom) equivocant. Aquestes coses es poden aprendre. - «Estic aprenent a ser respectuós/a i de vegades m'equivoco».

(CDC 2020; Haider et al. 2018; The Fenway Institute, 2016; Makadon et al. 2015; Institut de Medicina (EUA) 2013; Bradford et al. 2012)

f) Evitar preguntes innecessàries o discriminatòries

Moltes persones LGTBI, especialment les persones trans*, intersexuals i lesbianes, són

tractades amb una curiositat inadequada, i són sotmeses a un tractament desigual a causa de la identitat de gènere o de l'orientació sexual (Barbara Chaim i Doctor, 2004; Ellis, Bailey i McNeil 2015; Zeeman i Aranda 2020). Les persones LGTBI solen rebre preguntes mèdiques irrellevants i intrusives sobre la seva vida personal, en el cas d'identitats no cisgènere fins i tot sobre el seu aspecte físic, i de vegades són sotmeses a exàmens físics innecessaris i invasius.

La curiositat és una part essencial de la naturalesa humana, és un element important que facilita l'aprenentatge. Com diu Ami Schattner és «un objectiu primordial establert de l'educació mèdica i un component reconegut de la competència professional (Schattner, 2015)». Podem imaginar la curiositat com un espectre, podem etiquetar un extrem com a curiositat adequada

i l'altre com a curiositat inadequada. La curiositat és inadequada quan la pregunta és innecessàriament personal o irrellevant des del punt de vista mèdic. Algunes persones (fins i tot les professionals de la salut) podrien tenir curiositat sobre què vol dir ser una persona gai, lesbiana, bisexual, intersexual o trans*, i podrien voler fer preguntes per satisfer la seva pròpia curiositat. Fer preguntes intrusives i inadequades, o utilitzar les nostres pacients com a fonts d'informació amb l'objectiu de recollir informació específica sobre persones LGTBI, no és professional i és perjudicial, es pot considerar com a microagressió, i no serveix els interessos de la pacient.

En cas de dubte en preguntar alguna cosa, considereu el següent:

- És necessària la pregunta per proporcionar una atenció adequada?
- Quina informació prèvia tinc?
- Què he de saber?
- Com puc demanar-ho d'una forma sensible?

Rellevants i necessàries per a l'atenció:	Preguntes intrusives/curioses, no rellevants:
Com ha interferit el teu dolor amb el teu desig de tenir relacions sexuals?	Quantes parelles sexuals has tingut al llarg de la vostra vida?
Quines paraules utilitzaries per descriure la teva orientació sexual?	Quan vas saber que ets lesbiana/gai/bisexual/trans*?
	Si només has tingut relacions sexuals amb homes, com saps que ets bisexual?
T'has sotmès a cirurgies diferents de les que hem comentat? Hi va haver alguna complicació?	Encara tens penis?
	Els teus pits són naturals?
Quins altres medicaments o hormones estàs prenent?	-
Quin sexe se't va assignar al néixer? Amb quin gènere t'identifiques ara?	Ets realment trans* o només busques atenció?

Accions recomanades a nivell individual:

- Eviteu fer assumpcions sobre l'orientació sexual, la identitat de gènere, l'expressió de gènere o les característiques sexuals d'algú en funció de l'aparença.
- Tingueu en compte els vostres prejudicis, biaixos i estereotips.
- Reconeixeu que les autoidentificacions i els comportaments no sempre estan alineats.

- Utilitzeu sempre el nom i els pronoms correctes de les pacients, fins i tot quan no estiguin presents. Corregiu les vostres companyes si fan servir noms i pronoms equivocats.
- No tafanegeu ni feu bromes sobre persones LGTBI. Reaccioneu si algú del vostre entorn ho fa.
- Protegiu la confidencialitat. Parleu només sobre l'orientació sexual, la identitat de gènere o les característiques sexuals d'un pacient amb aquells que ho necessitin.
- Presteu especial atenció als problemes de salut i a les disparitats que experimenten més sovint les persones LGTBI.
- Si us sentiu ben preparades per servir la comunitat LGTBI, considereu incloure-ho al directori de professionals LGTBI-friendly (disponible a molts països).
- Actualitzeu sempre els vostres coneixements sobre persones LGTBI assistint a formacions específiques LGTBI i llegint literatura, com el cas de qualsevol altra qualificació professional.

Referències:

- Ashworth Alice. 2012. "Sexual orientation: a guide for the NHS". Stonewall Group. Disponible: <https://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/stonewall-guide-for-the-nhs-web.pdf>
- Bradford J.B., Cahill, S., Grasso C., Makadon, H.J (2012). How to gather data on sexual orientation and gender identity in clinical settings. The Fenway Institute. Disponible: https://fenwayhealth.org/wp-content/uploads/2015/09/Policy_Brief_HowtoGather..._v3_01.09.12.pdf
- Brotman, S., Ryan, B., Jalbert, Y., Rowe, B. (2002). The Impact of Coming Out on Health and Health Care Access: The Experiences of Gay, Lesbian, Bisexual and Two-Spirit People. Journal of health & social policy. 15. 1-29.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). A Guide for the Healthcare Professional: DISCUSSING SEXUAL HEALTH with Your Patients. Disponible: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/screening/discussing-sexual-health.html>
- Chaim, Barbara, A.M. G. i Doctor, F. (2004). Asking the right questions, 2: talking about sexual orientation and gender identity in mental health, counselling, and addiction settings. Toronto (ON): Centre for Addiction and Mental Health.
- Ellis S., Bailey L. and McNeil J. (2015). Trans People's Experiences of Mental Health and Gender Identity Services: A UK Study. Journal of Gay & Lesbian Mental Health. 19. 4-20.
- Gay and Lesbian Medical Association (GLMA). 2006. Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients. Disponible: <http://www.glma.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&pageId=622&parentID=534>
- Haider, A., Adler, R.R, Schneider, E., Uribe Leitz, T., Ranjit, A., Ta, C., Levine, A., Harfouch, O., Pelaez, D., Kodadek, L., Vail, L., Snyder, C., German, D., Peterson, S., Schuur, J.D., Lau, B.D. (2018).

Assessment of Patient-Centered Approaches to Collect Sexual Orientation and Gender Identity Information in the Emergency Department: The EQUALITY Study. *JAMA Netw Open*.

- Makadon, H.J, Mayer, K.H, Potter, J., Goldhammer, H., American College of Physicians. (2015). *The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health*.
- Oakbrook Terrace (2010). *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*. IL: The Joint Commission. Disponible: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/aroamapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E-5ACD01B>
- Royal College of Nursing i UNISON. (2004). *Not 'Just' a Friend: Best Practice Guidance on Health Care for Lesbian, Gay and Bisexual Service Users and Their Families*. London, UK: Royal College of Nursing and UNISON.
- Rosario, M., Hunter, J., Maguen, S., Gwadz, M., Smith, R. (2001). The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian, and bisexual youths: stipulation and exploration of a model. *Am J Community Psychol*. 29(1):133-60.). <https://doi.org/10.1023/A:1005205630978>
- Schattner A. (2015). Curiosity. Are you curious enough to read on?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 108(5), 160–164. <https://doi.org/10.1177/0141076815585057>
- Zeeman, Laetitia, i Kay Aranda. 2020. "A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(18):6533.

