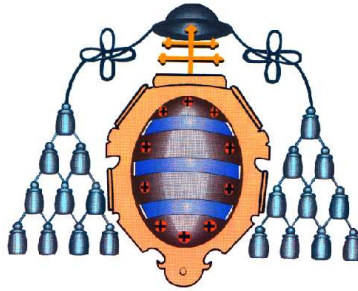


UNIVERSIDAD DE OVIEDO



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

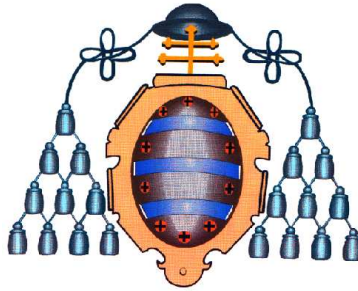
Tesis Doctoral

**UNA APROXIMACIÓN A LA TRANSEXUALIDAD DESDE LA
DOBLE REALIDAD SEXO/GÉNERO**

María Fernández Rodríguez

2010

UNIVERSIDAD DE OVIEDO



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Tesis Doctoral

**UNA APROXIMACIÓN A LA TRANSEXUALIDAD DESDE LA
DOBLE REALIDAD SEXO/GÉNERO**

Dirigida por:

Dra. Elena García Vega

AGRADECIMIENTOS

Dice el refrán que “es de bien nacidos ser agradecidos”, pero yo diría más bien “los que reciben el agradecimiento son los bien nacidos” porque me han permitido realizar lo poco o lo mucho que se ha hecho.

Mi primer pensamiento de gratitud va dirigido a mi directora de tesis, la Doctora Elena García Vega. Sin ella no hubiese sido posible la realización de esta investigación. Gracias, no solamente por su apoyo y orientación durante todo el proceso, sino por ser ella quien me abrió la puerta a este mundo de la investigación tan desconocido para mí. Al ofrecerme la oportunidad de participar en su línea de investigación sobre el género, estaba posibilitándome la consecución de un deseo que compensaría y enriquecería una trayectoria profesional de casi 25 años.

En segundo lugar, tengo que agradecer a mi familia el cariño, el respeto y la admiración que me profesan y que han alimentado cada día mis ganas de trabajar. Mis hijos, José Manuel y David, mi nuera Marta y mis dos nietecitas, Irene y Carolina son para mí una fuente de energía y satisfacción. Como armazón y motor que sujeta todo este entramado está mi amado esposo José María, disponible, resolutivo y cariñoso en el que todos nos apoyamos, es el responsable último de que esta tesis se llevara a cabo. Año tras año desde que realicé la suficiencia investigadora y haciendo un frente común con mis dos incondicionales amigos Ana y José Manuel, han formado un triunvirato que disfrutarán más que la propia interesada del título que esta tesis otorga.

El recuerdo más tierno y emocionado para mis compañeras residentes y digo compañeras porque todas ellas han sido mujeres que durante estos años también me han acompañado en las consultas de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (U.T.I.G.P.A). Con su interés y curiosidad formativa fomentaban provechosos y fructuosos debates clínicos que estimulaban mis reflexiones y nutrían mis conocimientos. María, Lucía, Belén y muy

especialmente Clara, cuya rotación coincidió con la época más activa de la elaboración de este estudio.

Presentes constantemente en mi mente también han estado el equipo de esta Unidad y las personas transexuales que han dado sentido y contenido a nuestro trabajo. Mis queridos compañeros del equipo de la U.T.I.G.P.A, Margarita, Javier y José Antonio, con los que he compartido desde el inicio esta tarea asistencial, gracias por ser como sois, por proporcionarme afecto y apoyo y hacer que cada día sea un placer acudir al trabajo y muy especialmente a ti, Javier, por compartir no solamente la misma profesión, sino también semejante filosofía de vida, me he nutrido de tus conocimientos y comentarios, estimulando mis reflexiones y ampliando mi percepción del mundo.

Por último, gracias a mis superiores, al Gerente del Hospital de San Agustín, Don Alfonso Flórez Díaz, a la Jefa de la Unidad de Coordinación de Salud Mental, Doña Beatriz Camporro Rocés y al Director de la Unidad de Gestión Clínica de los Servicios de Salud Mental de Avilés, Don Juan José Martínez Jambrina, por su confianza y consideración.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
I. INTRODUCCIÓN	9
II. PARTE TEÓRICA.....	13
1. Sexo y género: dos conceptos interdependientes	14
1.1. Proceso de diferenciación sexual en el ser humano	14
1.2. El nacimiento del género	19
1.3. El sexo construye el género	20
1.4. El género también construye el sexo	24
2. Masculinidad y feminidad	26
2.1. La medida de la masculinidad/feminidad. Evolución de las escalas	26
2.2. Roles de género y transexualidad.....	30
3. Definición de transexualismo	33
4. Epidemiología	37
4.1. Epidemiología de la transexualidad en estudios internacionales.....	38
4.2. Epidemiología de la transexualidad en España	40
5. Etiología.....	43
6. La transexualidad a través de la historia.....	47
6.1. La transexualidad en la literatura científica.....	47
6.2. Historias de transexuales	55
7. La asistencia a las personas transexuales: consecución y puesta en práctica de un derecho	62
7.1. Fundamento jurídico de la atención al colectivo transexual	62
7.2. Contexto de trabajo: Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA)	64
8. Diagnóstico de transexualismo	66

8.1.	Surgimiento del diagnóstico en las clasificaciones internacionales: CIE y DSM	66
8.2.	Evolución del diagnóstico en las clasificaciones internacionales: CIE y DSM.....	77
8.3.	Dificultades del diagnóstico de transexualismo desde la práctica clínica.....	85
9.	Tratamiento de la transexualidad: El proceso transexualizador	92
9.1.	La “cura” de la transexualidad	92
9.2.	Normas de cuidado para los trastornos de identidad de género.....	96
III.	PARTE EMPÍRICA	103
1.	Introducción	104
2.	Planteamiento de la investigación: objetivos e hipótesis.....	105
3.	Metodología	106
3.1.	Muestra	106
3.2.	Instrumentos	107
3.3.	Procedimiento.....	110
3.4.	Variables.....	111
3.4.1.	Descripción de las variables socio-demográficas	112
3.4.1.1.	Tipo de transexualidad	112
3.4.1.2.	Edad	112
3.4.1.3.	País de procedencia	112
3.4.1.4.	Nivel de estudios.....	113
3.4.1.5.	Trabajo actual.....	114
3.4.1.6.	¿Realizó o realiza trabajos marginales?	114
3.4.1.7.	Convivencia.....	114
3.4.1.8.	Número de hermanos incluida la persona transexual	114
3.4.1.9.	Lugar que ocupa en la fratría.....	114
3.4.1.10.	Sexo de los hermanos que le preceden.....	115
3.4.1.11.	¿Realizó el cambio registral?.....	115
3.4.2.	Descripción de las variables clínicas	115

3.4.2.1.	¿Ha realizado periodos de autohormonación? ..	115
3.4.2.2.	¿Se está hormonando?	115
3.4.2.3.	Años de hormonación	116
3.4.2.4.	¿Ha realizado cirugías de feminización o masculinización corporal y/o facial?.....	116
3.4.2.5.	¿Ha realizado cirugías faciales?.....	116
3.4.2.6.	¿Ha realizado cirugías corporales?.....	116
3.4.2.7.	Orientación sexual	116
3.4.2.8.	¿Realiza experiencia de la vida real?	117
3.5.	Análisis de datos	117
4.	Resultados	118
4.1.	Resultados de las variables	118
4.1.1.	Resultados de las variables socio-demográficas	118
4.1.1.1.	Tipo de transexualidad	118
4.1.1.2.	Edad	118
4.1.1.3.	País de procedencia	119
4.1.1.4.	Nivel de estudios.....	119
4.1.1.5.	Trabajo actual	119
4.1.1.6.	¿Realizó o realiza trabajos marginales?	120
4.1.1.7.	Convivencia	122
4.1.1.8.	Número de hermanos incluida la persona transexual	123
4.1.1.9.	Lugar que ocupa en la fratría.....	123
4.1.1.10.	Sexo de los hermanos que le preceden.....	123
4.1.1.11.	¿Realizó el cambio registral?.....	125
4.1.2.	Resultados de las variables clínicas	126
4.1.2.1.	¿Ha realizado períodos de autohormonación? ..	126
4.1.2.2.	¿Se está hormonando?	126
4.1.2.3.	Años de hormonación	126
4.1.2.4.	¿Ha realizado cirugías feminizantes o masculinizantes faciales y/o corporales?.....	127
4.1.2.5.	¿Ha realizado cirugías faciales?.....	127
4.1.2.6.	¿Ha realizado cirugías corporales?.....	127
4.1.2.7.	Orientación sexual	128

4.1.2.8.	¿Realiza la experiencia de la vida real?	128
4.2.	Resultados de la aplicación del BSRI	129
4.2.1.	Resultados de la aplicación del BSRI al grupo de transexuales femeninas y de transexuales masculinos ...	129
4.2.2.	Resultados de la aplicación del BSRI al grupo control	130
4.3.	Resultados obtenidos al relacionar las variables clínicas con los roles de género obtenidos en el BSRI	131
4.3.1.	Autohormonación y autopercepción	131
4.3.2.	Hormonación y autopercepción	133
4.3.3.	Cirugías feminizantes y masculinizantes y autopercepción	134
4.3.4.	Cirugía facial y autopercepción	135
4.3.5.	Cirugía corporal y autopercepción.....	137
4.3.6.	Orientación sexual y autopercepción.....	138
4.3.7.	Experiencia de la vida real y autopercepción.....	139
5.	Interpretación de los resultados	141
5.1.	Interpretación de las variables	141
5.1.1.	Interpretación de las variables socio-demográficas	141
5.1.1.1.	Tipo de transexualidad	141
5.1.1.2.	Edad	142
5.1.1.3.	País de procedencia	143
5.1.1.4.	Nivel de estudios	144
5.1.1.5.	Trabajo actual	144
5.1.1.6.	¿Realiza trabajos marginales (prostitución)?	145
5.1.1.7.	Convivencia	146
5.1.1.8.	Número de hermanos incluido el paciente	149
5.1.1.9.	Lugar que ocupa en la fratria	149
5.1.1.10.	Sexo de los hermanos que le preceden.....	149
5.1.1.11.	¿Realizó el cambio registral?	151
5.1.2.	Interpretación de las variables clínicas	151
5.1.2.1.	¿Ha realizado períodos de autohormonación? ..	151
5.1.2.2.	¿Se está hormonando?	153
5.1.2.3.	Años de hormonación	154

5.1.2.4.	¿Ha realizado cirugías de feminización o masculinización corporal y/o facial?	155
5.1.2.5.	¿Ha realizado cirugías faciales?.....	155
5.1.2.6.	¿Ha realizado cirugías corporales?.....	156
5.1.2.7.	Orientación sexual	157
5.1.2.8.	¿Realiza experiencia de la vida real?	159
5.2.	Interpretación de los resultados obtenidos con la aplicación del BSRI a la muestra de personas transexuales y al grupo control	160
5.3.	Interpretación de los resultados obtenidos al relacionar las variables clínicas con los roles de género del BSRI	164
5.3.1.	Autohormonación y autopercepción	164
5.3.2.	Hormonación y autopercepción	164
5.3.3.	Cirugías feminizantes o masculinizantes y autopercepción	165
5.3.4.	Cirugía facial y autopercepción	166
5.3.5.	Cirugía corporal y autopercepción	166
5.3.6.	Orientación sexual y autopercepción	167
5.3.7.	Experiencia de la vida real y autopercepción	168
5.4.	Limitaciones del estudio	170
5.5.	Futuras líneas de investigación	171
5.6.	Propuestas de actuación	173
6.	Conclusiones	179
6.1.	Conclusiones del primer objetivo	179
6.2.	Conclusiones del segundo objetivo.....	183
6.3.	Conclusiones del tercer objetivo.....	184
IV.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	188

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

“Me da vergüenza de mi mismo, no tengo cuerpo de hombre ni me siento mujer”. (Persona transexual).

Si cada sociedad fuese el producto de cómo ha tratado a las personas con Disforia de Género, la nuestra, quedaría bastante mal parada. Sólo recientemente este daño puede estar reparándose al permitirles formar parte de nuestra sociedad como personas “dignas” y con plenos derechos y no como pervertidos o delincuentes objeto de persecución y rechazo.

La gran complejidad del fenómeno de la transexualidad pone en cuestionamiento la esencia misma del ser humano, su identidad. Si una persona se siente hombre o mujer, es decir se autopercibe con una identidad determinada, pero el resto del mundo discrepa y la ve y la percibe con una identidad distinta, entramos en un desajuste que rompe con la ingenuidad del modelo tradicional que clasifica a los seres humanos en dos categorías y donde el sexo biológico se corresponde de forma unívoca con el género sentido.

En la nomenclatura psiquiátrica y psicoanalítica tradicional se llama Transexual Masculino a una persona nacida biológicamente varón y Transexual Femenino a una persona nacida biológicamente mujer. Sin embargo en la presente investigación, nos hemos apropiado de las definiciones utilizadas por las propias asociaciones y colectivos de transexuales, como por ejemplo la Federación Estatal de Lesbianas, Gays y Transexuales (FELGT), que invierten totalmente los términos anteriores. Otros investigadores y estudiosos del tema contemporáneos tratan de evitar las posibles confusiones utilizando la terminología completa, transexual de hombre a mujer (HaM), para referirse a aquella persona que “es anatómicamente varón, pero interiormente se considera mujer” y transexual de mujer a hombre (MaH), a la persona que “es

anat6micamente mujer pero muestra actitudes, conductas y aficiones t6picamente masculinas” (G6mez Gil, Esteva y Bergero, 2006).

A lo largo de la investigaci6n cuando hagamos referencia a los hombres transexuales los denominaremos Transexuales Masculinos (TM), refiri6ndonos a una persona nacida biol6gicamente mujer (con genitales femeninos), pero que piensa, siente y actúa como un hombre. Su trato se har6 en masculino como a los dem6s hombres.

De la misma forma, cuando hagamos referencia a las mujeres transexuales, las denominaremos Transexuales Femeninas (TF), personas nacidas biol6gicamente hombres (con genitales masculinos) pero que piensan, sienten y actúan como mujeres. Su trato se har6 en femenino como a las dem6s mujeres.

Con frecuencia los autores han utilizado de forma sin6nima o equivalente los t6rminos identidad de g6nero/identidad sexual. En las clasificaciones diagn6sticas, la Asociaci6n Psiqui6trica Americana, a partir del DSM-III-R (1987) y la Organizaci6n Mundial de la Salud a partir de las modificaciones efectuadas de la CIE-9 en 2008, sustituyen en sus versiones inglesas el t6rmino identidad sexual por el de identidad de g6nero. Sin embargo las versiones espaol6as de todas estas clasificaciones han mantenido el t6rmino de identidad sexual.

Debido al contenido y la tem6tica que en el presente trabajo vamos a desarrollar, el t6rmino identidad de g6nero, estar6 m6s en consonancia con la perspectiva global que queremos exponer. Por este motivo utilizaremos el t6rmino de Trastorno de la Identidad de G6nero a lo largo de nuestra investigaci6n y cuando hagamos referencia a la terminolog6a de las clasificaciones diagn6sticas que ya en sus versiones inglesas hab6an hecho el cambio.

El ser humano, desde su nacimiento precisa del otro para ir desarrollando y construyendo su identidad. La persona transexual no se comporta según lo esperado para su sexo biológico y por lo tanto no es reforzada en su autoestima y autoconcepto. Todo su esfuerzo irá orientado a intentar que los demás la vean como ella se siente y de este modo ser aceptada como un miembro del género opuesto a su sexo biológico, y para ello no ve otra solución que hacer lo más congruente posible el género sentido con el deseado mediante métodos hormonales y/o quirúrgicos. A lo largo de las evaluaciones y seguimientos clínicos escuchamos de forma incesante sus deseos de “sentirse y verse más femeninas” (TF) y de “sentirse y verse mas masculinos” (TM).

La persona transexual se enfrenta a importantes presiones del “orden establecido”. De este modo, se adhiere a las normas pautadas por la sociedad en la que vive, se pone al servicio de los estereotipos de masculinidad y feminidad y perpetúa las diferencias entre los sexos.

La parte teórica de la presente investigación tratará de hacer una revisión de los todavía escasos y en ocasiones contradictorios conocimientos de los que disponemos en la actualidad. Empezando por la definición de sexo y género, como puerta de entrada a la definición de transexualidad, sus posibles causas y aproximación epidemiológica, nos conducirá a través de una perspectiva histórica, al diagnóstico y su tratamiento.

La investigación propiamente dicha tratará de averiguar en qué medida en las personas transexuales coincide lo que sienten (sentirse hombre y mujer), con su autopercepción. La identidad de género es el sentimiento individual de masculinidad y de feminidad. Las personas transexuales se sienten hombre o mujer en clara discrepancia con su sexo biológico. No disponemos de pruebas objetivas que midan este sentimiento de género (Garaizábal, 2006), pero sí podemos medir cómo se autoperceben las Transexuales Femeninas (TF) y los Transexuales Masculinos (TM) respecto a los estereotipos de masculinidad y feminidad vigentes en la sociedad. Para ello se les administrara el Inventario

de Roles Sexuales de Bem (BSRI) a una muestra de 19 TF y 14 TM que tras hacer una demanda de disforia de género, son diagnosticados de transexualismo según los criterios diagnósticos del DSM y de la CIE y cumplen los estándares asistenciales recomendados por la Asociación Internacional “Harry Benjamin”.

El primer objetivo de la investigación será describir algunas de las características socio-demográficas y clínicas de la muestra de transexuales femeninas (TF) y transexuales masculinos (TM) que han solicitado consulta en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) y analizar si existen diferencias entre los dos grupos.

En segundo lugar, trataremos de averiguar qué atributos consideran deseables culturalmente las personas transexuales según las cuatro opciones de rol de género propuestas por Bem (masculino, femenino, andrógino e indiferenciado) y analizar la relación entre identidad de género y roles de género, es decir, observar cómo se relaciona su sentimiento de género con su autopercepción de masculinidad y feminidad.

Y por último, examinaremos las posibles relaciones entre su autopercepción, es decir, donde se incluyen en las cuatro categorías del BSRI y las variables clínicas estudiadas.

PARTE TEÓRICA

II. PARTE TEÓRICA

1. SEXO Y GÉNERO: DOS CONCEPTOS INTERDEPENDIENTES

Hay una gran dificultad para la gente, incluso para los propios profesionales sanitarios, entender qué es la transexualidad. Para muchos sigue siendo una desviación sexual y para los menos un error de la naturaleza. Esto es así, en parte, porque se encuentran atrapados en el término sexo. Hay dos sexos, mujeres y hombres biológicos y cada uno de ellos con unas características específicas morfológicas y psicológicas y sólo se puede ser varón o mujer (pensamiento dicotómico). Para entender la transexualidad es necesario entender la diferencia entre sexo y género.

1.1. Proceso de diferenciación sexual en el ser humano

La diferenciación en dos sexos en los mamíferos es un proceso biológico y secuencial que tiene su inicio en el momento en que se produce la fecundación con la unión de un gameto masculino (espermatozoide) y uno femenino (ovocito). En este proceso de sexuación, cada fase depende de la anterior y, en condiciones normales, coinciden el sexo cromosómico, el gonadal, hormonal, de genitales externos y el sexo cerebral (Sáez, 2005).

Sexo genético o cromosómico. El proceso de sexuación comienza en el momento mismo de la concepción y ya desde el principio está determinado el sexo genético. Cuando el espermatozoide y el óvulo se juntan hay dos posibilidades, que formen un embrión XX o XY. Si el embrión es XX será niña, si es XY el resultado será niño.

Sexo gonadal. El embrión, de ser al principio una sola célula, se ha ido dividiendo, y para la sexta semana es ya una estructura más compleja donde aparece la gónada indiferenciada o progónada. Si el embrión es XY, el cromosoma Y hace que a partir de la sexta semana comiencen a formarse los genitales masculinos del feto. En este momento el cromosoma Y va a ejercer su acción para que la progónada se convierta en testículo. Esa estructura

indiferenciada en ausencia del cromosoma Y, y ante la presencia de dos cromosomas X acabará dando un resultado sexuado llamado ovario.

Sexo hormonal. Las gónadas serán las responsables de distintas secreciones hormonales. Los testículos segregarán testosterona y el factor de regresión de los conductos müllerianos o MIF (en las células de Sertoli). Los ovarios segregarán principalmente estrógenos. Estas secreciones determinarán el sexo hormonal.

Sexo Genital interno. Asociados a la “progónada” hay dos pares de conductos: los de Wolf y los de Müller. El testículo fetal va a ser muy activo y va a producir dos sustancias ya en la novena semana: hormona antimülleriana que en el tercer mes hace que los conductos de Müller desaparezcan y la hormona testosterona que hace que los conductos de Wolf se desarrollen formando lo que serán los canales eyaculatorios internos. En el embrión hembra, XX, la progónada permanece indiferenciada hasta la decimosegunda semana que se convierte en ovario. Como este ovario no produce sustancia antimülleriana ni testosterona (como el testículo) en el tercer mes y sin necesidad de acción hormonal, sucede lo contrario: los conductos de Wolf en vez de desarrollarse se atrofian, y los conductos de Müller en vez de atrofiarse se desarrollan y forman el útero, las trompas y parte de la vagina. Ante la ausencia de andrógenos la estructura indiferenciada, evoluciona hacia genitales internos femeninos.

Sexo genital externo. Los genitales externos masculinos y femeninos van a partir de una estructura o esbozo común hasta la octava semana: el seno urogenital, que para nosotros será considerado la estructura indiferenciada, potencialmente sexuada. Este esbozo está formado por una especie de tubo (tubérculo genital), una hendidura (hendidura urogenital), un par de pliegues interiores y otros exteriores. Recordemos que el testículo fetal producía testosterona (que hacía desarrollarse los conductos de Wolf) pues bien, por acción de la testosterona, que de nuevo será el andrógeno (agente sexuante tendente a posibilitar el resultado masculino), este esbozo común da lugar a los

genitales externos masculinos. Como el ovario no produce testosterona, esta misma estructura evoluciona espontáneamente hacia genitales externos femeninos. Sin la presencia de andrógenos el feto se diferenciará espontáneamente en sentido femenino.

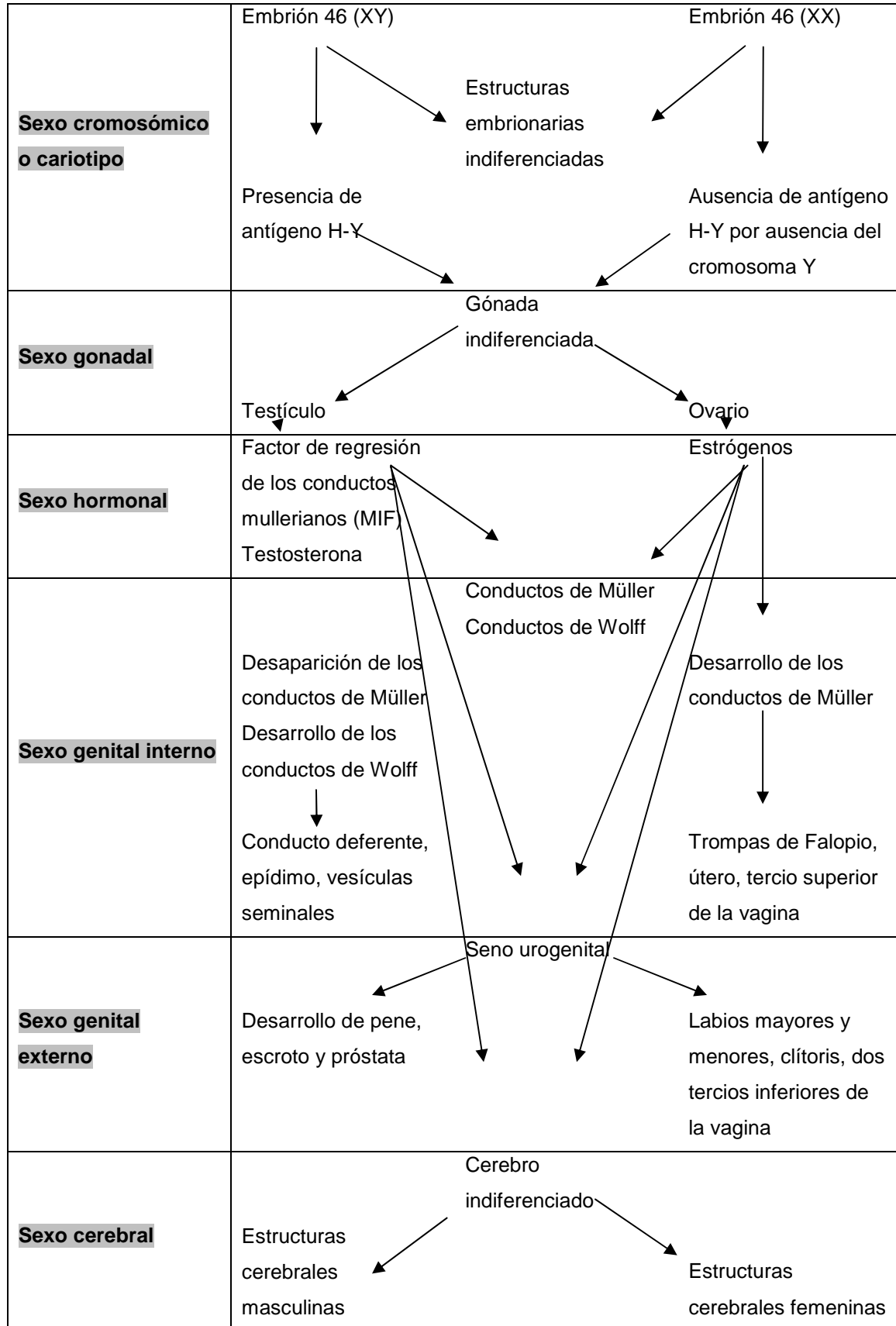
Sexo cerebral. El siguiente paso en el proceso de diferenciación tiene lugar entre el cuarto y séptimo mes (sucede algo que no se sabe cómo, quien o cuando) y se produce en el Sistema Nervioso Central en determinadas vías cerebrales. En el periodo comprendido entre estos meses se sitúa lo que denominamos “periodo crítico”. En este intervalo el Sistema Nervioso Central tiene una máxima sensibilidad a las secreciones gonadales, es decir, a las hormonas que producen el testículo y el ovario del feto. En este caso la estructura indiferenciada potencialmente sexuable es el cerebro; y son las hormonas gonadales las que ejercerán de agente sexuante para que se produzca un resultado sexuado. El Sistema Nervioso Central se diferenciará en sentido masculino o femenino. El hipotálamo, órgano encargado de regular la producción de espermatozoides en el varón y de óvulos en la hembra, a causa de la diferenciación de este periodo crítico, en el hombre va a funcionar de manera continua y en la mujer de forma cíclica, lo que producirá la regla o periodo menstrual. Esta importante diferencia entre el funcionamiento sexual del hombre y de la mujer se produce ya en la vida fetal, aunque no se manifiesta hasta más tarde (Ver esquema 1).

Cuando no hay coincidencia entre el sexo cromosómico, el gonadal, hormonal, de genitales externos y el sexo cerebral, nos encontramos con los denominados “estados intersexuales o trastornos de la diferenciación sexual”. Es decir, durante el proceso de diferenciación sexual se pueden producir errores o variantes que se manifiesten por genitales internos o externos con características de ambigüedad genital, gónadas atróficas o gónadas mixtas de ambos sexos en el mismo sujeto (Martínez Mora, 1994; Conte y Grumbach, 2003).

Lo biológico, el sexo, en contraposición a lo socio-cultural, el género, adquiere el estatus de “lo natural”. Sin embargo los casos de intersexualidad donde no se corresponden los diferentes componentes, ponen en evidencia el supuesto de que solo hay un sexo verdadero. En estos casos, al hacer referencia al sexo natural, a qué nos estamos refiriendo, al sexo cromosómico (XX ó XY), al sexo gonadal (ovárico o testicular), al sexo hormonal o al sexo morfológico genital (clítoris o pene).

De igual modo la existencia de personas transexuales pone en cuestionamiento la rígida división de géneros establecida en nuestra sociedad, desafía la idea de que sólo se puede ser hombre o mujer. Así mismo, la transexualidad cuestiona la idea de la supuesta naturalidad de los géneros, es decir, que nacer macho de la especie humana implica de manera natural sentirse hombre y nacer hembra supone sentirse mujer.

Esquema 1: Parámetros que definen el sexo durante el desarrollo fetal (Gómez Gil y Esteva, 2006, p. 39)



1.2. El nacimiento del género

El concepto de género es utilizado fuera de la gramática y aplicado por primera vez en la literatura psicológica y médica en 1955. John Money, en un momento de sus investigaciones con pacientes intersexuados, tiene la necesidad de crear un término que diese cuenta de lo que siente una persona cuando los distintos componentes de su sexo biológico no coinciden. Esa otra realidad, que de alguna manera sea distinta del sexo, es el término “Gender role” (Rol de género) (Money, 1955). En su artículo de 1955, titulado “El Hermafroditismo, el Género y el Hiperadrenocorticalismo Precoz: Descubrimientos Psicológicos” que fue publicado en el boletín del Hospital Johns Hopkins, definió el rol de género como: “Todo cuanto una persona dice o hace para indicar a los demás o a sí misma el grado en que es niño o varón o niña o mujer, respectivamente”. Este concepto ha sido fundamental para el estudio del proceso de diferenciación sexual y del fenómeno de la transexualidad.

Con posterioridad al nacimiento del término “Rol de Género”, y partiendo de una concepción unitaria del género, Money introdujo el concepto de “Identidad de Género” (Money y Ehrhardt, 1972). Este término ya había aparecido por primera vez en un comunicado de prensa en 1966 para anunciar la nueva clínica para transexuales en el Johns Hopkins Hospital (Money, 1994).

Para Money identidad de género y rol de género eran las dos caras de la misma moneda y salió al paso diciendo “la identidad de género es la experiencia privada del rol de género y el rol de género es la manifestación pública de la identidad de género”. Ambas constituyen la unidad “Gender-Identity/Role (G-I/R)” (Money, 1988) y definió la identidad de género como “La igualdad a sí mismo, la unidad y persistencia de la propia identidad como varón o mujer (o ambivalente), en mayor o menor grado, en especial tal como se experimenta en la conciencia de uno mismo y en la propia conducta” (Money, 1973).

Conocedor de los trabajos de Money y partiendo de su experiencia clínica con personas transexuales, Robert Stoller en 1968 estableció en “Sex and Gender”, la distinción entre el sexo anatómico y fisiológico, ser hombre o mujer biológicos y el género, que pertenece a lo psicológico y cultural y hace referencia a la masculinidad y a la feminidad. El concepto de identidad genérica sería la combinación de masculinidad o feminidad que tiene un individuo determinado, derivada fundamentalmente de las actitudes maternas desarrolladas durante la infancia (Stoller, 1968) y el núcleo de la identidad de género sería la convicción irreversible, establecida en los dos o tres primeros años de vida, de que uno pertenece al sexo masculino o femenino.

Varios años antes de que Money y Stoller establecieran y desarrollaran el concepto de género, Simone De Beauvoir hace unas declaraciones que la colocan como precursora no solo de los “Estudios de Género”, sino también del nacimiento del género. En su obra “El segundo sexo” (Beauvoir, 1949) llegó a la conclusión de que no se nace mujer, sino que se llega a serlo. Con esta revolucionaria afirmación, que aún hoy para muchos resulta sorprendente, establece implícitamente la distinción entre sexo y género. El sexo de nacimiento que da cuenta de lo biológico y el género que estaría determinado por las funciones propias de cada sexo.

En la década de los 70, el movimiento feminista incorpora el concepto de género y lo utiliza para describir hechos o situaciones relativas a las mujeres y los diversos modos de construcción de la subjetividad humana. Kate Millet (1969), en su obra “Política sexual”, utilizó para sus finalidades ideológicas, el concepto de género desarrollado por Money y Stoller y además, influenciada por Simone de Beauvoir comparte la convicción existencialista de que la mujer se hace y que no tiene porqué existir una correspondencia biunívoca y necesaria entre sexo y género. La proliferación de escritos feministas con el concepto de género como categoría de análisis, dio lugar a una nueva disciplina, los “Estudios de Género”. (Ver cuadro resumen 1).

Cuadro 1: Nacimiento del género

	Simone de Beauvoir	John Money	Robert Stoller	Estudios de Género
Contexto formativo-profesional y social.	Novelista y filósofa francesa. Aborda temas políticos, sociales y filosóficos.	Médico investigador de la sexualidad humana. Experiencia clínica con pacientes intersexuados.	Psicoanalista. Experiencia clínica con personas transexuales.	Tras la larga “invisibilidad” de la que fue víctima la mujer y alentadas por los grandes cambios sociales, políticos y económicos surgen los Estudios de Género.
Referencia bibliográfica.	<i>El segundo sexo</i> (1949). Obra fundamental del feminismo. Realiza un profundo análisis sobre el papel de las mujeres y la construcción de sus roles.	<i>El hermafroditismo, el género y el hiperadrenocorticalismo precoz: descubrimientos psicológicos</i> (1955). Sus planteamientos son fundamentales para el estudio de diferenciación sexual y de la transexualidad.	<i>Sexo y género</i> (1968). Establece la distinción entre sexo anatómico y fisiológico y el género que pertenece a lo psicológico y cultural.	<i>Política sexual</i> (1969). Su autora, Kate Millett, analiza las condiciones de vida de las mujeres desde una perspectiva de género.
Aportaciones.	Precursora del nacimiento del concepto de género. Con su famosa frase “No se nace mujer, se llega a serlo, hace la distinción entre el hecho biológico de ser mujer y los significados que cada sociedad le atribuye a tal hecho.	Acuña el término “Rol de género” para dar cuenta de esa otra realidad que es distinta del sexo y que hace referencia a “todo cuanto una persona dice o hace para indicar a los demás o a si misma el grado en que se es niño o varón o niña o mujer, respectivamente.	Describe claramente la diferencia conceptual entre sexo y género, es decir, ser hombre o mujer biológicos y el género que hace referencia a la masculinidad y a la feminidad (concepto de identidad genérica).	Desde principios de los años 70, el movimiento feminista incorpora el concepto de género a las ciencias sociales. Plantean que los modos de pensar, sentir y comportarse hombres y mujeres no deben ser entendidos como “naturales” sino como construcciones sociales.

1.3. El sexo construye el género

El proceso de diferenciación sexual no finaliza en el momento del nacimiento sino que continúa tras el parto. En ese punto pierden protagonismo los factores biológicos y pasan los factores ambientales a ocupar una posición predominante.

Cuando un niño nace en el seno de una familia lo primero que se hace es sexarlo, es decir, la primera pregunta que se realiza tanto por parte de los miembros de la familia como de todo su entorno es preguntar si es niño o niña, aún más, este atributo ya se hace explícito durante el embarazo cuando a los pocos meses de gestación ya se detecta si es niño o niña, y se va comunicando al entorno. Incluso antes de nacer los padres van realizando preparativos (habitación, enseres, indumentarias, colores...) en función del sexo del bebé y cuando nace se le asigna un nombre que también da cuenta de su género.

Por lo tanto, las instituciones como la familiar, son constelaciones cargadas de normas (reglas) y sistemas de roles que ordenan la estructura de las relaciones de familia (Bott, 1990). La familia es el lugar donde el niño aprende los roles básicos para la formación de la personalidad y para desenvolverse en la sociedad. En la familia tradicional hay hombres y mujeres biológicas (dimorfismo sexual). Además en todas las sociedades existe un modelo normativo adscrito y prescrito a uno y otro sexo: modelo de masculinidad y modelo de feminidad. Estos modelos (son construcciones culturales y temporales) organizan las sociedades y participan en la estructuración de la subjetividad humana. Por regla general se ha encontrado en casi todas las culturas que la atribución del género se hace en función de este dimorfismo sexual, si se es hombre o mujer biológica. (Analogía entre la masculinidad y feminidad psicológica y la realidad biológica. Concordancia entre sexo biológico - género - roles).

Para Money eran primordiales las condiciones psicosociales en la construcción de la identidad de género. Establece un paralelismo entre el desarrollo del lenguaje y el establecimiento de la identidad de género como proceso de aprendizaje y necesidad de interacción social (Money y Ehrhardt, 1972). Al igual que en los seres humanos hay una predisposición para aprender a hablar, también existe una predisposición para la identificación de género, siendo la sociedad la que va ejercer todo su poder para la obtención de dos identidades de género reconocidas socialmente, la de varón y la de mujer. El periodo crítico para el establecimiento de la identidad de género se alcanza a los 18 meses, edad en que se instaura el lenguaje conceptual y a partir del cual queda impresa la conciencia de la identidad de género, independientemente del sexo biológico y dependientemente de la socialización familiar.

Para Robert Stoller (1968) la génesis y el desarrollo de la masculinidad y de la feminidad hay que buscarlos en dos conceptos psicológicos, la identidad de género y el núcleo de la identidad de género. La identidad genérica es el producto de tres clases de fuerzas: biológicas (anatomía y fisiología genital externa), biopsíquicas (forma de tratar al niño: condicionamiento, impronta, etc.), e intrapsíquicas, que responden a los requerimientos ambientales y, en especial, a las actitudes paternas y sociales (Stoller, 1982). Mientras que el núcleo de la identidad de género para este profesor se establece en un momento determinado de su infancia, la identidad de género masculina o femenina se va desarrollando y construyendo a lo largo de toda la vida.

El concepto de género nace como necesidad para entender que hay otra realidad distinta a la del sexo. Desde que una persona nace o mejor desde que se da a conocer durante el embarazo su sexo biológico, se empieza a construir el género atribuyéndole todo aquello que una sociedad relaciona con ser hombre o mujer. De este modo “naturalizamos” el género de una persona vinculándolo indisolublemente a su sexo de nacimiento. Las personas transexuales no se ajustan a estas verdades y desde el género sentido y opuesto al sexo biológico construyen, y por lo tanto desnaturalizan, una nueva

forma de vivenciar la masculinidad y la feminidad y en palabras de los propios transexuales “quiero sentirme más femenina y cancelar los rasgos masculinos”. Desde esta perspectiva, “el género es una herramienta por la cual los términos masculino y femenino se construyen, se reconstruyen, se fragmentan, se desnaturalizan” (Alves De Melo Bento, 2002).

1.4. El género también construye el sexo

Uno de los primeros libros que cayeron en nuestras manos cuando comenzábamos a formarnos sobre el tema de la transexualidad fue “Egolatría” (Rendueles, 2005). Su autor, profesor universitario y con el que pocos años después estábamos trabajando y viviendo un momento histórico, el de la Reforma Psiquiátrica en Asturias, representaba para nosotras un referente por su perspectiva y forma de abordar la Salud Mental. Por todo ello, quedamos en cierto modo decepcionadas y sorprendidas cuando en uno de sus capítulos dedicado a la transexualidad otorgaba la primacía al cuerpo, “En el sexo está la verdad: Quiero cambiar el cuerpo”. Nuestra formación psicologicista, nos hizo obviar por unos momentos que el cuerpo y la imagen corporal forman parte integrante del desarrollo psicológico del ser humano. A medida que fuimos profundizando en el tema y sobre todo, desde la experiencia clínica, se nos fue desvelando la importancia de la imagen corporal en la construcción de la identidad de género.

Paradójicamente y tras reivindicar la importancia del género, la persona transexual vuelve a atribuirle prioridad al cuerpo, al sexo, reivindicando tener unas características anatómicas y comportamentales que den cuenta del género sentido. Todo su esfuerzo va a ir encaminado a adecuar el cuerpo al género con el que se identifica, demandando terapias hormonales y/o quirúrgicas. Desde este punto de vista, el género también construye el sexo, la transexualidad es entonces un problema de corporalidad y no de identidad de género, ya que se siente, hombre o mujer, sin percibirse como tal, es decir, se siente de forma distinta a como se percibe (García Ruiz, 2001).

Estamos de acuerdo con el endocrinólogo/andrólogo holandés Louis Gooren, cuando afirma: "Dado que los transexuales ven su identidad/rol de género franca e ingenuamente como correcta y su cuerpo como totalmente erróneo, la psicoterapia para reconciliar su identidad de género con su cuerpo está condenada al fracaso. Los transexuales no perciben que puedan permitirse optar por la psicoterapia o la reasignación de sexo. A su juicio no hay opciones; sólo hay una manera de salir de su encierro: "el cuerpo" debe acompañar a la "mente" (Gooren, 2003). Las personas transexuales no quieren transgredir las normas pautadas culturalmente para cada género, sino por el contrario "se puede decir que la transexualidad es un proceso de normalización en la estructura de género" (Núñez, 2003).

Partiendo del fenómeno de la intersexualidad Virginia Maquieira (2001) llega a las mismas conclusiones: "El género también construye el sexo". Tomando como punto de partida el estudio de los "Cinco sexos" (1993,1998) de Anne Fausto-Sterling, pone en cuestionamiento la existencia de la bipolaridad sexual. Los tratamientos hormonales y quirúrgicos aplicados a las personas intersexuales cumplirían objetivos similares a las intervenciones médicas en las personas transexuales, es decir, adaptarlas al modelo dicotómico sexual considerado socialmente normal. Con su planteamiento Virginia Maquieira pone de manifiesto que "el sistema de género basado en la dualidad de los comportamientos adecuados de hombres y mujeres precede a la percepción de los rasgos fenotípicos del sexo, y este ha de acomodarse a los imperativos del género".

Sexo y género son dos realidades distintas pero en constante interacción e influyéndose mutuamente. En este complicado proceso interactivo y de retroalimentación va desarrollando y construyendo la persona transexual su identidad de género. En la conferencia pronunciada en junio de 1976 en Nueva York, Harry Benjamín, refleja con claridad la interdependencia de estas dos realidades sexo y género afirmando: "Me gustaría recordar a todos un hecho importante y fundamental: la diferencia entre sexo y género. Sexo es lo que se

ve. Género es lo que se siente. La armonía entre ambos es esencial para la felicidad humana” (Gómez Gil y Esteva, 2006, p. 147).

2. MASCULINIDAD Y FEMINIDAD

Cada sociedad considera que ciertos atributos son estereotipadamente femeninos o masculinos y además que existe una correspondencia entre ser varón y la masculinidad por un lado y ser mujer y la feminidad, por otro. De este modo, hombres y mujeres se distinguen por una serie de atributos, actitudes y conductas que constituyen formas concretas y específicas de comportamientos “masculinos” y “femeninos”. En palabras de Margaret Mead: “En todas las sociedades conocidas la humanidad ha elaborado la división biológica del trabajo entre los dos sexos de formas a menudo ligadas a las diferencias biológicas que han sido causa primera de esta división” (Mead, 1961). Sin embargo, la existencia de diferencias básicas entre los sexos y que esta diferencia orienta a los hombres y a las mujeres hacia papeles diversos y específicos, fue en parte refutada por los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por esta antropóloga. En el estudio que realizó en Nueva Guinea con tres culturas diferentes, encontró que entre los Arapesh, tanto hombres como mujeres, eran de temperamento pacífico y que ni los hombres ni las mujeres hacían la guerra; que entre los Munnugumor tanto hombres como mujeres eran de temperamento bélico y por último, que entre los Tchambuli, los hombres se acicalaban y que las mujeres trabajaban (Mead, 1935).

2.1. La medida de la masculinidad / feminidad. Evolución de las escalas

En las primeras décadas del siglo XX, el interés de los investigadores por las diferencias sexuales en inteligencia fue sustituido por la medición de las diferencias en personalidad. Este giro fue favorecido por la incorporación de la mujer a la educación y a la formación, y por los resultados poco convincentes de las diferencias sexuales en inteligencia.

En 1936, se crea la primera escala que medía la masculinidad y la feminidad como constructos de personalidad. Sus autores, Lewis Terman y

Catharine Cox Miles construyeron el Cuestionario de Análisis de Actitudes e Intereses (Attitude Interest Analysis Survey) (AIAS). Los roles relativos a masculinidad y feminidad van a ser entendidos como dos antinomias psicológicas susceptibles de discriminar correctamente a hombres y mujeres.

Curiosamente en la descripción de los autores de cómo surgió la idea para la elaboración del AIAS, nos encontramos con lo que hoy consideramos un caso de transexualismo. Aplicando diferentes tareas que medían intereses, prácticas y conocimientos de niños superdotados, encontraron diferencias significativas entre niños y niñas, extrayendo índices de masculinidad y feminidad. Describen sorprendidos el hallazgo del caso de un niño superdotado cuya puntuación en masculinidad era más baja que la media de las niñas. Al principio pensaron que era un error, porque presentaba una puntuación más femenina que cualquiera de las chicas. Tras un seguimiento del caso observaron que no solo no era un error sino que persistía en su deseo de desempeñar conductas y roles femeninos. La madre del niño incluso planteó la posibilidad de normalizar la vida emocional de su hijo por medio de la utilización de testosterona. Para estos autores este era un caso de “inversión extrema”, de homosexualidad.

Para Terman y Miles la masculinidad (M) y la feminidad (F) constituían componentes esenciales de la personalidad de los individuos. El test mediría de forma cuantitativa dichos conceptos y ampliaría el rango de medida de las diferencias demostrables entre los sexos.

El cuestionario estaba compuesto por siete subescalas con una puntuación global de Masculinidad (M)-Feminidad (F). Puntuaban de forma positiva las respuestas altas en masculinidad y de forma negativa las respuestas altas en feminidad (también había respuestas neutras que no puntuaban). Dadas las puntuaciones globales en M-F, las desviaciones se tomaron como anomalías psicológicas. Estas escalas asumen tres supuestos básicos:

1.- El constructo M-F es un continuo bipolar, ya que masculinidad y feminidad representan los extremos (excluyentes) de un solo continuo, de ahí que los elementos tengan implicación contrapuesta y reversibilidad lógica.

2.- El constructo es unidimensional, por lo que la puntuación obtenida por cada sujeto en la escala, le sitúa dentro de un continuo en el que se extiende esta dimensión simple.

3.- Se establece una analogía entre sexo biológico y atributos de cada género, es decir, entre dimorfismo genético y genérico.

Desde la década de los setenta, los fundamentos psicométricos de este modelo han recibido numerosas críticas. La de mayor trascendencia y amplitud fue la de Constantinople (1973), ya que supuso un total cuestionamiento, tanto conceptual como metodológico. La supuesta bipolaridad ha sido rechazada en su fundamento teórico y la unidimensionalidad no ha obtenido suficiente evidencia en posteriores investigaciones correlacionales y factoriales.

A partir de estas críticas autores como Parson y Bales (1955) y Bakan (1966), plantean la teoría de que en todas las sociedades los hombres se agruparían en el polo instrumental y las mujeres en el polo expresivo. De este modo, el concepto de masculinidad se asocia con la instrumentalidad, la asertividad y la independencia, es decir, con "agency", mientras que la feminidad con la expresividad, la dependencia y la sumisión, es decir, lo "comunal". Estos planteamientos continúan siendo dicotómicos, colocan en extremos opuestos la masculinidad y la feminidad y la diferencia la realizan en función de los papeles que cada uno de los sexos desempeña socialmente.

Las críticas al modelo clásico o de congruencia dieron paso a un nuevo modelo que liberaba a la masculinidad y a la feminidad del dimorfismo sexual y de la dicotomía (Block, 1973; Heilbrun, 1973). La masculinidad y feminidad como dimensiones únicas y ortogonales que están presentes tanto en hombres como en mujeres dan paso al modelo de la androginia propuesto por Sandra Bem en 1974. Esta autora marcó un punto de partida para las nuevas

concepciones de masculinidad y feminidad, y construyó el Inventario de Rol Sexual (BSRI) (Bem, 1974) que además de evaluar la masculinidad y la feminidad, introduce un concepto nuevo, el de la androginia psicológica. Con esta prueba, la autora pretendía obtener puntuaciones independientes de masculinidad y feminidad, y esta independencia posibilita la cuádruple tipología (sujetos andróginos, masculinos, femeninos e indiferenciados), esto permitía sustentar la hipótesis de que aquellos sujetos que desarrollan, tanto dimensiones de masculinidad como de feminidad, pueden categorizarse como andróginos. Lo más destacable de esta conceptualización es que conlleva la idea de una independencia entre sexo biológico y los componentes psicológicos de la identidad de género, por ello el criterio para la selección de los elementos no es la diferenciación entre los sexos, sino la deseabilidad social tipificada socialmente (Bem, 1974; Spence y Buckner, 2000; Spence y Helmreich, 1978).

A pesar de todos los esfuerzos realizados el modelo de Bem continúa siendo un modelo dualístico. Identifica la masculinidad con la instrumentalidad y la feminidad con la expresividad. La escala define la feminidad y la masculinidad en función de los estereotipos y comportamientos propios de cada sexo. No debemos olvidar que el grado de deseabilidad social de cada ítem para cada sexo no es algo permanente, sino que va a ir modificándose y dependiendo del momento histórico y del contexto social. Lo que es propio en una sociedad determinada puede no serlo en otra o incluso, la misma sociedad puede variar a lo largo del tiempo.

En la década de los 80, Sandra Bem, partiendo de su forma de entender la masculinidad y la feminidad como dos conceptos independientes (Bem, 1974) e influenciada por el modelo de procesamiento de información, desarrolla la "Teoría del Esquema de Género" (Bem, 1981). El esquema se refiere a la estructura cognitiva básica de procesamiento de la información, y el género al conjunto de aspectos que cada sociedad considera más propio para cada sexo.

La independencia de las escalas ofrece la posibilidad de que hombres y mujeres puedan ser clasificados según la cuádruple tipología: masculinos, femeninos, andróginos e indiferenciados, dando lugar a un continuo que va desde las personas muy esquematizadas en función del género (masculinas o femeninas) y que procesan la realidad y su propio autoconcepto según el esquema de género, y las personas escasamente esquematizadas (andróginas o indiferenciadas), que procesan la realidad y su autoconcepto sin necesidad de recurrir al esquema de género, pasando por las personas que presentan una tipificación cruzada, es decir hombres femeninos y mujeres masculinas.

2.2. Roles de género y transexualidad

Ante la ausencia de pruebas específicas que den cuenta del sentimiento de género, el proceso de evaluación en las investigaciones se ha realizado indirectamente y a través de distintos métodos. Por un lado estarían las realizadas a través de las informaciones recogidas en las entrevistas clínicas (Randell, 1971; Walinder, Lundström y Thuwe, 1978) y por otro lado, los estudios realizados con los distintos instrumentos de evaluación.

Aunque los instrumentos más utilizados en la evaluación diagnóstica y en la investigación han sido el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Hathaway y McKinley, 1942; Michel et al., 2002) y el Inventario de Rol Sexual (BSRI) (Bem, 1974), también han sido utilizadas otras pruebas como el Test de Apercepción Temática (TAT) (Murray, 1943a), el Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1975) o la Escala de rasgos de Masculinidad y feminidad (GIS) (Wolfradt y Neumann, 2001). Además se han utilizado medidas diagnósticas que valoraban las preferencias ocupacionales y las aficiones para obtener la autodescripción masculina y la femenina según los valores culturales asociados al género: los valores “instrumentales” que son asociados a los hombres y que hacen referencia a los rasgos de poder y logro, junto a los valores “expresivos” que están vinculados a las mujeres y que hacen referencia al cultivo de las relaciones interpersonales (Lippa, 2001; Schwartz, 1992; Wolfradt y Neumann, 2001).

El método más utilizado para estudiar como se autoperciben las personas según los estereotipos de género es el Inventario de Rol Sexual (Herman-Jeglinska, Grabowska y Dulko, 2002) que como su nombre indica no mide sentimiento de género sino roles de género.

A través de los estudios que han utilizado el Inventario de Rol Sexual de Bem (1974) podemos analizar las relaciones entre rol de género e identidad de género. En 1980, una investigación realizada con una muestra de 55 transexuales femeninas y 17 transexuales masculinos (Fleming, Jenkins y Bugarin, 1980) encontraron que el 60% de las transexuales femeninas puntuaron alto en feminidad, incluso más femeninas que las propias mujeres del grupo control y que de los transexuales masculinos, un 35% obtuvo puntuaciones altas en masculinidad, no difiriendo, en este sentido, del grupo control de hombres. Estos resultados fueron confirmados pocos años después por Mate-Kole, Freschi y Robin (1988) donde concluyen que las transexuales femeninas tienen estereotipos de rol de género extremos. Estos autores realizaron una investigación donde administraron el Inventario de Rol Sexual de Bem a 150 transexuales femeninas en distintos momentos del proceso transexualizador. Un tercio, comenzaban el periodo de evaluación, otro tercio ya estaban realizando experiencia de la vida real y en lista de espera para la reasignación sexual y el tercer grupo eran pacientes post operados vistos entre seis meses y dos años después de la cirugía de reasignación sexual. Con respecto a los resultados totales del grupo, las puntuaciones en masculinidad fueron considerablemente más bajas que las de la población general, mientras que las puntuaciones en feminidad fueron más altas. Analizando estas puntuaciones de los tres grupos por separado, el grupo de evaluación puntuó más alto en feminidad (5,33) que los otros dos grupos, sobre todo con respecto al que se encontraba en lista de espera (4,99). Con respecto las personas ya operadas la diferencia no fué tan significativa (5,09). En la escala de masculinidad el grupo en evaluación obtuvo puntuaciones significativamente más bajas que los otros dos.

Datos similares fueron obtenidos en la investigación llevada a cabo por Herman-Jeglinska, Grabowska y Dulko (2002) con una muestra de 103 transexuales masculinos y 29 transexuales femeninas y dos grupos control, uno de 135 hombres y otro de 303 mujeres. Los resultados revelaron que las transexuales femeninas, puntuaron más alto en la escala de feminidad que el grupo control de mujeres y que el grupo control de hombres. Mientras que en la escala de masculinidad puntuaron muy parecido al grupo control de mujeres y más bajo que el grupo control de hombres. El grupo de transexuales masculinos obtenían puntuaciones parecidas al grupo control de hombres, en la escala de masculinidad y puntuaciones más altas que el grupo control de mujeres. En la escala de feminidad estaban entre los dos grupos control, más bajas que las mujeres pero ligeramente más altas que las de los hombres. Con todo esto concluyeron que las transexuales femeninas no son un espejo de los transexuales masculinos, constituyendo, las transexuales femeninas una condición más extrema en la identificación de los rasgos de personalidad femeninos frente a los masculinos.

Los resultados obtenidos en dos estudios españoles (Hurtado Murillo, Gómez Balaguer y Donat Colomer, 2005-2006; Hurtado Murillo, Gómez Balaguer y Donat Colomer, 2009) apoyan las conclusiones de los autores anteriores al manifestar que el transexualismo no implica una simple inversión de patrones en el rol de género con respecto a las personas no transexuales del mismo sexo anatómico, sino que también difieren con el sexo opuesto. En la primera investigación, con una muestra de 13 transexuales femeninas y 13 transexuales masculinos, que solicitaban iniciar el proceso de reasignación sexual, obtuvieron que el 50% de las transexuales femeninas se autopercebían como femeninas al puntuar alto en feminidad y bajo en masculinidad, el 25% se clasificaron como indiferenciadas y el otro 25% restante como andróginas. Ninguna transexual femenina puntuó alto en masculinidad. De los transexuales masculinos solo un 18% obtuvieron puntuaciones altas en masculinidad, casi la misma proporción, el 18,2%, se clasificaron como femeninos, el 27,2% como indiferenciados y la tasa más alta la obtuvieron los andróginos con un 36,4%.

Concluyen así que el sentimiento de género acorde al sexo opuesto del biológico es más evidente en las transexuales femeninas.

La segunda investigación de estos autores realizada con una muestra de 51 transexuales femeninas y 41 masculinos también reforzó la idea de que las transexuales femeninas constituyen una condición más extrema al cumplir en un 56,9% los estereotipos culturales de feminidad, frente al 34,1% de los transexuales masculinos que cumplen los estereotipos culturales asociados con la masculinidad.

3. DEFINICIÓN DE TRANSEXUALISMO

Desde las primeras alusiones a la transexualidad en la literatura médica (Friedreich, 1830; Esquirol, 1845; Frankel, 1853; Westphal, 1869) hasta su inclusión en las clasificaciones diagnósticas (C.I.E.-9, 1978 y DSM-III, 1980) pasó un largo periodo de investigación y construcción de este fenómeno como entidad independiente y diferenciada de la homosexualidad o del travestismo.

Durante este dilatado intervalo de tiempo diferentes autores se han referido a la transexualidad con distintos nombres. Autores como Krafft-Ebing (1886) con su “metamorfosis sexuales paranoica”, Havellock Ellis (1904) que los denominó “invertidos sexoestáticos” y Sigmund Freud (1905) que los menciona al hablar de un tipo determinado de invertidos u homosexuales. Años después Magnus Hirschfeld (1910) utilizó el término “transexualismo psíquico” y su editor Max Marcuse en 1916 habla de “inversión psicosexual” al hacer alusión a este fenómeno de la transexualidad.

En 1949, David Cauldwell crea el término “transexualidad”, pero será Harry Benjamin quien lo difunda con sus valiosas aportaciones al estudio y tratamiento de la transexualidad. Este endocrinólogo de origen alemán realiza la primera definición del transexualismo en 1953 describiéndolo como “la asociación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo

y en consecuencia con el deseo de cambio de sexo”. Años después en 1966 publica “The Transsexual Phenomenon” donde escribe:

”Los verdaderos transexuales sienten que pertenecen al otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto, y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales primarios (testículos), lo mismo que los secundarios (pene y el resto), son deformidades que el bisturí del cirujano puede cambiar seguramente por los grandes progresos recientes de la endocrinología y de las técnicas quirúrgicas”.

El psicólogo y sexólogo John Money (1955) y el psicoanalista Robert Stoller (1968) establecen la distinción entre sexo y género. Para Money, la transexualidad es “un problema de la identidad de género en el que una persona manifiesta con convicción persistente, el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa del sexo opuesto”.

Poco después y a partir de su experiencia clínica con personas transexuales, Robert Stoller (1968) estableció en Sex and Gender, en su volumen I, la distinción entre sexo anatómico y fisiológico, ser varón o mujer, e identidad de género: la combinación de masculinidad y feminidad de un individuo. Definió el transexualismo como:

“la convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo”.

Criterios similares utilizan Person y Ovesey (1974a) cuando definen “el transexualismo como la resolución o el deseo de reasignación de sexo por medio de hormonas y cirugía en las personas biológicamente normales”.

El desarrollo histórico del término “transexualidad” junto con los estudios e investigaciones que se concretan en los Criterios Feighner (Feighner et al.,

1972) y los Criterios de Investigación Diagnóstica (RDC) (Spitzer, Endicott y Robins, 1975) hicieron posible la aparición del diagnóstico de transexualidad en la nomenclatura oficial de la APA en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Desde su inclusión y a lo largo de las siguientes revisiones se han ido realizando pequeños cambios en su ubicación, sin haber conseguido alejarlo lo suficiente de las disfunciones sexuales y de las parafilias.

Según el modelo médico la transexualidad es una enfermedad y como tal aparece en las principales categorías diagnósticas. La transexualidad o trastorno de identidad de género es definido por las clasificaciones internacionales de enfermedades, CIE-10 y DSM-IV, como un trastorno mental caracterizado por una identificación acusada y persistente con el otro sexo, por un malestar persistente con el propio sexo y por un sentimiento de inadecuación con el rol genérico, lo cual provoca un profundo malestar psicológico y alteraciones significativas en el área social, ocupacional o en cualquier otro aspecto importante del funcionamiento. El diagnóstico se establece cuando además se descarta una patología intersexual (Benjamin, 1966). Por lo tanto, la ausencia absoluta de cualquier alteración cromosómica, gonadal, genital u hormonal es precisamente una de las premisas básicas que caracterizan su diagnóstico (DSM-IV, 1994; Pavón de Paz, Monereo y Alameda, 2000). Aún en la actualidad se mantiene viva y es muy gráfica, una definición de transexualidad de 1850 donde se describe que el transexual dice tener una mente de mujer en un cuerpo de hombre, o una mente de hombre en un cuerpo de mujer (Kennedy, 1988). Becerra Fernández (2003a), también refleja en su definición de transexualidad esta idea:

“los transexuales tienen la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y un deseo manifiesto de cambiarlos medica y quirúrgicamente. Desde la infancia su identidad mental es distinta a su identidad genital. Son mujeres que se sienten ‘atrapadas’ en cuerpos de hombre, y hombres que se sienten ‘atrapados’ en cuerpos de mujer; sin trastornos psiquiátricos graves que distorsionen la

percepción de la realidad, que necesitan ser aceptados social y legalmente en el género elegido”. (Ver cuadro resumen 2).

Cuadro 2: Definiciones de transexualismo

Autor	Año	Definición
<i>Harry Benjamin</i>	1953	Realiza la primera definición de transexualismo describiéndolo como “la asociación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y en consecuencia con el deseo de cambio de sexo”
<i>Harry Benjamin</i>	1966	Los verdaderos transexuales sienten que pertenecen al otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto, y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales primarios (testículos), lo mismo que los secundarios (pene y el resto), son deformidades que el bisturí del cirujano puede cambiar seguramente por los grandes progresos recientes de la endocrinología y de las técnicas quirúrgicas.
<i>John Money</i>	1955	La transexualidad es un problema de identidad de género en el que una persona manifiesta con convicción persistente, el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa del sexo opuesto.
<i>Robert Stoller</i>	1968	La convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo.
<i>Person y Ovesey</i>	1974a	El transexualismo sería la resolución o el deseo de reasignación de sexo por medio de hormonas y cirugía en las personas biológicamente normales.
<i>CIE-10 y DSM-IV</i>	1992 1994	El trastorno de identidad de género es definido como un trastorno mental caracterizado por una identificación acusada y persistente con el otro sexo, por un malestar persistente con el propio sexo y por un sentimiento de inadecuación con el rol genérico, lo cual provoca un profundo malestar psicológico y alteraciones significativas en el área social, ocupacional o en cualquier otro aspecto importante del funcionamiento.
<i>Becerra Fernández</i>	2003a	Los transexuales tienen la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. Desde la infancia su identidad mental es distinta su

	<p>identidad genital. Son mujeres que se sienten “atrapadas” en cuerpos de hombre, y hombres que se sienten “atrapados” en cuerpos de mujer; sin trastornos psiquiátricos graves que distorsionen la percepción de la realidad, que necesitan ser aceptados social y legalmente en el género elegido.</p>
--	---

4. EPIDEMIOLOGÍA

La obtención de datos epidemiológicos acerca de cualquier problema, enfermedad o trastorno, es condición necesaria para conocer las necesidades de una población y permitir en consecuencia, la planificación y puesta en marcha de dispositivos asistenciales y/o sociales que los aborden. Con respecto a la incidencia y prevalencia del fenómeno de la transexualidad los datos de los que disponemos en la literatura científica no están exentos de críticas y limitaciones. A lo largo de la historia, este fenómeno ha estado caracterizado por la estigmatización, la persecución y el rechazo y ante la falta de dispositivos asistenciales que tratasen sus demandas, optaron por la autohormonación y por la realización de intervenciones quirúrgicas y estéticas (feminizantes y masculinizantes), que no siempre ofrecían la necesaria calidad asistencial, poniendo en peligro su salud física y mental. Muchas de estas personas no constan en ningún sitio y por lo tanto no forman parte de la estadística. Además, los resultados obtenidos desde las personas que han hecho una petición de ayuda provienen de grupos no homogéneos. Algunas investigaciones incluyen solo a personas que ya han realizado cirugía de reasignación sexual mientras que otros, por ejemplo, a personas que aún están en procesos previos. Aún así, ni están todos los que son y posiblemente, no son todos los que están. Los grandes cambios sociales que estamos viviendo van a favorecer que a las personas con Disforia de Género se les escuche desde el respeto y salgan de sus encierros, permitiendo en un futuro próximo obtener cifras cada vez más certeras de la población que está aquejada de este problema.

Las diferentes organizaciones y colectivos de transexuales estiman que en España hay unas 55.000 personas transexuales, que junto a los 150.000

intersexuales y 500.000 personas con conductas transgénéricas (Ararteko, 2009), forman un conjunto al que es necesario que se le dé respuesta a sus demandas de salud, y no seguir negando y excusándose con que hay otras prestaciones, tales como la salud bucodental, que no están incluidas. Estos argumentos ponen de manifiesto el gran desconocimiento tanto de la población general como de los profesionales sanitarios sobre este tema básico del ser humano, su identidad.

4.1. Epidemiología de la transexualidad en estudios internacionales

La atención y el estudio sistemático de la transexualidad es muy reciente y por tanto su investigación epidemiológica en la actualidad es bastante confusa y heterogénea.

En la mayoría de los países de Europa han comenzado a recoger datos a partir de 1960, observando que con el paso de los años y a medida que se amplía la muestra estudiada la prevalencia se incrementa.

Existe muy poca información sobre la prevalencia del trastorno en la población general y los datos epidemiológicos disponibles se basan en poblaciones clínicas.

Los datos de prevalencia de los diversos estudios son muy diferentes, posiblemente por varios motivos. Para empezar las diferencias culturales entre países pueden alterar la cuantificación real de esta problemática. Además, existen amplias diferencias de un lugar a otro en cuanto al acceso a los recursos sanitarios o a los costes del tratamiento, así como en las actitudes de la sociedad en general y de los propios profesionales ante este tipo de trastorno. Por otra parte, se desconoce cuántas de estas personas han sido atendidas e intervenidas en centros privados.

Las discrepancias al calcular la prevalencia también son debidas en parte a que han sido utilizadas distintas metodologías en cada estudio, sobre

todo en lo referente a la recogida de datos y a la definición de casos. En algunos trabajos se determina la prevalencia sólo a partir de los casos intervenidos, ya que para algunos autores el término transexual sólo debe reservarse a los pacientes reasignados quirúrgicamente (Meyer y Reter, 1979), mientras que otros consideran como transexuales a aquellas personas que demandan reasignación de sexo, incluyendo en el mismo grupo a los Trastornos de Identidad de Género que no siempre son transexuales. Por último, en las tasas recogidas, se utiliza como denominador la población mayor de 15 años, en unos casos sin establecer un límite superior de edad y en otros estableciéndolo en 59 años.

Los datos con mayor prevalencia corresponden a países con un clima social y sanitario más favorable, Holanda, Suecia y Singapur. Este hecho posiblemente no está relacionado con que haya un mayor número de personas transexuales, sino que la mayor aceptación social junto con la disponibilidad de la asistencia, posibilita su visibilidad.

Landen y colaboradores en una revisión de estudios epidemiológicos realizados en el intervalo de tiempo que va desde los años 60 al año 1992, y provenientes de países del norte de Europa, como Suecia, Holanda, Reino Unido, y de los Estados Unidos dan una prevalencia del trastorno que oscila entre 1/2.900 y 1/100.000 en transexuales femeninas (de hombre a mujer), y entre 1/8.300 y 1/400.000 en transexuales masculinos (de mujer a hombre) (Landen, Walinder y Lundström, 1996).

Serán los primeros estudios de la década de los 60, en Estados Unidos (Pauly, 1968) los que aporten cifras de prevalencia de 1/100.000 para transexuales femeninas y 1/400.000 para transexuales masculinos, progresivamente se dieron prevalencias más elevadas en estudios europeos recientes. El equipo de Ámsterdam (Bakker, Van Kesteren, Gooren y Bezemer, 1993), con una experiencia de 25 años tratando a más de 2.200 transexuales y definiendo como caso a aquellas personas que ya habían iniciado tratamiento hormonal, habla de una prevalencia de 1/11.900 para transexuales femeninas

(de hombre a mujer) y de 1/30.400 para transexuales masculinos (de mujer a hombre), y con una ratio de TF/TM de 2,5/1. Cifras equivalentes con respecto a la proporción de transexuales femeninas y masculinos son aportadas por otros autores en Holanda (Van Kesteren, Gooren y Megens, 1996), donde se confirma que la razón de sexos es dos o tres veces superior para las transexuales femeninas. Esta razón es variable en otros estudios, así en Australia es de 6,1/1 (Ross, Walinder, Lunström y Thuwe, 1981). Lo que sí parece coincidente en todos los estudios analizados es que es más frecuente el número de transexuales femeninas que el de transexuales masculinos (Bakker et al., 1993; Eklund, Gooren y Bezemer, 1988; Hoenig y Kenna, 1974; Pauly, 1968; Tsoi, 1988; Van Kesteren et al., 1996)

La incidencia en la mayoría de países europeos está entre 0,14 y 0,26 por cada 100.000 habitantes y año (Hoenig y Kenna, 1974; Person y Ovesey, 1974a; Sörensen y Hertoft, 1980; Walinder, 1971; Weitze y Osburg, 1996). En Australia, 0,58 por cada 100.000 habitantes y año (Ross et al., 1981), y en Singapur, 1,58 por cada 100.000 habitantes y año (Tsoi, 1988).

4.2. Epidemiología de la transexualidad en España

La aproximación epidemiológica en España debido a la carencia de estudios y registros, se ha basado en extrapolaciones de datos publicados de otros países a la población española. Así Antonio Becerra (Gómez Balaguer et al., 2003) ha utilizado como referencia los datos del equipo de Ámsterdam (Bakker et al., 1993), para obtener cifras de prevalencia del trastorno y los datos del equipo sueco (Landen et al., 1996; Walinder, 1971) para la obtención de las cifras de incidencia.

El equipo de Ámsterdam encuentra una prevalencia de 1/11.900 para las transexuales femeninas y de 1/30.400 para transexuales masculinos, y el equipo de Suecia encuentra una incidencia de transexualismo en población mayor de 15 años que demanda reasignación de sexo de 0,17/100.000.

El número de habitantes en España fue obtenido del Instituto de Estadística, con datos al 1 de Enero de 1998, donde se establece una población total de 39.852.651 habitantes (19.488.465 hombres y 20.364.186 mujeres). Del total de la población el 90,62% tiene más de 15 años (INE, 2.000), lo que representa un total de 36.114.472 habitantes (17.659.977 hombres y 18.454.495 mujeres).

Según los datos de población española y extrapolando las cifras de prevalencia e incidencia de los equipos de Ámsterdam y Suecia, las estimaciones de prevalencia en España representan un total de 2.087 transexuales (1.480 transexuales femeninas y 607 transexuales masculinos) y el número de casos nuevos por año en España se estimaría en 61 personas. En Asturias, concretamente, las estimaciones de prevalencia del trastorno representaría un total de 57 transexuales (40 transexuales femeninas y 17 transexuales masculinos). Desde la experiencia clínica y en vista del número de personas que han acudido a la UTIGPA con una demanda de Disforia de Género, estos datos posiblemente no den cuenta del número real de personas transexuales y se hayan quedado cortos.

Para subsanar estas deficiencias, desde hace años en España se están recogiendo datos sistematizados que nos pueden permitir, cada vez más, acercarnos a la realidad de este trastorno (Becerra, 2003a; Bergero et al., 2003; Gómez Gil, Peri, Vidal, de Pablo y Valdés, 2003; Moraga, 2004).

Las primeras cifras estimadas parten del grupo de trabajo que valoró inicialmente la introducción en el Sistema Andaluz de Salud (SAS), la atención sanitaria a la transexualidad, (AETSA, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía), y posteriormente de la AETS del Ministerio de Sanidad (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Ambas entidades han obtenido las previsiones a partir de los datos más recientes proporcionados sobre todo en países europeos como Holanda y Alemania (Bakker et al., 1993; Van Kesteren et al., 1996; Weitze y Osburg, 1996). Según la AETSA podrían demandar servicios entre 100 y 300 personas y la realidad fue otra bien

distinta, desde octubre de 1999 hasta octubre de 2004 solicitaron consulta en la Unidad de Trastornos de Identidad de Málaga 437 personas, 270 transexuales femeninas y 151 transexuales masculinos (Esteva et al., 2006). El informe elaborado por la AETS estimó que en España podría haber entre 387 y 2.187 transexuales femeninas y entre 167 y 571 transexuales masculinos. A la vista de los resultados, la prevalencia en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (UTIG) ha sido superior.

Por otro lado, se ha estimado que la incidencia en España, podría estar en 57 nuevos casos al año, 28 transexuales femeninas y 29 transexuales masculinos, con una ratio de una transexual femenina por cada transexual masculino. Como se observa, estas cifras no coinciden con la ratio obtenida en las investigaciones de Holanda donde la razón es de 2,5/1 (Van Kesteren et al., 1996) y las de Australia donde la proporción es de 6,1/1 (Ross et al., 1981).

En las investigaciones llevadas a cabo en el Hospital Clínico de Barcelona (Gómez Gil et al., 2006), el cálculo de la prevalencia, se hace atendiendo a 182 personas que habían sido diagnosticadas de transexualismo entre los años 1996 y 2004, de las cuales 131 eran TF y 51 TM. La prevalencia para las transexuales femeninas es de 1/21.031 y para los transexuales masculinos de 1/48.096. La razón entre sexos es 2,6/1. Estos datos son calculados en relación a la población oficial de Cataluña en 2004 en el rango de edad de 15 a 65 años, con un total de 4.685.149 personas, de las cuales 2.376.538 eran varones y 2.308.611 mujeres. Si se calcula la prevalencia sobre datos de población de la provincia de Barcelona, ya que la mayoría de pacientes viven en Barcelona, los resultados cambian, obteniendo una prevalencia de 1/18.152 para las TF y 1/39.473 para los TM. Este aumento de la prevalencia sería debido a que la cercanía del servicio favorece la petición de consulta. Con respecto a la incidencia media anual en los últimos 5 años es de 0,73/100.000 por habitante y año, siendo más elevada que la encontrada en la mayoría de los países europeos (Hoenig y Kenna, 1974; Person y Ovesey, 1974a; Sörensen y Hertoft, 1980; Walinder, 1971; Weitze y Osburg, 1996) y similar a los datos aportados por el estudio australiano (Ross et al., 1981).

La prevalencia en Andalucía es más alta que en Cataluña, en el 2004 era de 1/9.685 para las transexuales femeninas y 1/15.456 para los transexuales masculinos (Esteva et al., 2006). Posiblemente esta diferencia se deba a las distintas formas de funcionamiento de los dos equipos y a las prestaciones que ofrecen, ya que por ejemplo, en Cataluña la cirugía no estaba incluida en la cobertura sanitaria.

5. ETIOLOGÍA

En la actualidad, la etiología de la transexualidad es desconocida, y aunque los más defienden una compleja interacción entre factores biológicos y ambientales, las últimas investigaciones continúan buscando una base fisiológica que convertiría precisamente a este trastorno en un estado intersexual y por lo tanto dejaría de ser un problema de salud mental.

Mientras que los procesos de sexuación están contrastados, no disponemos de explicaciones causales para los procesos que hablan de la identidad de género, por lo tanto, las causas del transexualismo hoy por hoy no se saben con certeza.

Se han planteado diversas hipótesis para intentar explicar los factores que pueden estar implicados en su aparición. Mientras que algunos autores defienden desde posturas dicotómicas la primacía de lo psicosocial o de lo biológico como factores determinantes en la aparición de la transexualidad, otros apoyan las hipótesis mixtas que implican la compleja interacción entre factores biológicos y ambientales.

Las condiciones psicosociales para John Money (1955) eran cruciales. Este médico, experto en pacientes intersexuados, es decir niños nacidos con genitales ambiguos y que no se les podía asignar el sexo sobre la única base de la observación externa, estableció, que en los primeros meses de vida postnatal, (18 meses) en todos los bebés, bien hayan nacido normales o bien

con órganos sexuales incompletos o ambiguos, va a ser la sociedad la que determinará la identidad de hombre o mujer.

Las críticas a los planteamientos de Money vienen de la mano de un caso expuesto en su libro "Man & Woman- Boy and Girl" (Money y Ehrhardt, 1972) (este libro fue traducido al español 10 años más tarde con el título "Desarrollo de la sexualidad humana") donde relata la historia de un niño judío, gemelo monocigótico de 7 meses al que al realizarle la circuncisión se le produjo una cauterización total del pene. Money decidió reasignar al niño como niña sobre la base de que el núcleo de la identidad de género todavía no se había establecido. A los 21 meses se le realizó una orquiectomía y posteriormente se le construyó una vagina y a los 12 años se le administraron estrógenos. Sin embargo de adulto, asumió una vida de varón, el pene le fue reconstruido y se casó con una mujer, para terminar poniendo fin a su vida.

La evolución de este caso puso en tela de juicio la doctrina de Money. Trató de demostrar la influencia de la educación y la asignación sexual en el establecimiento de la identidad de género y no obtuvo los resultados esperados. Sin embargo, nos aclararía mucho tener información sobre las expectativas de esos padres que habían tenido un hijo varón y cómo esto había influido en su educación y formación, muy a pesar de todo el proceso de reasignación sexual.

El ser humano desde su nacimiento precisa del otro para ir desarrollando y construyendo su identidad. La familia es el primer contexto de socialización. Tanto las teorías clásicas (psicoanálisis, conductismo, cognitivismo) como los nuevos marcos explicativos de los años 70 y 80 (Bem, 1981; Block, 1973, etc..) explican que en la formación de la identidad sexual están implicadas las figuras parentales y la sociedad. La sociedad, a través de la familia, va a ejercer su poder para que el resultado sea la obtención de las dos identidades de género reconocidas habitualmente, la de varón y la de mujer. Cuando el bebé de Money nació, sus padres le asignaron el nombre de varón, John (posteriormente Joan) y se le vistió, peinó y trató, siguiendo el modelo de

masculinidad prescrito por la cultura y transmitido a través del intercambio social y del poder de la comunicación, tanto verbal como analógica. No sabemos si estos padres fueron capaces de modificar en sus cabezas la imagen del hijo que ya habían construido.

Otros investigadores también proponen para la génesis de la transexualidad, factores de tipo psicosocial como la socialización del rol de género, las pérdidas tempranas en la infancia, aspectos de la personalidad o la intensidad, rigidez y persistencia del comportamiento de género opuesto (Davenport, 1986; Roberts y Gotlib, 1997).

Dentro de las hipótesis biológicas nos encontramos con diversas teorías. Investigadores como Landen, Walinder y Lundström, (1966) sugieren un origen neurobiológico, mientras que otros más recientes señalan una posible participación genética en el origen del trastorno (Coolidge, Thede y Young, 2002; Green y Keverne, 2000; Kruijver et al., 2000; Van Goozen, Slabbekoorn, Gooren, Sanders y Cohen-Kettenis, 2002). Apoyándose en el conocimiento del desarrollo embriológico, hay estudios que han sugerido que la influencia de las hormonas sexuales prenatales sobre el cerebro (sexo cerebral) tiene una importancia significativa en el establecimiento de la identidad de género (Hrabovszky y Hutson, 2002; Martínez Mora, 1994). Desde este punto de vista, la transexualidad podría originarse durante la etapa fetal si una alteración hace que el cerebro se impregne hormonalmente de una sexualidad distinta a la genital (Migeon y Wisniewski, 1998).

Cabe hacer mención especial dentro de esta corriente de investigaciones biologicistas, al trabajo llevado a cabo por el equipo de Ámsterdam (Gooren, 2003) que plantea que en las personas transexuales durante el periodo fetal o perinatal se ha producido una alteración en el proceso de diferenciación sexual del cerebro. Por ejemplo, si en las primeras etapas de la diferenciación sexual ocurre en un sentido femenino, en la diferenciación sexual del cerebro se produce en sentido masculino. Las causas de esta

disarmonía son desconocidas, aunque puede haber implicados factores hormonales y ambientales.

Otras investigaciones basadas en el estudio de la morfología cerebral han demostrado que en el hipotálamo de seis transexuales femeninos (de hombre a mujer), el núcleo basal de la estría terminal (BST) era significativamente más pequeño que el de hombres hetero y homosexuales (Zhou y Hofman, 1995).

A pesar de esta búsqueda incesante de causas biológicas que den cuenta de la transexualidad, aún no se ha descrito ninguna alteración del sexo genético y hay pocas investigaciones que han podido demostrar la existencia de anomalías cromosómicas evidentes (Turan et al., 2000).

A la vista de los resultados de los diferentes estudios, la importancia de los factores psicológicos y socioculturales en la génesis de la identidad de género parece ser bastante compartida aún por los investigadores de corte más biologicista. Así mismo, la participación de los factores biológicos no puede ser ignorada y el propio Money (1994) posteriormente termina haciendo una modificación en sus posturas, tratando de poner fin a la dicotomía sexo y género para manifestar que naturaleza y educación trabajan juntas como uña y carne.

De este modo las hipótesis mixtas apoyan la compleja interacción entre factores biológicos (genéticos, hormonales) y ambientales (sociales, aprendizaje...) que actúan tanto en el periodo pre como postnatal (Gómez Gil, Esteva y Fernández, 2006).

Así, los Trastornos de Identidad de Género podrían desarrollarse como resultado de una interacción alterada entre factores genéticos, el desarrollo cerebral y la acción de las hormonas sexuales. Pero además, diversas influencias ambientales en periodos críticos del desarrollo, como el embarazo,

la infancia o la pubertad, pueden influenciar la conducta adulta (Cohen-Kettenis y Gooren, 1999). Por tanto la carga genética, las hormonas sexuales prenatales y postnatales (Imperato-McGinley, Peterson, Gautier y Sturia, 1979), la morfología cerebral (Kruijver et al., 2000; Swaab y Fliers, 1985), entre otros factores, interactúan con la influencia ambiental, social y familiar y los factores psicológicos como la inhibición y la reactividad al estrés, en la construcción de la identidad de género (Reiner, 1996; Zucker, Lightbody, Pecore, Bradley y Blanchard, 1998).

6. LA TRANSEXUALIDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA

6.1. La transexualidad en la literatura científica

Existen numerosas referencias, tanto míticas como históricas, que revelan y ubican en antiguas civilizaciones la existencia de lo que hoy llamamos transexualidad y su tratamiento clínico (Green, 1969). En el presente cronograma solamente desarrollaremos las referencias históricas a partir del momento en que la transexualidad aparece en la literatura médica. Se pone de manifiesto en las descripciones de los distintos autores que la distinción entre transexualismo, transvestismo y homosexualidad es bastante reciente y que históricamente han tratado el tema desde las desviaciones o aberraciones sexuales, confundiendo y superponiendo las características de unos y otros. En la actualidad, aunque se ha ido perfilando y separando la transexualidad como entidad propia, no ha conseguido desligarse del ámbito de las desviaciones y trastornos sexuales, siendo siempre objeto de múltiples polémicas y posiciones encontradas.

A principios y mediados del siglo XIX autores como Friedreich, Esquirol, Frankel y Westphal, hacen las primeras alusiones al fenómeno de la transexualidad.

Se considera que la transexualidad entra en la literatura médica con Frankel (1853), sin embargo será a Friedreich (1830) al que se le atribuya el haber realizado la primera referencia en la literatura médica al describir a

hombres que deseaban ser mujer, y a Esquirol (1845) la primera descripción de un caso de transexualismo, que denominó "inversión genital". Frankel en su obra "Homo Mollis" describió el caso de Screfakind Blank, un joven con tendencia al transvestismo que desde niño había sentido la necesidad de vestirse de mujer. Sufrió prisión en varias ocasiones acusado de seducir a otros chicos jóvenes y contagiarles enfermedades venéreas. Se suicidó huyendo de la policía. Frankel examinó post mortem su cuerpo. Poco después Westphal (1869) también describió un fenómeno que incluía algún aspecto de la transexualidad: "conträre sexuellempfinding "(sentimientos sexuales contrarios).

A finales del siglo XIX y principios del XX tres autores comienzan dando un gran impulso al estudio de los intereses y prácticas sexuales: R. Krafft-Ebing con su obra "Psicopatía Sexual" (1894), Havelock Ellis con su obra "Estudios de la psicología del sexo" (1904) y Sigmund Freud con "Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad" (1905).

El profesor de psiquiatría Krafft-Ebing en su obra, enfoca la sexualidad humana como una colección de nauseabundas enfermedades. Describió una forma de vestirse según el sexo contrario que denominó "metamorphosis sexuales paranoica". Consideraba a los homosexuales como víctimas de un "instinto sexual antipático". Dentro de estos casos de homosexualidad, presenta historias de transvestismo y transexualidad, considerándolos estadios sucesivos de una enfermedad progresiva.

Influido por las doctrinas de Krafft-Ebing, Sigmund Freud defendía que las desviaciones sexuales eran enfermedades o síntomas de enfermedades y desempeñó un papel importante en el enjuiciamiento de las conductas sexuales desviadas de lo normal, como la homosexualidad. Sin embargo no habló en términos tan descalificadores. Así por ejemplo, era más llevadero para los homosexuales ser calificados como inmaduros que como pecadores o criminales como pensaría Krafft-Ebing. Uno de los trabajos clásicos sobre este fenómeno lo describe en su obra "Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad". En el capítulo VII referido a las aberraciones sexuales, al plantear

la hipótesis sobre la génesis de la inversión o persona homosexual define a un grupo de invertidos que se acercan a las descripciones actuales de las transexuales femeninas: “el hombre invertido sucumbiría como mujer al encanto emanado de las cualidades físicas y espirituales masculinas y sintiéndose mujer buscaría al hombre”.

Con menos influencia que Krafft-Ebing y Freud, el sexólogo inglés Havelock Ellis trató la homosexualidad con sensibilidad y aceptación. Posiblemente esta comprensión de la homosexualidad se vio enriquecida por las experiencias homosexuales de su mujer. Recogió también diversos ejemplos de transexuales femeninas. En 1936 los llamó “invertidos sexoestáticos” o “eonistas”, en referencia al caballero Eón, que vivió la mitad de su vida como mujer.

Continuando en el siglo XX, autores contemporáneos y con una ideología más tolerante y comprensiva hacen aproximaciones más directas al fenómeno de la transexualidad, Magnus Hirschfeld, Sandor Ferenczi y Max Marcuse.

Nacido en el seno de una familia judía Magnus Hirschfeld (1910) fundó el Comité Humanitario Internacional para la defensa de los homosexuales. En su obra “Die transvestiten”, acuñó el término travestido y utilizó el término “Elischer Transsexualisms”, Transexualismo Psíquico, que definía sin distinción los actuales diagnósticos de transexualidad, travestismo y homosexualidad afeminada.

Perteneciente a la primera generación de psicoanalistas, Sandor Ferenczi (1914) promovió la defensa de los homosexuales marginados y perseguidos. Llega a ser representante del Comité Humanitario fundado por Magnus Hirschfeld en 1897 y se posicionó en contra de Krafft-Ebing en relación a la consideración de la homosexualidad como una enfermedad degenerativa. Considera más apropiado el término “homoerotismo” que el de

homosexualidad. Distingue dos elecciones homoeróticas: homoerótico pasivo, que se siente mujer en su relación con otros hombres y en todos los momentos de su existencia y el homoerótico activo, que es completamente viril y solo ha cambiado el objeto femenino por otro del mismo sexo. En el primer caso está haciendo descripciones propias de la transexualidad.

Receptivo a las ideas de Freud y director editorial de la revista *Journal of Sexology* de Magnus Hirschfeld, Max Marcuse realiza la gran contribución de editar en 1926 el *Diccionario Manual de Sexología (Handwörterbuch der Sexualwissenschaft)*. En 1916 publica un artículo donde describe un tipo de “inversión psicosexual” que hace referencia a la búsqueda del cambio de sexo.

Por esta misma época cabe también mencionar al sexólogo de principios de siglo Gregorio Marañón y Posadillo, médico y ensayista madrileño, manejó el término intersexualidad o estado intersexual (1931). Defendía que los seres humanos estaban dotados con características de ambos sexos y que estos están más diferenciados a medida que avanza en la escala filogenética. Conoció personalmente a Freud y a su obra, aceptando el concepto psicodinámico de sexualidad infantil y que ambos sexos pasaban por etapas de intersexualidad. Postula así la “Ley de la constancia de la predisposición intersexual” en la especie humana, que describe como en las primeras fases del desarrollo la intersexualidad es un hecho normal en todos los seres humanos, y será a partir de la pubertad cuando comienza la diferenciación sexual.

En los años 50 el término “transexual” empieza a ser utilizado tanto en el ámbito profesional como en el público. Así queda de manifiesto en la obra de David Cauldwell y Harry Benjamin.

Algunos investigadores consideran que David Cauldwell (1949) crea el término transexual y se empieza a usar en sentido moderno para señalar a individuos que desean vivir de manera permanente en el papel social del

género opuesto y a quienes desean ser sometidos a reasignación de sexo. Publicó en “Sexology” un artículo titulado “Psychopathia Transsexualis” (1949), término construido según el modelo de Psychopathia Sexualis de Krafft-Ebing.

Endocrinólogo y sexólogo de origen alemán, Harry Benjamin, es, sin duda, el que más aportó y favoreció el avance en el estudio y tratamiento de la transexualidad. Realiza la primera definición de transexualismo en 1953 en un artículo publicado en la revista internacional Journal of Sexology, “Transvestism and Transsexualism”, donde habla de la diferencia entre travestismo y transexualismo. Describe el transexualismo como la asociación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y en consecuencia, con el deseo de cambio de sexo. Se relacionó con los dos grandes sexólogos de la época, el alemán Magnus Hirschfeld y el americano Alfred Kinsey (sienta las bases de la sexología científica al publicar en 1949 y en 1967 su famoso informe sobre el comportamiento sexual de grandes grupos humanos en Estados Unidos). Al igual que su predecesor Hirschfeld, considera la transexualidad como una forma de intersexo. Benjamin se va a referir fundamentalmente al transexualismo del varón (transexual femenina: de hombre a mujer).

Jean-Marc Alby en 1956 se refiere también al transexualismo de la hembra (transexual masculino: de mujer a hombre) e introduce el término “error de la naturaleza” que a menudo es utilizado por los y las transexuales:

“Más a menudo, hombres que mujeres, esos sujetos normalmente constituidos, tienen el sentimiento de pertenecer al sexo opuesto y demandan una transformación morfológica por medio de la cirugía plástica y la administración de hormonas, para corregir lo que consideran como un error de la naturaleza”.

La gran innovación que nos va a permitir la comprensión del fenómeno de la transexualidad va a ser el desarrollo del concepto de género dentro de la

literatura psicológica. J. Money y R. Stoller plantean la necesidad de distinguir la doble realidad sexo y género.

Money en 1955 introduce el concepto de género en su primera acepción "Rol de Género" (Gender Role) que definió como: "todo cuanto una persona dice o hace para indicar a los demás o a sí misma el grado en que es niño o varón, o niña o mujer, respectivamente". Sitúa la génesis del concepto género en sus investigaciones sobre el hermafroditismo y señala su importancia en la constitución de la identidad sexual. Encontró que machos genéticos habían sido rotulados y criados como niñas debido a un síndrome feminizante testicular (síndrome de insensibilidad a los andrógenos). Su aspecto externo era de mujer. En otros casos mujeres genéticas que se les había asignado sexo varón y criados como tales (presentaban un síndrome adrenogenital): desde estos casos clínicos empezó a hacerse preguntas. Necesitaba un concepto vinculado a la realidad sexo pero distinto de él y que explicase el desarrollo de una identidad edificada sobre una biología que la contradice. Constató que la convicción básica de pertenecer a uno u otro sexo no estaba directamente determinada por el patrón cromosómico, gonadal, hormonal, ni tan siquiera por los tractos internos y externos de la morfología genital de una persona.

Stoller publica en 1968 "Sex and Gender" donde define el transexualismo como la convicción de un sujeto biológicamente normal de pertenecer al otro sexo. En el adulto a esta creencia le acompaña, en nuestros días, la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo. Stoller añade que la convicción es permanente e inquebrantable. Para entender esta incongruencia entre cuerpo e identidad necesitaba otros conceptos que le explicaran lo que estaba ocurriendo en aquellas personas que presentaban transexualidad. Consideraba necesario distinguir entre sexo y género. Utiliza la palabra sexo para referirse a los componentes biológicos que distinguen al macho de la hembra (anatomía y fisiología), mientras que el término género lo reserva para señalar el dominio de lo psicológico de la sexualidad (sentimientos,

pensamientos, actitudes, papeles, etc.) El género alude a la masculinidad y la feminidad. Plantea estudiar la génesis y el desarrollo de la masculinidad y feminidad fundamentalmente a través de dos conceptos psicológicos: identidad de género y núcleo de la identidad de género. El núcleo de la identidad de género es esa convicción, ese sentimiento que un niño y una niña tienen de ser un varón o una mujer, se establece a los 2 ó 3 años, y es el primer paso para el desarrollo de la identidad de género (masculina o femenina) que se desarrolla y modifica a lo largo de la vida.

El médico inglés Norman M. Fisk propone en 1974 el término “Síndrome de Disforia de Género” para designar el malestar resultante de la discordia entre identidad de género y el sexo asignado. Este concepto muy utilizado en la actualidad incluso como sinónimo de transexualidad, es un término más amplio. La disforia de género no sólo puede presentarse en las personas transexuales sino también en otros trastornos de identidad de género como pueden ser en el travestismo no fetichista o incluso en algunos estados intersexuales.

En 1974 Person y Ovesey (1974a; 1974b) diferenciaron entre transexuales primarios y transexuales secundarios. Definieron al transexual primario como alguien que es fundamentalmente asexual y que progresa con resolución hacia la cirugía sin desviaciones significativas hacia la homosexualidad ni la heterosexualidad y sin afeminamiento infantil, y al transexual secundario como alguien homosexual y afeminado desde la infancia. En 1980 Stoller y en 1981, Levine y Lothstein retomaron esta diferenciación entre transexuales primarios y secundarios y le dieron la vuelta. Es decir, consideraron primarios a los que sí habían mostrado sus características de identidad en las etapas infantil, puberal y adolescente; y secundarios a los que no habían mostrado tales características. (Ver cuadro resumen 3).

Cuadro 3: La transexualidad en la literatura científica: evolución histórica del concepto

<i>Friedreich</i>	1830	Primera referencia de la transexualidad en la literatura médica. Describe a hombres que deseaban ser mujer.
<i>Esquirol</i>	1845	Primera descripción de un caso de transexualismo que denominó "inversión genital".
<i>Frankel</i>	1953	La transexualidad entra en la literatura médica. Describe el caso de un joven con tendencia al transvestismo que desde niño había sentido la necesidad de vestirse de mujer.
<i>Westphal</i>	1869	Describe un fenómeno que incluía algún aspecto de la transexualidad y que denominó "sentimientos sexuales contrarios".
<i>Krafft- Ebing</i>	1884	Describió una forma de vestirse según el sexo contrario que denominó "metamorphosis sexuales paranoica".
<i>H. Ellis</i>	1904	Recogió diversos ejemplos de transexuales femeninos. En 1936 los llamó "invertidos sexoestáticos".
<i>S. Freud</i>	1905	Al plantear la hipótesis sobre la génesis de la inversión o persona homosexual define a un grupo de "invertidos" que se acercan a las descripciones actuales de transexuales femeninos.
<i>M. Hirschfeld</i>	1910	Utilizó el término "transexualismo psíquico" que definía sin distinción los actuales diagnósticos de transexualidad, transvestismo y homosexualidad afeminada.
<i>S. Ferenczi</i>	1914	Hace referencia a la transexualidad cuando describe el homoerotismo pasivo (homosexualidad): "se siente mujer en su relación con otros hombres y en todos los momentos de su existencia".
<i>M. Marcuse</i>	1916	Describe un tipo de "inversión psicosexual" que hace referencia a la búsqueda de un cambio de sexo.
<i>G. Marañón</i>	1931	Manejó el término intersexualidad o estado intersexual. Defendía que los seres humanos estaban dotados con características de ambos sexos.
<i>D. Caldwell</i>	1949	Crea el término transexual, "psychopathia transexualis", para señalar a individuos que desean vivir de manera permanente en el papel social del género opuesto y a quienes desean ser sometidos a reasignación de sexo.
<i>H. Benjamin</i>	1953	Es el que más aportó y favoreció el avance en el estudio y tratamiento de la transexualidad. Diferencia el transvestismo

		del transexualismo. Considera la transexualidad como una forma de intersexo, y va a referirse fundamentalmente a las transexuales femeninas.
J. M. Alby	1956	Hace también alusión a los transexuales masculinos e introduce el término "error de la naturaleza".
J. Money	1955	Introduce el concepto de género en su primera acepción "rol de género". Sitúa la génesis del concepto de género en sus investigaciones sobre el hermafroditismo y señala su importancia en la constitución de la identidad sexual.
R. Stoller	1968	Para entender lo que estaba ocurriendo en aquellas personas que presentaban transexualismo consideró necesario distinguir entre sexo y género.
N. Fisk	1974	Propone el término "síndrome de disforia de género" para designar el malestar resultante de la discordia entre identidades de género y el sexo de nacimiento.
Person y Ovesey	1974	Realizaron una diferenciación entre transexuales primarios y secundarios que posteriormente Stoller y Levine y Lothstein retomaron y le dieron la vuelta. Consideraron primarios a los secundarios y viceversa.

6.2. Historias de transexuales

Antes de que el término transexualidad se creara, hay constancia de una literatura no tan científica, aunque no por ello menos ilustrativa, que relata las vivencias, casi novelescas, de personas que han deseado y/o necesitado el cambio de sexo. A través de sus biografías y autobiografías nos ofrecen sus experiencias vivenciales.

En Francia, tenemos los casos del Abad de Choisy (1644-1724) y el más clásico y conocido del Caballero D'Eon Beaumont (1728-1810). Un caso mucho más reciente es la historia de vida de Cocinelle (1931-2006), la primera transexual de Francia pionera de la causa transgénero.

EL Abad de Choisy, llamado Françoise Timoleon, escritor y abad de Saint-Seine durante el reinado de Luis XIV, fue criado por su madre como una

señorita. Durante su infancia y adolescencia lo vestía con ropa femenina para satisfacer los deseos del hermano del rey. El Abate de Choisy fue conocido como Madame de Sancy y posteriormente como la Condesa de Barres. En su autobiografía afirmó “yo me veo a mi mismo como una auténtica mujer” (Mongredien, 1966).

Charles Geneviève Louis André Timothée más conocido como Caballero D'Eon Beaumont, desempeñó tareas de agente secreto para la corona de Francia. Se vestía de mujer en algunas de sus misiones en el extranjero. Tras un incidente con la esposa del Rey Jorge III de Inglaterra, Luis XVI lo condena a vestirse de mujer el resto de su vida. Posiblemente esto no supuso para este caballero una condena sino una elección ya tomada con anterioridad. Después de la Revolución Francesa todos los tratados reales fueron abolidos y d'Eon prefirió seguir viviendo como mujer el resto de su vida. Muere exiliado en Inglaterra y su autopsia demostró que biológicamente era un varón. Vivió 49 años como hombre y 34 como mujer (Cox, 1966).

Coccinelle, su nombre original era Jacques Charles Dufresnoy. Funda la Asociación Devenir Femme, para ayudar a las personas que desean cambiar de sexo y participa en el nacimiento de CARITG (Centre d'Aide, de Recherche et d'Information sur la Transsexualité et l'Identité de Genre). A los cuatro años de edad ya sabía que era diferente. En 1953 debuta como travesti en el cabaret Chez Madame Arthur y en 1958 el Dr. Georges Burou le realiza la cirugía de reasignación de sexo en Casablanca. Recorrió el mundo con diversos espectáculos, grabó discos y participó en varias películas francesas (Costa, 1963).

En el Reino Unido también contamos con casos que ejemplifican la vida de las personas con disforia de género. Sus dramáticos intentos de aminorar el sufrimiento, en un contexto poco comprensivo y con escasos o nulos recursos asistenciales, les han llevado hasta el punto de poner en riesgo la propia existencia. Tales son los casos del médico James Barry, nacido en Belfast (1795-1865); del escritor William Sharp, nacido en Paisley (1855-1905); de

Michael Dillon (1915-1962), considerado como el primer transexual masculino de la historia. Contemporánea y conocida de Michael Dillon, Roberta Cowell, nacida en Croydon, en 1921. Por último describiremos los casos de la escritora y periodista Jan Morris, nacida en Clevedon, en 1926 y de la modelo Ashley April, nacida en 1935 y una de las primeras transexuales británicas que llegaron a los medios de comunicación.

El cirujano de la armada inglesa e inspector médico James Barry, cuyo nombre real según algún autor era Miranda Stuart, comienza a transformarse coincidiendo con el inicio de sus estudios universitarios de medicina. En aquella época era prácticamente imposible para una mujer formarse y ejercer como médico, especialmente en el ejército. A su muerte se descubrió que biológicamente era una mujer y a pesar de ello fue enterrado con el nombre de James Barry y su rango oficial (Racster y Grove, 1932).

Otro caso documentado es el de William Sharp, escritor de poesía y biografías literarias. A partir de 1893 adopta el seudónimo de Fiona Macleod que mantuvo en secreto a lo largo de toda su vida. Su prima y esposa, Elizabeth, publicó unas memorias que tratan de explicar, como necesidad creativa, el hecho de que Fiona Macleod utilizase la escritura de su hermana al dirigirse a alguien que ignoraba su doble identidad (Bullough, 1973).

Laura Dillon, es considerada como la primera mujer biológica que realiza de forma completa el cambio de sexo. En 1944 cambia su certificado de nacimiento adoptando la nueva identidad como Michael Dillon. Durante mucho tiempo se vistió con ropas masculinas, por sentir que no era realmente una mujer. Inicia sus estudios de medicina y comienza su transformación. En el año 1939 realiza tratamiento hormonal, en 1942 se le practica una mastectomía y a partir del 1945 se le realizan varias intervenciones quirúrgicas para completar la reasignación sexual genital (faloplastia). Realiza varias publicaciones, pero en una de ellas "Self: A Study in Endocrinology and Ethics" (1946), describe el término "masculine invert", que sería lo que hoy conocemos por transexualidad (Kennedy, 2007).

Roberta Cowell, muy conocida por ser el primer hombre biológico del Reino Unido que realizó una cirugía de reasignación sexual en 1951. Su nombre original era Robert Cowell, piloto de aviación durante la Segunda Guerra Mundial. Conoce al médico Michael Dillon y tras un peregrinaje por distintos especialistas termina realizando la cirugía de reasignación de sexo. La primera intervención se la realiza el mismo Dillon (orquiectomía) y posteriormente el doctor Harold Gillies que también operó a Dillon, completa la transformación con una vaginoplastia. En 1954 escribe su autobiografía titulada "Roberta Cowell's story" (Cowell, 1954).

Desde muy joven Jan Morris, cuyo nombre de nacimiento era James Morris, se sintió una mujer en un cuerpo equivocado. Fue militar y corresponsal de guerra y realizó una importante carrera literaria. En 1964 comienza a tomar estrógenos para feminizar su cuerpo y en 1972 el Dr. George Burou, en Casablanca le realiza la reasignación sexual. Casada y con cinco hijos, se le obliga por ley a divorciarse de su esposa, no estaba dispuesta a esto y vuelve a casarse posteriormente con ella en el año 2008 (Morris, 1976).

Ashley April, su nombre original era George Jamieson. En París, en el cabaret del Teatro Carrusel, coincidirá con la famosa transexual Coccinelle. En 1960 en Casablanca, el Dr. George Burou le realiza una reasignación de sexo que le supuso una costosa y difícil recuperación. Tras el proceso regresa a Inglaterra y se convierte en una modelo exitosa. Se casa con un aristócrata inglés que años después consigue la anulación matrimonial alegando que su sexo biológico era masculino. Este hecho supuso, en el Reino Unido, un mal precedente jurídico para los transexuales y se mantendrá hasta que la Ley de Reconocimiento de Género entra en vigor en 2004. En 2006 publicó su polémica autobiografía, "La Primera Dama".

Reflejo de la situación experimental en que se encontraba la cirugía de reasignación de sexo y sus posibles y terribles consecuencias médicas, es la

intervención llevada a cabo en Alemania en 1931. Los cirujanos sexólogos de la Clínica de la Mujer de Dresde realizan una de las primeras operaciones quirúrgicas de cambio de sexo genital anatómico. Su nombre original fue Andreas Sparre, pero adoptó el nombre de Einar Wegener (1882-1933) durante su carrera como pintor. Conoce a Gerda en la Escuela de Arte de Copenhague y en 1904 se casan. Einar modelaba para su esposa con ropas femeninas, se vestía regularmente como mujer y adoptó el nombre de Lili Elbe. Se le realizaron varias intervenciones quirúrgicas, la primera supervisada por el sexólogo Magnus Hirschfeld en Berlín. Falleció por complicaciones posteriores a una cirugía donde se intentó un trasplante de útero. Escribe su propia autobiografía "Yo soy un hombre en el interior de una mujer" (Jacobson, 1933).

Christine Jorgensen nacida en Nueva York (1926-1989), es posiblemente, la primera operación de reconstrucción genital con éxito.

Sin embargo, con los éxitos obtenidos fruto del avance científico y médico, también llegan los casos de arrepentimiento tras la cirugía de reasignación sexual. La famosa tenista Renee Richards, también nacida en Nueva York en 1934 y la científica Danielle Bunten Berry, nacida en Missouri (1949-1998), ponen de manifiesto la importancia de la evaluación previa que minimice los riesgos de arrepentimiento.

En 1951, el cirujano Christian Hamburger realiza con éxito, en una clínica de Copenhague, varias intervenciones que tienen como finalidad la reasignación genital. El ex-soldado George Willian Jorgensen se convirtió en Christine Jorgensen. Este caso alcanzó gran notoriedad disparando las técnicas y demandas quirúrgicas de la transexualidad contemporánea. Comienza una terapia hormonal y posteriormente se le realizan varias intervenciones quirúrgicas, entre ellas una orquiectomía. La vaginoplastia se le practicó muchos años después en Estados Unidos. Llegó a ser la portavoz del colectivo transexual y transgénero. Se realizaron dos películas basadas en su vida, una de ellas basada en su autobiografía (Jorgensen, 1967).

Renee Richards, médico oftalmólogo y teniente comandante de la marina. Su nombre original era Richard Radle, consiguió que se la reconociera como mujer en el ámbito deportivo, sentando un precedente legal de carácter histórico en la jurisprudencia de Estados Unidos. En los años 60 viaja a Europa vestido de mujer con la intención de ver al Dr. George Burou (Clínique Parc en Casablanca). Cambia de idea y de vuelta a su país se casa y tiene un hijo. Posteriormente, en 1975, fue derivado por el endocrinólogo Harry Benjamin, al cirujano Roberto C. Granato quien le realiza la cirugía con éxito. Renee llega a reconocer que hubiera preferido no someterse a la cirugía de reasignación de sexo. En 1983 escribe "Second Serve", una autobiografía sobre su transición y en 2007 se publica su segunda autobiografía "No way Renee: The second half of my notorious life" (Richards y Ames, 1983).

Otro caso de arrepentimiento postcirugía es el de Danielle Bunten Berry (1949-1998). Su nombre original era Daniel Paul Bunten. Realizó estudios de Ingeniería Industrial y se considera una de las científicas más importantes de la informática y pionera de los videojuegos. En 1992 se sometió a la cirugía de reasignación de sexo y manifiesta su decepción tras la cirugía con estas palabras: "Es lo más horrible, costoso, doloroso y desconcertante que jamás podrías hacer. No lo hagas a menos que no haya otra alternativa. Tal vez pienses que tu vida sea difícil, pero a menos que tengas que elegir entre suicidarte o cambiar de sexo, tu vida sólo empeorará [...] Puedo hablar desde la línea correcta del transgenerismo que yo era una mujer encarcelada en el cuerpo de un hombre, y que recuerdo haberlo sentido desde que tenía cuatro años [...] Yo fui travestí durante toda mi vida sexual, y siempre fantaseaba con convertirme en mujer como máxima experiencia autoerótica" (Bunten Berry, 2009). (Ver cuadro resumen 4).

Cuadro 4: Historias de transexuales

País	Nombre	Fecha de nacimiento	Característica definitoria
Francia	Abad de Choisi (Françoise Timoleon)	1644	Durante su infancia y adolescencia lo vestían con ropa femenina. Afirmó “yo me veo a mi mismo como una mujer”.
	Caballero D'Eon (Charles Geneviève)	1728	Vivió 49 años como hombre y 34 como mujer. Su autopsia demostró que biológicamente era un varón.
	Coccinelle (Jacques Charles Dufresnoy)	1931	A los cuatro años ya sabía que era diferente. En 1958 el Dr. Georges Burou le realiza la cirugía de reasignación de sexo en Casablanca.
Reino Unido	James Barry (Miranda Stuart)	1795	Cirujano de la armada inglesa. A su muerte se descubrió que biológicamente era una mujer.
	Fiona Mcleod (William Sharp)	1855	Escribía poesía y biografías literarias. Durante toda su vida, mantuvo en secreto su identidad.
	Michael Dillon (Laura Dillon)	1915	Considerado el primer transexual masculino de la historia. En 1931 comienza a hormonarse y posteriormente realiza las cirugías (mastectomía y faloplastia).
	Roberta Cowell (Robert Cowell)	1921	Muy conocida por ser el primer hombre biológico del Reino Unido que realizó una cirugía de reasignación sexual en 1951.
	Jan Morris (James Morris)	1926	En 1964 comienza a tomar estrógenos para feminizar su cuerpo y en 1972 realiza la reasignación sexual en Casablanca.
	Ashley April (George Jamieson)	1935	Una de las primeras transexuales británicas que llegó a los medios de comunicación. En 1960 realiza en Casablanca la reasignación de sexo que le supuso una costosa y difícil recuperación.

Alemania	Lili Elbe (Andreas Sparre)	1882	En la Clínica de la Mujer de Dresde le realizan una de las primeras operaciones quirúrgicas de cambio de sexo genital en 1931. Tras varias intervenciones quirúrgicas falleció por complicaciones posteriores.
Estados Unidos	Christine Jorgensen (George William Jorgensen)	1926	Posiblemente la primera operación de reconstrucción genital con éxito realizada en una clínica de Copenhague. El caso alcanzó gran notoriedad.
	Renee Richards (Richards Radle)	1934	Consiguió que la reconocieran como mujer en el ámbito deportivo. Realiza la cirugía de reasignación sexual con éxito pero llega a reconocer que hubiera preferido no haberla hecho.
	Danielle Bunten Berry (Daniel Paul Bunten)	1949	En 1992 se sometió a la cirugía de reasignación de sexo y posteriormente manifiesta su decepción y arrepentimiento.

7. LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS TRANSEXUALES: CONSECUCCIÓN Y PUESTA EN PRÁCTICA DE UN DERECHO

7.1. Fundamento jurídico de la atención al colectivo transexual

La asistencia sanitaria integral es una reivindicación histórica del colectivo transexual que se ha ido concretando jurídicamente desde la Resolución del parlamento europeo del 12 de noviembre de 1989. En sus conclusiones se pide a los estados miembros que “aprueben disposiciones sobre el derecho de los transexuales a un cambio de sexo de carácter endocrinológico, plástico-quirúrgico y estético, el procedimiento y la prohibición de la discriminación”.

El reconocimiento del derecho a la identidad de género ha sido lento, aunque países socialmente más avanzados, como es el caso de Holanda ofrecen desde hace tiempo protección a las personas transexuales, con

prestación sanitaria pública para el tratamiento clínico integral de reasignación de sexo desde el Hospital Académico de la Universidad Libre de Ámsterdam (Megens, 2003). La Clínica de Género de Ámsterdam se crea en 1974. Los resultados exitosos en la terapia de reasignación de sexo en la mayoría de las personas transexuales tratadas, junto con los avances sociales, dieron lugar en 1982 a la aprobación por parte de las autoridades sanitarias de la inclusión de este tratamiento dentro del seguro médico. Al frente de dicha clínica estuvo el endocrinólogo Louis Gooren, que además en 1988 se convirtió en el primer profesor que ocupó una cátedra de transexología. Tras su reciente jubilación y hasta la actualidad ocupa la dirección de dicha clínica la psicóloga Peggy Cohen-Kettenis. En los últimos años el equipo de género de Ámsterdam ha tratado a más de 2.200 transexuales.

Las reivindicaciones para que el sistema sanitario público se hiciese cargo de la atención a los Trastornos de Identidad de Género, no solo partieron del colectivo transexual, sino también de los propios profesionales. Así la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, editó en 2002 una “Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de Identidad de Género”. En 2003 reclamó la incorporación del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (ABC de 28/03/2004, página 51).

El Sistema Nacional de Salud en España no recogía el derecho de las personas transexuales al tratamiento de reasignación de sexo y la situación venía marcada por el Real Decreto 63/95 de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud en cuyo Anexo III disponía que “no es financiable con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos”. Posteriormente, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, abre la puerta a su inclusión, si todas las comunidades autónomas lo acuerdan así en

el Consejo Interterritorial, siguiendo el procedimiento que se estipula en este Real Decreto para incorporar nuevas prestaciones.

En el Estado Español ya teníamos un precedente de asistencia sanitaria pública a las personas transexuales. El Sistema Andaluz de Salud (SAS) dispone de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de Málaga, ubicada en el Complejo Hospitalario Carlos Haya. Esta unidad es pionera dentro del estado español y da cobertura a las personas transexuales desde octubre de 1999, más allá de las fronteras de su comunidad autónoma. (Bergero et al., 2001). Previamente en febrero de 1999, el Parlamento Andaluz había incluido la atención integral a las personas con trastornos de identidad de género dentro de las prestaciones del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

7.2. Contexto de trabajo: Unidad de Trastornos de la Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA)

La puesta en marcha de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.) tiene lugar en marzo de 2007 y ocurre en un contexto político y social de gran sensibilización llevado a cabo en las últimas décadas. Asturias siempre ha estado a la cabeza de las innovaciones y aperturas referidas al abordaje de los problemas de Salud Mental y como no podía ser menos y en esta misma línea de actuación en junio de 2006, la Consejería de Salud aprobó incluir el tratamiento integral multidisciplinar de los pacientes con Trastornos de Identidad de Género dentro del marco institucional del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). De tal modo, que no fue totalmente azaroso que el comienzo del funcionamiento de la UTIGPA coincidiese con la aprobación de la “Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas”, donde se reconoce el derecho de las personas transexuales a cambiar su sexo legal y que éste se corresponda con la identidad que reclaman como propia. Para llevar a cabo esta modificación deben cumplir unos requisitos, pero no es necesario que tengan realizada la cirugía genital. Esta ley evita, en gran medida, la exclusión social de las

personas transexuales, favoreciendo su integración social en todos los ámbitos de su vida y muy especialmente en el mundo laboral.

Requisitos para acordar la rectificación

<p>La rectificación registral de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite:</p>
<p>Que le ha sido diagnosticada disforia de género, mediante informe de médico o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España, y que deberá hacer referencia:</p>
<p>A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia.</p>
<p>A la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.</p>
<p>Que ha sido tratada al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado, y este requisito será acreditado mediante informe del médico colegiado responsable del tratamiento o en su defecto, de un médico forense especializado.</p>
<p>No será necesario para la concesión de la rectificación registral que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual.</p>

La Unidad es centro de referencia para toda la Comunidad Autónoma y depende funcionalmente del Hospital San Agustín de Avilés. Los profesionales que integramos este equipo interdisciplinar tenemos una dedicación en la UTIGPA a tiempo parcial ya que procedemos y desarrollamos nuestras funciones clínicas en los Centros de Salud Mental o en el Servicio de Endocrinología del Hospital San Agustín. El equipo está compuesto por dos Psicólogos Clínicos, un Endocrinólogo y una Enfermera. Funciona un día y

medio a la semana, dedicando un día a la asistencia directa y el medio día restante a reuniones de equipo para el establecimiento de sesiones clínicas y favorecer una adecuada transmisión de la información. Dentro de un enfoque decididamente interdisciplinar, se pretende que los usuarios sean tomados a cargo globalmente por el equipo evitando las intervenciones parceladas por especialidades: todos los miembros del equipo son conocedores de las circunstancias fundamentales para la asistencia de todos los usuarios.

El primer impulso formativo de los profesionales que componemos la UTIGPA se lo debemos precisamente a los integrantes de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Málaga. Durante varios días y de forma intensiva este equipo compartió con nosotros todo su saber y experiencia, nos permitieron entrar en sus consultas y nos aportaron toda una documentación que fue básica para la puesta en marcha de nuestra Unidad.

8. DIAGNÓSTICO DE TRANSEXUALISMO

8.1. Surgimiento del diagnóstico de transexualismo en las clasificaciones internacionales: CIE y DSM

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud viene siendo utilizada desde 1900, pero solo incluirá trastornos mentales a partir de su quinta revisión (1938), donde aparece por vez primera en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de muerte, una sección dedicada a las “Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos”. (Ver cuadro resumen 5: Surgimiento del diagnóstico).

La sexta revisión (Organización Mundial de la Salud, 1948) incorpora un capítulo específico, el capítulo V, que incluirá la clasificación de los trastornos mentales (CIE-6) titulada “Trastornos mentales, psiconeuróticos y de la personalidad”. Este capítulo constaba de 10 categorías de psicosis, 9 de psiconeurosis y 7 de trastornos del carácter, la conducta y la inteligencia. Dentro de esta última categoría están los trastornos de personalidad (320

Personalidad Patológica) que a su vez incluyen las desviaciones sexuales (320.6 Desviación sexual).

La CIE-7 (1955) apenas introdujo variaciones con respecto a la anterior edición.

<u>Clasificación CIE-6 y CIE-7 de los trastornos mentales</u>
Trastornos del carácter, la conducta y la inteligencia
320 Personalidad patológica.
320.0 Personalidad esquizoide. 320.1 Personalidad paranoide. 320.2 Personalidad ciclotímica. 320.3 Personalidad inadecuada. 320.4 Personalidad antisocial. 320.5 Personalidad asocial. 320.6 <u>Desviaciones sexuales</u> 320.7 Otras y las no especificadas.
321 Personalidad inmadura
322 Alcoholismo.
323 Otras dependencias de drogas.

La Organización Mundial de la Salud ha coordinado y aprobado en asambleas generales las posteriores revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades que fueron puestas en vigor en los años, 1955 (7ª), 1968 (8ª), 1978 (9ª) y en 1992, la décima revisión, actualmente en vigor (CIE-10).

En Estados Unidos el Servicio de Salud Pública organizó en 1951 un grupo de trabajo con representación de la Asociación Psiquiátrica Americana, para desarrollar una alternativa a la sección de los trastornos mentales de la CIE-6. El resultado de este documento será la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que fue publicado en 1952 (DSM-I). Las desviaciones sexuales, al igual que el alcoholismo y la

dependencia a drogas, estarían también incluidas en los trastornos de personalidad.

Clasificación del DSM-I

Trastornos de personalidad

-x Trastornos de origen psicógeno o sin causa tangible claramente definida o un cambio estructural. (Disorders of psychogenic origin or without clearly defined tangible cause or structural change).

<u>Clasificación del DSM-I</u>	
000-x40 Alteración de patrones de personalidad.	
000-x50 Alteración de rasgos de personalidad.	
000-x60 Alteraciones sociopáticas de la personalidad	
000-x61 Reacción antisocial.	
000-x62 Reacción disocial.	
000-x63 <u>Desviaciones sexuales:</u>	
	036 Homosexualidad.
	039 Misoginia
	057 Erotomanía
	060 Ofensas sexuales.
	061 Inmadurez sexual
	062 Perversión sexual.
	068 Ninfomanía
	082 Pánico homosexual agudo.
000-x64 Adicciones:	
	000-x641 Alcoholismo
	000-x642 Dependencia de drogas

En 1966, la Organización Mundial de la Salud aprobó la CIE-8 que pasó a ser efectiva en 1968 y donde las desviaciones sexuales (302) están al mismo nivel que las neurosis, los trastornos de personalidad, el alcoholismo o la dependencia a drogas. Las desviaciones sexuales incluían la homosexualidad

y el transvestismo y dentro de este mismo rango, la pedofilia o el fetichismo (parafilias).

<u>Clasificación CIE-8 de los Trastornos Mentales</u>	
300-309 Neurosis, trastornos de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos.	
300 Neurosis	
301 Trastornos de personalidad.	
302 Desviaciones sexuales:	
	302.0 Homosexualidad.
	302.1 Fetichismo.
	302.2 Pedofilia.
	302.3 Transvestismo.
	302.4 Exhibicionismo.
	302.5 Voyeurismo.
	302.6 Sadismo.
	302.7 Masoquismo.
	302.8 Otros.
	302.8 No especificado.
303 Alcoholismo	
304 Dependencia de drogas.	

La Asociación Psiquiátrica Americana en 1965 asignó a su Comité de nomenclatura y estadística la tarea de preparar un nuevo manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-II, 1968) basado en la clasificación de la CIE-8.

El DSM-II divide los trastornos en 10 categorías, la quinta “Trastornos de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos”, incluye cuatro apartados diferentes: trastornos de la personalidad, desviaciones sexuales, alcoholismo y dependencia de las drogas.

El DSM-II, tiene una definición introductoria de las desviaciones sexuales: "Esta categoría se reserva a los individuos cuyos intereses sexuales se dirigen primariamente hacia objetos sexuales distintos a las personas del sexo opuesto, hacia actos sexuales no asociados habitualmente al coito o hacia el coito llevado a cabo bajo circunstancias extravagantes, como puede ser el caso de la necrofilia, la pedofilia, el sadismo sexual y el fetichismo. Aunque para algunos tales prácticas no son placenteras, se ven incapaces de sustituirlas por una conducta sexual normal". Los trastornos individuales como la pedofilia, el fetichismo o la homosexualidad, no están definidos.

<u>Clasificación del DSM-II</u>	
V. Trastornos de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (301-304).	
301 Trastornos de personalidad.	
302 Desviaciones sexuales:	
	302.0 Trastornos en la orientación sexual.
	302.1 Fetichismo.
	302.2 Paidofilia.
	302.3 Transvestismo.
	302.4 Exhibicionismo.
	302.5 Voyerismo.
	302.6 Sadismo.
	302.7 Masoquismo.
	302.8 Otras desviaciones sexuales.
303 Alcoholismo.	
304 Dependencia de las drogas.	

Hasta estos momentos los trastornos de la orientación, los trastornos de la identidad y las parafilias estarían en el mismo saco y los casos de transexualismo, se contemplarían como desviaciones sexuales dentro los trastornos de orientación sexual o del transvestismo.

En el terreno de las clasificaciones diagnósticas, la aparición más relevante de la transexualidad se da en los Criterios Feighner (Feighner et al., 1972) convirtiéndose en base del DSM-III. Los Criterios Feighner fueron el primer documento elaborado por autores del movimiento neo-kraepeliano con propósitos de clasificación operativa de los 14 trastornos de mayor frecuencia clínica y fiabilidad estadística, pasando a ser un sistema taxonómico basado en definiciones precisas de las categorías diagnósticas más frecuentes.

Categorías diagnósticas mas frecuentes:

- Trastornos afectivos primarios: Depresión y Manía
- Trastornos afectivos secundarios
- Neurosis obsesivo compulsiva
- Neurosis fóbica
- Histeria
- Trastorno de personalidad antisocial
- Alcoholismo
- Dependencia de drogas (excluyendo el alcoholismo)
- Retraso mental
- Síndrome orgánico cerebral
- Homosexualidad
- Transexualismo
- Anorexia nerviosa
- Trastorno psiquiátrico no diagnosticado.

Los Criterios Feighner para la transexualidad fueron los siguientes:

Para recibir un diagnóstico “definitivo” de transexualidad, al menos cuatro de las cinco siguientes manifestaciones deben estar presentes, con al menos una de ellas antes de los doce años. Un diagnóstico “probable” de transexualidad es hecho cuando tres de las siguientes manifestaciones están presentes con al menos una de ellas antes de los doce años.

- A. Un deseo persistente de pertenecer al sexo opuesto, con un sentimiento de haber nacido en el sexo equivocado.
- B. Un fuerte deseo de parecerse físicamente al sexo opuesto por cualquier medio disponible, por ejemplo, manera de vestir, conducta, terapia hormonal y cirugía.
- C. Un fuerte deseo de ser aceptado por la comunidad como miembro del sexo opuesto.
- D. Un sentimiento negativo referido a los genitales externos del paciente (incluidos pechos) incluyendo intentos de mutilación y deseo de cirugía.
- E. Un sentimiento negativo hacia la actividad heterosexual y un sentimiento persistente de que la atracción física hacia miembros del mismo sexo no es una orientación sexual.

Los Criterios Feighner fueron modificados por Spitzer et al., (1975) en los Criterios de Investigación Diagnóstica (R.D.C.), catálogo que incluye la definición operativa de veinticinco trastornos clínicos; con respecto a los Criterios Feighner incluyeron criterios para otros trastornos, sin embargo, no contemplaron ningún apartado específico para la transexualidad, pudiéndose incluir en el apartado 23 ("Otros Trastornos Psiquiátricos").

Para hacer un diagnóstico de transexualidad en base a los R.D.C. deben cumplirse dos categorías de criterios A y B. Dentro de los criterios A es suficiente con cumplir uno de ellos y en este caso cumple el primero: " El cuadro clínico no sugiere ninguno de los diagnósticos específicamente relacionados con el R.D.C. pero si otro trastorno reconocible".

Con respecto a los criterios B, para que las alteraciones del humor, del pensamiento o de la conducta sean consideradas como "Otros trastornos psiquiátricos", deben hallarse también al menos, uno de los siguientes síntomas y con respecto a la transexualidad pueden cumplirse los tres.

1. Necesidad o búsqueda de ayuda y/o apoyo.
2. Toma de medicamentos.
3. Deterioro de las relaciones familiares, en el hogar, en la escuela, en el trabajo o socialmente.

En junio de 1974, la Asociación Psiquiátrica Americana designó a Robert L. Spitzer como presidente de una Comisión sobre nomenclatura y estadística para desarrollar un nuevo manual diagnóstico que habría de ser el DSM-III. La clasificación tendría que ser compatible, en la medida de lo posible con la CIE-9. Esta tercera edición publicada en 1980 no fue más que la extensión de los principios adoptados en los Criterios Feighner y RDC a un número mucho más amplio de entidades diagnósticas (Lemos, 1995).

El diagnóstico de Transexualismo aparece por primera vez en la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Sanitarios Relacionados en 1978 (CIE-9) y en la nomenclatura oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1980 (DSM-III).

Tradicionalmente los trastornos sexuales se han dividido en dos grupos, las parafilias y las disfunciones sexuales. El DSM-III añade un tercer grupo, los Trastornos de la Identidad Sexual. Todo ello dentro de la categoría de los Trastornos Psicosexuales.

Los Trastornos de la Identidad Sexual están caracterizados por los sentimientos de malestar o incomodidad de la persona hacia su sexo anatómico o por persistentes conductas asociadas al otro sexo.

El DSM-III tiene dos categorías específicas, con sus propias pautas diagnósticas: Transexualismo y Trastorno de la Identidad Sexual en la Infancia.

Para los trastornos que se dan en la edad adulta, el DSM-III incluye la especificación de la orientación sexual del individuo: asexual, cuando no ha tenido deseos sexuales intensos; homosexual, con predominio de excitación sexual hacia el mismo sexo; heterosexual, con predominio de excitación sexual hacia el sexo opuesto y la no especificada. La aplicación de estas diferencias no es tan sencilla en la práctica clínica ya que la orientación se está definiendo partiendo del sexo biológico y no del género con el que se identifica.

<u>Clasificación del DSM-III</u>
Trastornos Psicosexuales
Trastornos de la Identidad Sexual.
Se indica la historia sexual en el quinto dígito del código de transexualismo: 1= asexual; 2= homosexual; 3= heterosexual: 0= sin especificar.
<p>302.5x <u>Transexualismo</u></p> <p>302.60 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.</p> <p>302.85 Trastorno de identidad sexual atípico</p>
Parafilias:
<p>302.81 Fetichismo.</p> <p>302.30 Transvestismo.</p> <p>302.10 Zoofilia.</p> <p>302.20 Pedofilia.</p> <p>302.40 Exhibicionismo.</p> <p>302.82 Voyeurismo.</p> <p>302.83 Masoquismo sexual.</p> <p>302.84 Sadismo sexual.</p> <p>302.90 Parafilias atípicas.</p>
Disfunciones psicosexuales.
Otros Trastornos Psicosexuales (Homosexualidad egodistónica, por ejemplo).

En la CIE-9, al igual que en la DSM-III, todos los trastornos sexuales están agrupados conjuntamente, así mismo los divide en Transexualidad y Perturbaciones de la Identidad Psicosexual (Trastorno de la Identidad Sexual en la Infancia en el DSM-III). El transexualismo también estaría al mismo nivel que las parafilias y las disfunciones sexuales.

En la CIE-9, el Transexualismo se ubica en la sección correspondiente a “Desviaciones y Trastornos Sexuales”, dentro de los Trastornos Neuróticos, Trastornos de la Personalidad y Otros Trastornos Mentales no Psicóticos.

El Transexualismo estaría definido como “desviación sexual centrada en la creencia fija de que los caracteres sexuales externos no son los que corresponden a la persona. La conducta resultante se dirige ya sea hacia el cambio de los órganos sexuales por medio de operación quirúrgica o hacia el ocultamiento completo del sexo aparente adoptando el vestido y los modales del sexo opuesto”. Excluye el Transvestismo “desviación sexual en que se obtiene placer sexual usando vestidos del sexo opuesto”. Describe lo que en las clasificaciones actuales sería el transvestismo fetichista que se incluiría dentro de las parafilias y no dentro de los trastornos de identidad de género, donde si se recogería el transvestismo no fetichista.

<u>Clasificación CIE-9 de los Trastornos Mentales</u>
300-316 Trastornos Neuróticos, Trastornos de la Personalidad y Otros Trastornos Mentales no Psicóticos.
300 Trastornos neuróticos.
301 Trastornos de Personalidad.
302 Desviaciones y trastornos sexuales.
302.0 Homosexualidad egodistónica.
302.1 Bestialismo.
302.2 Pedofilia.
302.3 Travestismo.
302.4 Exhibicionismo.

302.5 Transexualismo.

302.6 Trastornos de la identidad psicosexual.

302.7 Frigidez e Impotencia.

302.8 Otros.

302.9 Sin especificar.

Para una mejor comprensión y visualización de cómo el transexualismo aparece en las clasificaciones diagnósticas, hemos realizado el siguiente cronograma:

Cuadro 5: Surgimiento del diagnóstico de transexualismo

CIE-6	1948	Introducen el Capítulo V dedicado a los trastornos mentales. Las desviaciones sexuales se incluyen en los trastornos de personalidad y los casos de transexualismo se contemplarían en este apartado.
CIE-7	1955	Sin variaciones respecto a la CIE-6.
DSM-I	1952	Las desviaciones sexuales también están dentro de los trastornos de la personalidad y coloca la homosexualidad al mismo nivel que las perversiones sexuales.
CIE-8	1966	Aparece el diagnóstico de transvestismo que junto al de homosexualidad continúan dentro de las desviaciones sexuales, y al mismo nivel que las parafilias.
DSM-II	1968	Los casos de transexualismo continúan contemplándose como desviaciones sexuales dentro de los trastornos de orientación sexual o del transvestismo.
CRITERIOS FEIGNER	1972	Por primera vez en una clasificación, el diagnóstico de transexualismo debuta como una de las 14 categorías diagnósticas de mayor incidencia clínica.
RDC	1975	No mencionan explícitamente al transexualismo, pudiéndose incluir en la categoría de "Otros trastornos psiquiátricos".
CIE-9	1978	El diagnóstico de transexualismo aparece por primera vez en una clasificación internacional. Estaría ubicado al mismo nivel que las parafilias y las disfunciones sexuales y todo ello dentro de las Desviaciones y Trastornos sexuales.
DSM-III	1980	Aparece el diagnóstico de transexualismo en la nomenclatura oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana. Añade un nuevo apartado, el de los Trastornos de la Identidad Sexual, donde se incluye el transexualismo y los trastornos de la identidad sexual en la infancia.

8.2. Evolución del diagnóstico de transexualismo en las clasificaciones internacionales: CIE y DSM

Desde la inclusión del diagnóstico de transexualismo y a lo largo de las siguientes revisiones se han ido realizando pequeños cambios en su ubicación, sin haber conseguido alejarlo lo suficiente de las disfunciones sexuales y de las parafilias. (Ver cuadro resumen 6).

El DSM-III-R, el DSM-IV y el DSM-IV-TR en sus versiones inglesas sustituyen el término identidad sexual por el de identidad de género. Así mismo, la CIE-9 que hasta el 2007 utiliza la terminología de trastornos y desviaciones sexuales, cambia la terminología en su versión inglesa a partir de las modificaciones efectuadas en el 2008 (Sexual and gender identity disorders) y también en la última y actualmente en vigor CIE-10. Sin embargo, las versiones españolas de todas esas clasificaciones, continúan manteniendo el término de identidad sexual (no de género).

El DSM-III fue revisado en 1987 (DSM-III-R) e introduce algunas novedades. Distingue los Trastornos de la Identidad de Género, de los Trastornos Sexuales. Hay un intento de alejar los Trastornos de la Identidad de Género de las parafilias y de las disfunciones sexuales.

Ante la problemática de donde colocar los Trastornos de la Identidad de Género el DSM-III-R opta por incluirlos en la sección correspondiente a los Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia. La inclusión en este apartado no está exenta de críticas ya que muchos de los Trastornos de Identidad de Género comienzan en la infancia, pero no todos.

Con respecto al DSM-III, añade el Trastorno de la Identidad de Género en la Adolescencia o en la vida Adulta, no transexual (TISAANT) que se aplica a las personas con disforia de género leve o fluctuante, como por ejemplo el transvestismo no fetichista. Por lo tanto el DSM-III-R, incluye cuatro categorías

diagnósticas dentro de los Trastornos de la Identidad de Género que se caracterizan por la aparición de malestar intenso y persistente acerca del propio sexo, estableciéndose diferencias en función de si aparece el trastorno en la infancia o en la edad adulta y si está o no presente el transexualismo.

<u>Clasificación del DSM-III-R</u>
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
Trastornos de la Identidad de Género.
302.50. Transexualismo. 302.60. Trastorno de la Identidad Sexual en la niñez. 302.85. Trastorno de la Identidad Sexual en la adolescencia o en la vida Adulta de tipo no transexual (TISAANT). 302.85. Trastorno de la Identidad Sexual no especificado.
Trastornos Sexuales.
Parafilias.
302.40. Exhibicionismo. 302.81. Fetichismo. 302.89. Frotteurismo. 302.20. Pedofilia. 302.83. Masoquismo. 302.84. Sadismo. 302.30. Fetichismo transvestista. 302.82. Voyeurismo. 302.90. Parafilia no especificada.
Disfunciones sexuales.

Los criterios para el diagnóstico de transexualismo serían:

A. Malestar persistente y sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo anatómico.

B. Preocupación persistente de por lo menos dos años de duración sobre cómo deshacerse de las características sexuales primarias y secundarias y de cómo adquirir las características sexuales del otro sexo.

C. La persona ha alcanzado la pubertad.

Además, como en el DSM-III, se debe especificar la historia de la orientación sexual: asexual, homosexual, heterosexual, o la no especificada.

El diagnóstico no ha de hacerse en aquellos casos en los que el sujeto presenta esquizofrenia con ideas delirantes de pertenecer al otro sexo o en los que se da el hermafroditismo (individuos que tienen simultáneamente gónadas ováricas y testiculares).

En 1992 entra en vigor la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

<u>Clasificación CIE-10 de los Trastornos Mentales</u>
F60-F69 Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento Adulto.
F64 Trastornos de la Identidad de Género (Gender identity disorders.)
<p>F64.0 <u>Transexualismo.</u></p> <p>F64.1 Transvestismo no fetichista (Dual-role transvestism).</p> <p>F64.2 Trastorno de Identidad de Género en la Infancia.</p> <p>F64.8 Otros Trastornos de la Identidad de Género.</p> <p>F64.9 Trastorno de la Identidad de Género sin especificación. (Gender identity disorder. Incluye: Gender-role disorder NOS (Trastorno del papel sexual sin especificación)).</p>
F65 Trastornos de la inclinación sexual.
<p>F65.0 Fetichismo.</p> <p>F65.1 Transvestismo fetichista.</p> <p>F65.2 Exhibicionismo.</p> <p>F65.3 Voyeurismo.</p>

F65.4 Paidofilia.
 F65.5 Sadomasoquismo.
 F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.
 Etc.

A diferencia de la CIE-9, los Trastornos de la Identidad de Género son un grupo independiente de los Trastornos de la Inclinación Sexual y de las Disfunciones Sexuales. Estos tres apartados a su vez están incluidos en los Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69). Dentro de los Trastornos de la Identidad de Género considera tres categorías diagnósticas diferentes, el Transexualismo, el Transvestismo no fetichista y el Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia.

Criterios de la CIE- 10 para el diagnóstico de Transexualismo

A	Deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido.
B	La presencia de identidad transexual persistente durante al menos dos años.
C	La necesidad de descartar que se trate de un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, ni secundario a una anomalía cromosómica.

En 1994 la cuarta edición del Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) introduce cambios importantes. Mientras que la CIE-10 mantiene el término Transexualismo y define tres trastornos diferentes: Trastorno de la Identidad de Género de la Infancia, Transvestismo de rol doble y Transexualismo dentro de los trastornos de la identidad de género, el DSM-IV, reemplaza el nombre de Transexualismo por el de Trastorno de la Identidad de Género (F64.x) y recoge en esta única categoría, los tres trastornos diferentes de la CIE-10.

Debido a lo controvertido del DSM-III-R de incluir los trastornos de la identidad de género entre los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, el DSM-IV vuelve a agrupar estos trastornos con las parafilias y las disfunciones sexuales en una única categoría que pasa a denominarse “Trastornos Sexuales y de la Identidad de Género”.

<u>Clasificación del DSM-IV</u>
<u>Trastornos sexuales y de la identidad de género (Sexual and Gender Identity Disorders)</u>
302.7 Trastornos Sexuales
302.8 Parafilias.
302.xx Trastornos de la identidad de género (Gender identity disorders).

En cuanto a las categorías diagnósticas consideradas dentro de los Trastornos de la Identidad de Género, el DSM-IV elimina la diferenciación en función de la presencia o no de transexualismo, manteniendo únicamente una diferenciación en función de la edad del individuo:

(302.6) Trastorno de la identidad de género en niños.

(302.85) Trastorno de la identidad de género en adolescentes o adultos.

Para las personas que no cumplen todos los criterios diagnósticos se incluye el apartado de Trastorno de la Identidad Género no especificado (302.6) En esta categoría se incluyen las personas que solo deseaban la castración y una penectomía sin deseo de adquirir caracteres sexuales del otro sexo, aquellas con una enfermedad intersexual y disforia sexual acompañante o el transvestismo no fetichista. Este último trastorno en la C.I.E-10 tiene entidad propia, mientras que en el DSM-IV está dentro de los no especificados.

Al igual que la CIE-10, introduce entre sus criterios diagnósticos que la alteración no debe coexistir con una enfermedad intersexual. En lo referente a la orientación sexual, el DSM-IV introduce otra importante modificación con

respecto al DSM-III y DSM-III-R. Las personas transexuales no se consideran homosexuales cuando se sienten atraídas por personas del mismo sexo biológico, sino todo lo contrario, partiendo del género con el que se identifican, se autodefinen como heterosexuales. El DSM-IV evita los rótulos usuales y hace alusión a la orientación de la persona con trastorno de identidad de género atendiendo al sexo de la persona por la que se sienten atraídos. Consideran cuatro opciones para los individuos sexualmente maduros y añaden el subtipo bisexual:

Con atracción sexual por los hombres.

Con atracción sexual por las mujeres.

Con atracción sexual por ambos sexos.

Sin atracción sexual por ninguno.

En nuestra experiencia hemos observado cómo podemos herir sensibilidades a la hora de hacer alusión a las anteriores clasificaciones. La persona transexual, por lo general, tiene muy clara la diferencia entre orientación sexual e identidad de género. Suelen definir su orientación desde el género sentido y desde ahí, el considerarlos como homosexuales les puede resultar hasta ofensivo. La mayoría de las transexuales femeninas manifiestan atracción por hombres heterosexuales, y del mismo modo, la mayoría de los transexuales masculinos se sienten atraídos por mujeres heterosexuales (Bergero et al., 2001; Gómez Gil et al., 2003; Tsoi, 1993).

Y para finalizar con el DSM-IV, observamos que mientras la CIE-10 establece como pauta para el diagnóstico que la identidad transexual no debe ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, el DSM-IV no lo introduce en los criterios diagnósticos sino que lo desarrolla en el diagnóstico diferencial. Establece que en la esquizofrenia rara vez hay ideas delirantes de pertenecer al otro sexo, y que la insistencia por parte del individuo de ser del otro sexo no debe ser considerada delirante, ya que lo que realmente se valora es el sentirse del otro sexo y no la creencia de pertenecer a él. En casos muy raros coexisten la esquizofrenia y el trastorno de la identidad de género.

La última edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2000), aunque continúa utilizando el término de Trastorno de Identidad de Género, comienza a reemplazarlo por el de Disforia de Género. Este término es el que Money recomienda en 1994 con el fin de reconquistar el campo para la psicología y la psiquiatría. Según el DSM-IV-TR los trastornos de la identidad de género se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo. La identidad de género hace referencia a la percepción que tiene un individuo de si mismo como hombre o mujer. El término disforia de género denota sentimientos intensos y persistentes de malestar con el sexo asignado, así como el deseo de poseer el cuerpo del otro sexo y de ser considerado por los demás como un miembro del otro sexo.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de la Identidad de Género según el DSM-IV-TR

A	<i>Identificación acusada y persistente con el otro sexo.</i>
	En los <i>niños</i> el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:
	deseos repetidos de ser o insistencia en que uno es del otro sexo.
	en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina.
	preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
	deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo.
	preferencia marcada por compañeros del otro sexo.
	En los <i>adolescentes</i> y <i>adultos</i> la alteración se manifiesta por síntomas como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.
B	<i>Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.</i>
	En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos;

	<p>en los <i>niños</i>, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños,</p>
	<p>en las <i>niñas</i>, rechazo a orinar en posición sentada, sentimiento de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.</p>
	<p>En los <i>adolescentes</i> y los <i>adultos</i> la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.</p>
C	<i>La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.</i>
D	<i>La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</i>

Cuadro 6: Evolución del diagnóstico de transexualismo

DSM-III-R	1987	<p>Distingue los Trastornos de la Identidad de Género (TIG) de los Trastornos Sexuales. Incluye los TIG en la sección correspondiente a los Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia.</p> <p>Añade el Trastorno de la Identidad de Género en la Adolescencia o en la vida Adulta, no transexual (TISAANT).</p> <p>El diagnóstico no ha de hacerse en aquellos casos en los que el sujeto presenta esquizofrenia con ideas delirantes de pertenecer al otro sexo o en los que se da hermafroditismo.</p>
CIE-10	1992	<p>Los Trastornos de la Identidad de Género son un grupo independiente de los Trastornos de la Inclinación Sexual y de las Disfunciones Sexuales.</p> <p>Dentro de los Trastornos de la Identidad de Género considera: el transexualismo, el transvestismo no fetichista y el Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia.</p> <p>El diagnóstico no debe hacerse si es un síntoma de otro trastorno mental como esquizofrenia o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales.</p>
DSM-IV	1994	<p>Reemplaza el término Transexualismo por el Trastorno de la Identidad de Género (TIG).</p> <p>Vuelve a agrupar los TIG con las parafilias y las disfunciones sexuales dentro de la categoría "Trastornos Sexuales y de la Identidad de Género".</p>

	<p>Incluye el apartado de Trastorno de la Identidad de Género no especificado para las personas que no cumplen todos los criterios (por ejemplo el transvestismo no fetichista).</p> <p>Hace alusión a la orientación de la persona con TIG atendiendo al sexo de la persona por la que se siente atraído.</p> <p>No introduce en los criterios diagnósticos que la identidad transexual no debe ser síntoma de otro trastorno mental como esquizofrenia.</p> <p>Este tema lo desarrolla en el diagnóstico diferencial.</p>
--	---

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) presentó el 10 de febrero de 2010 el borrador de la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) que será discutida por sus miembros y publicada en su versión final en 2013. En esta nueva versión proponen una modificación terminológica con respecto al DSM en vigor, se cambia el concepto de “Trastorno de la Identidad de Género” por el de “Incongruencia de Género” (“Gender Incongruence”). Este primer borrador no cumple las expectativas de las distintas asociaciones internacionales (LGTB) y grupos de personas transexuales que albergaban la esperanza de que la transexualidad desapareciera de las clasificaciones diagnósticas al igual que en su momento sucedió en los años 70 con la homosexualidad.

8.3. Dificultades del diagnóstico de transexualismo desde la práctica clínica

Las dificultades sobre el proceso diagnóstico que a continuación vamos a desarrollar, son el resultado realizado desde la práctica y sobre todo desde la reflexión sobre esa práctica. Algunas de las dificultades van a hacer referencia al propio acto de diagnosticar mientras que otras son inherentes al propio diagnóstico nosológico.

Limitaciones del modelo médico de diagnóstico

Una de las principales finalidades de las clasificaciones es facilitar la recogida de información que permita diagnosticar a los pacientes. El diagnóstico según el modelo de intervención de la medicina, es un paso necesario y previo al diseño de la intervención terapéutica. Una clasificación

debe cumplir unos requisitos básicos que requiere el diagnóstico de un trastorno o enfermedad mental: “La pertenencia a una clase en una nosología debería, siguiendo las concepciones biologicistas, como mínimo, darnos información en relación con la etiología, la terapéutica o el pronóstico de una enfermedad” (Guimón, 1988, p. 3). Es evidente que las descripciones del diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género no nos proporcionan ninguna de estas informaciones. Esta extrapolación del modelo médico de enfermedad a las alteraciones psíquicas, ha sido cuestionada por numerosos autores que plantean las dificultades y limitaciones de la aplicabilidad de este modelo a la conducta (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010). El reduccionismo de la causalidad lineal tiene que dar paso a la complejidad interactiva de los factores biológicos y socio-ambientales.

Si no se detecta no se puede tratar

Debido a la trayectoria asistencial dentro de los Servicios de Salud Mental y a la larga experiencia en Trastornos Mentales se suponía que los psicólogos del equipo poseíamos cierta competencia para el diagnóstico de los Trastornos Emocionales y Mentales. Sin embargo, también era bien cierto que el conocimiento y la formación, sobre el tema en cuestión, Trastornos de Identidad de Género, era bastante desconocido y no habíamos profundizado más allá del simple diagnóstico psiquiátrico.

Tras esta toma de conciencia empezamos a reflexionar sobre algo muy importante. A lo largo de nuestra trayectoria profesional apenas habíamos visto personas que presentasen alguna forma de Disforia de Género, posiblemente el motivo no fuese que no hubieran estado en consulta, sino simplemente que no las habíamos detectado al no estar presente en nuestros esquemas cognitivos. Posteriormente, esto fue confirmado cuando al realizar las primeras evaluaciones de las personas que habían tenido contactos previos con los servicios de salud mental, manifestaban su insatisfacción con el especialista no solo por la falta de formación y compromiso profesional, sino también por la frivolidad con que en ocasiones se trataba su problema. En otros casos, y partiendo del contexto básicamente psiquiátrico en que nos movemos, existe la

tendencia a psicopatologizar todas las conductas de la persona transexual haciendo una negación del problema de fondo. El hacer uso de la propia identidad es un derecho humano fundamental. Negarlo, no aceptarlo o rechazarlo trae como consecuencia graves problemas psicológicos.

Uno de los casos más conmovedores de nuestra casuística es el de un adolescente, nacido biológicamente mujer, que previamente a la derivación a nuestro servicio y en los dos últimos años, había protagonizado un intenso y variado recorrido asistencial. La toma a cargo estaba caracterizada por intervenciones de urgencia ante graves intentos autolíticos que provocaban ingresos en la unidad de agudos. A la mala evolución, se añadían las valoraciones en clínicas de reconocido prestigio donde los distintos diagnósticos se acumulaban y trataban farmacológicamente haciendo caso omiso a su Trastorno de Identidad de Género. La escucha activa y sobre todo la aceptación de su transexualidad, por parte no solo de su entorno más próximo, sino también del asistencial, empezó a favorecer la salida de ese laberinto existencial.

Desde la experiencia entendemos que el diagnóstico de transexualismo va más allá de las simples clasificaciones diagnósticas. Estamos atrapados en un pensamiento dicotómico al que le hemos otorgado la categoría de “normalidad” y/o “naturalidad”: solo hay dos sexos, varones y mujeres biológicas y cada uno de ellos con unas características morfológicas y psicológicas específicas. El conocimiento y la formación de esta doble realidad, sexo y género, qué es y cómo se construye la identidad de género o la forma de entender los constructos de masculinidad y feminidad van a ser fundamentales para detectar los Trastornos de Identidad de Género.

Es una enfermedad mental pero no se trata como tal

Las diferentes disciplinas que se ocupan de la transexualidad (la psicología, la medicina, la psiquiatría y la sexología) consideran, de forma mayoritaria, que la transexualidad es una enfermedad mental. Ya Harry

Benjamin en 1966 la definió como entidad patológica, y como trastorno mental se sigue clasificando en la actualidad. Desde esta perspectiva cabe hacerse el siguiente cuestionamiento “se diagnostica como enfermedad mental pero no se trata como tal”. Cuando una persona declara su transexualidad, no tratamos de persuadirle con métodos psicoterapéuticos o farmacológicos para que adecue el género sentido al sexo biológico. Estos tratamientos son ineficaces cuando tratan de invertir la identificación con el género opuesto (Cohen-Kettenis y Gooren, 1999), es decir, igual de ineficaz que si los aplicamos a la población general para modificar la propia identidad de género. Por el contrario, tratamos de confirmar que este sentimiento es inalterable y persistente en el tiempo con el objeto de garantizar el tratamiento de reasignación de sexo. Nos encontramos con esta incongruencia, es una enfermedad mental que se “cura” con hormoterapia y/o cirugía.

A pesar de todo, debemos reconocer que el hecho de estar incluida la transexualidad en las clasificaciones diagnósticas legitima el derecho a la asistencia sanitaria e impulsa y promueve la investigación. Sin embargo, no son pocos los que desde posturas menos conservadoras y atendiendo a los grandes avances sociales, defienden la desaparición (la exclusión) de esta entidad como trastorno, al igual que sucedió en su momento con la homosexualidad. La patologización que socialmente se hace de la transexualidad es una fuente de malestar y sufrimiento para las personas transexuales.

Deslizamiento del contexto terapéutico al judicial

Un buen número de nuestros primeros casos tenían un perfil específico. Ante la escasez de recursos asistenciales que tratasen sus demandas, habían optado por la autohormonación y por la realización de intervenciones quirúrgicas y estéticas (feminizantes o masculinizantes), que no siempre ofrecían la necesaria calidad asistencial, poniendo en peligro su salud física y mental. Estas personas ya “experimentadas”, fueron las primeras que empezaron a cuestionar el papel que teníamos asignado (en la jurisprudencia y en la literatura médica) de “jueces” que dan el salvoconducto para la

intervención quirúrgica. Desde una postura “privilegiada” nos decían lo que necesitábamos oír para considerarlos “verdaderos” transexuales. Reconstruían su historia de vida y además avalaban su diagnóstico a través de una experiencia de la vida real confirmada. Sentían que estábamos cuestionando el derecho a decidir sobre su vida y que nadie mejor que ellos sabían lo que sentían. Desde este deslizamiento del contexto terapéutico al judicial en que estábamos posicionados empezamos a preguntarnos: ¿Con qué pruebas objetivas contamos para decidir quién es el auténtico transexual?

¿Qué definiría al verdadero transexual?

Los criterios restrictivos de Stoller (1975) que definen quién es el verdadero transexual (ser afeminado, no haber pasado por etapas de masculinidad ni haberse considerado hombre, haber expresado la feminidad desde etapas tempranas, no dar valor al pene, no haber estado casado y no tener delirios) eliminaría a muchos de los que hoy día consideramos transexuales. No disponemos de pruebas objetivas, que con certeza, nos declaren quién es verdaderamente transexual. La construcción del diagnóstico de transexualidad se va nutriendo de su historia de vida, del deseo o la necesidad de demandas de reasignación de sexo, de la experiencia de vida real, etc. Todas ellas, por separado, no nos confirmarían el diagnóstico. No todas las personas transexuales hacen demanda de cirugía genital, ni todas (por diversos motivos) llevan a cabo una experiencia de la vida real completa, y no por ello dejan de ser transexuales.

Mayoritariamente las demandas de las personas transexuales hacen referencia a su deseo de adecuar el género sentido a los estereotipos de masculinidad y feminidad vigentes en la sociedad. Se sienten (hombre o mujer), pero no se ven como tal, necesitan verse para sentirse y que los demás también los vean. Todo su esfuerzo va a ir orientado a que los demás los vean como ellos se sienten. ¿Cómo medir el sentimiento de género? Primero tendríamos que definir qué es eso de sentirse mujer u hombre. Si yo me pregunto qué soy y por qué sé que soy mujer, no sabría contestar y para dar una respuesta me iría a argumentos que tienen que ver con los roles

tradicionales o con lo puramente biológico (tener pechos por ejemplo). No hay duda de que identidad de género y rol de género están conectados y como expresa Money (1994) son las dos caras de una misma moneda “identidad de género es la experiencia privada del rol de género, y el rol de género es la manifestación pública de la identidad de género”. Las escalas de masculinidad y feminidad, no miden sentimiento de género sino roles de género, pueden ser más o menos útiles para valorar qué grado de adecuación social tiene una persona respecto a los estereotipos de masculinidad y feminidad, pero resultan poco efectivas con respecto a la valoración de su sentimiento de género, es decir, a su transexualidad.

Diagnóstico diferencial: Transexualismo/Transvestismo

La utilización de las dos clasificaciones diagnósticas internacionales, actualmente en vigor (DSM-IV-TR y CIE-10), nos proporciona instrumentos necesarios e imprescindibles pero no suficientes para llevar a cabo esta compleja tarea. Sería muy simplista y reduccionista pensar que dentro de estos criterios está incluido todo el abanico de posibilidades. Realizar, en algunos casos, el diagnóstico diferencial con respecto a otros Trastornos de Identidad de Género (no transexuales) o incluso con algunas parafilias no nos ha resultado ni fácil ni lo hemos tenido tan claro. Ejemplo de ello son algunos de los casos de transexuales secundarios (Levine y Lothstein, 1981; Stoller, 1980) cuya identificación con el sexo opuesto se manifiesta de forma más gradual y al inicio o en etapas intermedias de la vida adulta y cuya orientación es homosexual respecto al sexo con el que se identifican. Describen desde la infancia o adolescencia conductas transvestistas con excitación sexual que justificarían su exclusión del diagnóstico de transexualismo. Estas conductas sexuales con el tiempo pueden perder o modificar su efecto excitante acercándose más a las conductas transvestistas y haciéndonos dudar o pensar en una evolución hacia un transexualismo (Bancroft, 1974). La toma de esta decisión, cuando además no presenta ambivalencia ante la cirugía de reasignación de sexo, nos resultó difícil y controvertida por las evidencias de remisión espontánea (Bergero et al., 2001) y el aumento del riesgo de arrepentimiento tras la cirugía.

Disforia de Género y deseo de reasignación de sexo

El término “Disforia de Género”, concepto más amplio que el de transexualismo, introducido por Fisk (1974) y posteriormente utilizado en el DSM-IV-TR (2002), abre la posibilidad de que otros Trastornos de Identidad de Género que no cumplan criterios de transexualidad puedan manifestar distintos grados de disforia de género; además también podría darse el caso contrario, que una persona transexual no presentase disforia de género, es decir que ese malestar entre género sentido y el sexo biológico hubiese encontrado alguna forma adaptativa de existir en el mundo, entonces ¿dejaría por ello de ser transexual?. Sin disforia también podría hacerse innecesaria la cirugía de reasignación de sexo, y el “deseo” de parecerse al sexo opuesto mediante intervenciones endocrinológicas y quirúrgicas ha sido desde los comienzos un criterio diagnóstico. Lo que sí es bien cierto, hoy por hoy, en este contexto social, es que muchas personas transexuales hacen demanda no solo de tratamiento hormonal sino también de cirugía. Esta demanda, más que un “deseo” es una necesidad porque “sienten” pero no se “ven” y necesitan verse para sentirse y que los demás también los vean.

Confusión identitaria: ¿Qué soy?

La formación de la identidad de género es un proceso complejo. No todas las personas llegan a la U.T.I.G.P.A. con una identidad de género bien definida. El proceso de diagnóstico, en estos casos, va paralelo a un acompañamiento psicoterapéutico a través del cual va definiendo su propia identidad. Estos casos los hemos visto sobre todo en las personas más jóvenes que entran en contradicción al confrontar lo que sienten y lo que la sociedad espera de ellos. Dudas y ambivalencia los invaden haciéndoles cuestionar su propia autopercepción.

Casos extremos son aquellos donde la sociedad, con sus roles normativos y sus expectativas ha ejercido toda su influencia sobre la persona haciéndola entrar en una gran confusión identitaria.

El caso siguiente cuestiona el principio básico de nuestra sociedad que reconoce dos identidades de género. Esta persona resume de la siguiente manera su confusión: “Me convertí en transexual y a lo largo del tiempo me di cuenta que eso no era lo que quería”.

Nacido biológicamente varón empieza a autohormonarse en la infancia. Hasta la actualidad ha realizado periodos largos (de años) de hormonación. Vivió como mujer durante años.

La demanda que realiza a la U.T.I.G.P.A. es de hormonas masculinas para sentirse mejor y reparar lo que llama los “errores del pasado”: “Estoy a la mitad, quiero ser hombre, quiero ser yo mismo”.

A lo largo de la evaluación hace explícita la gran confusión respecto a su identidad. En estos momentos de su ciclo vital dice no saber lo que es: “no me veo ni una cosa ni otra”, “quiero verme diferente y sentirme como los demás”, “estoy contento con los dos, hombre y mujer, pero no me siento ni hombre ni mujer”, “cuando me miro al espejo no me veo bien, no me veo ni una cosa ni otra”. “Nunca me escuché a mi mismo, ¿qué soy?”.

9. TRATAMIENTO DE LA TRANSEXUALIDAD: EL PROCESO TRANSEXUALIZADOR

9.1. La “cura” de la transexualidad

La transexualidad, hasta la fecha, es considerada por las distintas disciplinas que la abordan, la medicina, la psicología, la psiquiatría o la sexología, como una enfermedad mental y es la forma de presentación más grave de los Trastornos de Identidad de Género (Chiland, 1999). Este rótulo queda legitimado por su inclusión en las clasificaciones diagnósticas como trastorno mental. Sin embargo, es el único trastorno mental donde el objetivo

terapéutico, no es mejorar o eliminar los síntomas, sino facilitarlos a través del tratamiento hormonal y quirúrgico.

Desde hace varias décadas los investigadores ponen de manifiesto el fracaso de los tratamientos llevados a cabo desde las distintas especialidades para reconciliar a la persona transexual con su sexo biológico. La terapia de aversión, las medicaciones psicoactivas, la terapia electroconvulsiva, los tratamientos hormonales en el sexo anatómico de nacimiento y la psicoterapia, son en la actualidad considerados como inefectivos para las personas con una significativa y persistente disforia de género (Hurtado Murillo et al. 2005/2006).

Los tratamientos psicológicos orientados a “curar” la transexualidad han sido un rotundo fracaso. En 1972, la American Medical Association Committee of Human Sexuality hizo pública la opinión médica dominante de que la psicoterapia es inefectiva para las personas transexuales y que, además, la terapia de reasignación de sexo era más útil.

Se constata que actualmente la mayoría de los especialistas desestiman la psicoterapia o el intento de ajustar la mente al cuerpo. Respecto a la necesidad de una intervención terapéutica en personas transexuales, Cohen-Kettenis y Gooren (1999) son muy claros: “la intervención terapéutica es necesaria en presencia de psicopatología, menos importante en su ausencia y absolutamente ineficaz en tratar de invertir la identificación con el género opuesto”. En esta misma línea, Hottois (2001), define el transexualismo como síndrome que se resiste a todo tratamiento psicoterapéutico y sostiene, que la intervención médica es la única terapia posible para restablecer la armonía entre cuerpo y espíritu.

Llegado a este punto se pone de manifiesto que es considerada una enfermedad mental pero que no se trata como tal. Los estudios de seguimiento de personas transexuales ponen de manifiesto la satisfacción y la buena adaptación social postquirúrgica (Blanchard, Steiner, Clemmensen y Dickey, 1989), mejorando por consiguiente su calidad de vida. Eric Gordon (1991)

argumenta a favor del tratamiento de reasignación de sexo porque satisface una necesidad psicológica de algunas personas y funciona con buenos resultados. Además, se reconoce la importancia de aplicar, previamente al tratamiento hormonal y/o quirúrgico irreversible, un tratamiento psicoterapéutico no con la intención de curar el Trastorno de Identidad de Género, sino ayudar a la persona a sentirse mejor dentro de su nueva identidad de género y a enfrentarse de forma eficaz a otros problemas de la vida diaria (Michel, Mormont y Legros, 2001; Rehman, Lazer, Benet, Schaefer y Melman, 1999; Voght, 1968; Walinder et al., 1978; Walinder y Thuwe, 1975). Louis Gooren plantea que la psicoterapia puede ayudar a la persona transexual en el aprendizaje de los mecanismos psicológicos que le permitan enfrentar sus dificultades, pero no para resolver esencialmente la insatisfacción entre su cuerpo y su identidad de género (Gooren, 2003).

Los avances en cirugía y endocrinología y el aval de los estudios que sostienen que la terapia hormonal y quirúrgica es la manera más eficaz de calmar la extrema incomodidad psicológica que sufren las personas transexuales, posibilitan que ya Robert Stoller elaborase un protocolo para la reasignación sexual donde establecía como paso obligado y previo el diagnóstico de “verdadero transexual”.

En la actualidad, los protocolos de tratamiento médico, internacionalmente aceptados para atender a estas personas incluyen la cirugía de reasignación sexual, siempre y cuando el paciente cumpla con determinados criterios de elegibilidad y disposición. El protocolo del proceso transexualizador que tiene más aceptación general entre los distintos equipos de tratamiento está basado en los estándares propuestos desde la década de los 80 por la Asociación Internacional de Disforia de Género “Harry Benjamin”, que recomienda la terapia triádica (psicológica, hormonal y quirúrgica), marcando criterios específicos de elegibilidad y adicionales de disposición de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 1998; 2001).

La terapia hormonal y quirúrgica es, hoy por hoy, la manera más eficaz de abordar el malestar psicológico de las personas transexuales, sin embargo esperamos que en un futuro encuentren una manera satisfactoria de manifestarse donde el dimorfismo sexual, hombre y mujer, con sus correlatos de masculinidad y feminidad, no sean las únicas formas de estar en el mundo. Somos partícipes de las declaraciones realizadas por la escritora Caroline Heilbrun (1973) en la introducción de su libro "Towards a recognition of androgyny":

"Creo que la salvación para todos nosotros puede venir únicamente de un movimiento que reniegue de la polarización sexual, que sepa liberarse de las cadenas del género masculino y femenino, y se dirija hacia un mundo donde los roles individuales sean elegibles libremente".

Simultáneamente al establecimiento y consolidación del derecho a la asistencia sanitaria del colectivo transexual, surgen los movimientos en contra de los tratamientos de reasignación de sexo. La teoría feminista Queer denuncia la carnicería quirúrgica que impone la dicotomía sexual o de género (Butler, 1990, 1999; Chase, 1998; Fausto-Sterling, 2000) y reclama nuevos espacios sexo-simbólicos posibles y vivibles. Autoras como Judith Butler (1999) plantean que el género puede ser entendido como una "performance" o representación y cuestionan la existencia de un modelo continuo de ser hombre o mujer, defienden la existencia de identidades múltiples, reforzadas a través de los discursos. En esta misma línea, Sheila Jeffreys (2003) critica a la transexualidad, por entenderla como una forma de perpetuar los roles de género y el heterosexualismo. Considera a la cirugía de reasignación de sexo como una forma de automutilación y sadomasoquismo, y opina que es consecuencia de la desigualdad de las mujeres, de la violencia masculina y de la opresión lésbica. Un análisis similar ya había sido realizado por Janice G. Raymond (1979) en su ensayo "El imperio Transexual", donde considera que las transexuales femeninas "violan el cuerpo de las mujeres al reducir la verdadera forma femenina a un artefacto y apropiarse de este cuerpo para sí".

El abordaje de los Trastornos de Identidad de Género es un tema complejo y que suscita importantes cuestiones éticas, legales y de equidad (Briones, 2000). Debido a las consecuencias irreversibles de las intervenciones hormonales y quirúrgicas, es absolutamente necesario e imprescindible realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial por profesionales de salud mental cualificados (Meyer et al., 2001). Además, para realizar un tratamiento integral, este debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar (Monstrey et al, 2001) e integrado en el Sistema Nacional de Salud como garantía de continuidad y permanencia.

9.2. Normas de cuidado para los trastornos de Identidad de Género

Tras la estancia de los miembros de la UTIGPA en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Málaga (UTIG) donde nos hicieron partícipes de su experiencia clínica y docente, y partiendo de su modelo de intervención, adoptamos como protocolo de tratamiento los estándares asistenciales propuestos por la Asociación Internacional de Disforia de Género “Harry Benjamin” (The Harry Benjamin Internacional Gender Dysphoria Association) (HBIGDA). Esta guía de actuación ha sido aceptada internacionalmente para la atención de las personas transexuales. A su vez la UTIG de Málaga tenía como referente a la prestigiosa Clínica de Género de Ámsterdam.

Esta asociación se constituye en 1979 y se aprueban unos protocolos estándares de tratamiento para pacientes transexuales que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial. La sexta revisión y última es de 2001 (Meyer et al., 2001), siendo las anteriores desde el documento original de 1979, en 1980, 1981, 1990 y 1998. Recientemente esta asociación ha cambiado de nombre y se la conoce como Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH).

Estas normas de cuidado tienen el objetivo de proporcionar pautas flexibles para el tratamiento de las personas con Trastorno de Identidad de

Género. Profesionales especialistas y programas organizados pueden modificarlas. Si surgen desviaciones clínicas de las pautas (por situaciones particulares del paciente, por la experiencia del profesional, etc.) hay que explicárselas al paciente y se tienen que documentar, tanto para protegerse legalmente, como para obtener un seguimiento de los resultados a corto y largo plazo para que se desarrolle el campo de estudio.

El protocolo del proceso transexualizador contempla cinco pasos a seguir por los profesionales en la intervención clínica.

Proceso de reasignación de sexo	
Fases	Evaluación diagnóstica y psicoterapia
	Experiencia de la vida real
	Terapia hormonal
	Terapia quirúrgica

Aunque la responsabilidad y las funciones del psicólogo clínico van más allá de la evaluación psicológica y la aplicación de la psicoterapia, vamos a desarrollar estos dos conceptos por considerarlos básicos y el armazón de todo el proceso transexualizador.

Desde la fase inicial de diagnóstico y de valoración psicológica hasta la de seguimiento postquirúrgico la función del psicólogo es básica y de máxima responsabilidad. Todo el proceso de cambio se deriva de la realización de un diagnóstico de transexualismo. Un diagnóstico equivocado es un factor predictivo de arrepentimiento después del tratamiento de reasignación de sexo y de la evolución post-tratamiento (Meyer et al., 1986). Por lo tanto, la evaluación diagnóstica del trastorno es el primer paso que realiza el psicólogo clínico para iniciar el proceso transexualizador dentro de esta terapia triádica: psicológica, hormonal y quirúrgica.

Como ya hemos desarrollado en otro lugar, la utilización de las dos clasificaciones diagnósticas internacionales (DSM y CIE) nos proporciona instrumentos necesarios e imprescindibles pero no suficientes para llevar a cabo esta compleja tarea.

Son muchas las dificultades con las que se va a encontrar la persona transexual cuando decide comenzar este proceso de cambio de sexo. La psicoterapia puede suponer un buen instrumento de ayuda y apoyo para su realización personal y social. Mejorar su nivel de satisfacción y su calidad de vida sería el objetivo último de la psicoterapia. Aún así, no se considera un requisito imprescindible para la terapia tripartita.

Al hablar de psicoterapia no nos referimos a la psicoterapia al uso que tendría como objetivo “curar” la transexualidad y que el sujeto aceptara su cuerpo biológico. A lo largo de nuestra experiencia clínica algunos de los familiares de las personas transexuales, en las primeras fases de negación e incluso rechazo, tratan de convencer a sus hijos de que es más fácil cambiar la mente que el cuerpo y comienzan las consultas con distintos especialistas con la esperanza de persuadirles en su empeño de adecuar su cuerpo al género sentido. La psicoterapia es absolutamente ineficaz cuando trata de invertir la identificación con el género opuesto (Cohen-Kettenis y Gooren, 1999), es decir, igual de ineficaz que si la aplicamos a la población general para modificar la identificación con el propio género. Estos autores también plantean que la intervención terapéutica es necesaria en presencia de psicopatología. Son muchos los estudios que coinciden en que las personas transexuales no presentan un grado mayor de psicopatología que la población general, si excluimos los trastornos de adaptación y los trastornos por abuso de sustancias (Cole, O’Boyle, Emory y Meyer, 1997; Robins et al., 1984; Vidal Hagemeyer, Gómez Gil y Peri, 2003). Otros estudios también señalan que la difícil situación de las personas transexuales favorece que presenten una mortalidad por suicidio mayor que la población general (Cohen-Kettenis y Van Goozen, 1997; Levine, 1980).

No todos los pacientes que presentan un Trastorno de Identidad de Género necesitan psicoterapia para poder proceder con la terapia hormonal, la experiencia de la vida real o la cirugía. Muchos descubren una forma adaptativa de vivir sin someterse a todos los elementos del tratamiento tripartito. No obstante, la psicoterapia puede ayudarlos a convivir con las personas que los rodean, a tener una visión más realista del tratamiento quirúrgico y como instrumento de apoyo para abordar la vida futura tras la cirugía (Fajkowska-Stanik, 1999).

No todas las personas transexuales hacen una demanda de cirugía de reasignación de sexo. Algunos por problemas personales y/o familiares, otros por temor y preocupación ante los resultados de la propia intervención quirúrgica, incluso algunos por tener una edad avanzada o problemas médicos que lo contraindican, optan por seguir sus vidas como lo han hecho hasta ahora. En estos casos el asesoramiento y el apoyo psicológico puede ser de gran ayuda.

Es necesario tras la intervención quirúrgica el seguimiento postoperatorio a largo plazo por parte del endocrino y del cirujano. También el psicólogo clínico que ha pasado mucho tiempo con la persona transexual y supuestamente ha establecido una buena relación terapéutica, está en condiciones óptimas para llevar a cabo un acompañamiento psicoterapéutico que le permita ir abordando las dificultades de ajuste social que puedan interferir en su calidad de vida. Estas personas que han estado relacionándose con su propio cuerpo y con su entorno de una forma determinada, tras la cirugía tienen que explorar y aprender desde el reconocimiento de su propio cuerpo hasta como interaccionar con el otro. Por todo ello las intervenciones individuales, familiares y sexuales, según las necesidades de cada persona pueden favorecer la mejor adaptación en los distintos ámbitos donde se desenvuelve el sujeto: familia, trabajo, pareja, etc.

Hablamos de experiencia de la vida real para referirnos al hecho de que las personas transexuales adopten en la vida cotidiana los roles propios de la

identidad de género con la que se identifican. Este movimiento suele tener consecuencias no deseables en los distintos ámbitos donde la persona se desenvuelve. En muchas ocasiones, en el trabajo, en la familia o en los contextos más significativos del individuo, aunque ya sospechaban algo, puede resultarles chocante o incluso provocar conductas de rechazo. La decisión de cuándo y cómo comenzar la experiencia de la vida real debe ser de la persona implicada pese a las recomendaciones de vivir de acuerdo al género sentido como paso previo a la terapia hormonal y sobre todo a la quirúrgica.

Una vez establecido el diagnóstico de transexualidad y que se hayan descartado criterios de exclusión que pudieran dificultar el proceso terapéutico y el desarrollo del rol deseado, se puede empezar a estudiar el paso a la terapia hormonal.

Tanto para el comienzo de la terapia hormonal como quirúrgica existen unos criterios de elegibilidad y de disposición. Los criterios de elegibilidad son los requisitos mínimos a documentar objetivamente que la persona debe cumplir para avanzar en las diferentes fases de la triada terapéutica (prueba de la vida real experimentado en el rol deseado, tratamiento hormonal correspondiente al sexo de identificación, y cirugía genital y no genital de reasignación sexual).

Los criterios de disposición son más subjetivos y se fundamentan en el juicio del clínico sobre la consolidación de la identidad de género durante la intervención y la estabilidad de la salud mental en el nuevo o confirmado rol de género. El facultativo podría pensar que la persona no está preparada todavía porque su comportamiento contradice con frecuencia lo que afirma ser sus necesidades y objetivos.

Criterios de elegibilidad y disposición para aplicar la terapia hormonal en adultos

<i>Criterios</i>	
<i>Elegibilidad</i>	Tener al menos 18 años.
	Conocimiento de los efectos de las hormonas desde el punto de vista médico, así como de sus desventajas y riesgos.
	Experiencia de vida real documentada de al menos tres meses antes de empezar con la administración de hormonas, o
	Un período de psicoterapia cuya duración determinará el psicólogo clínico tras la evaluación inicial (mínimo tres meses).
	En ningún caso se administrarán tratamientos hormonales a personas que no cumplan los requisitos 3 ó 4.
<i>Disposición</i>	Consolidación de la identidad de género durante la experiencia de la vida real o la psicoterapia.
	Realizar algún progreso para controlar otros problemas al objeto de mejorar o mantener una salud mental estable (ausencia de sociopatías, abuso de sustancias, psicosis, tendencias suicidas,...).
	Uso responsable de las hormonas.

Criterios de elegibilidad y disposición para la cirugía reconstructiva (genital y mamaria) en adultos

<i>Criterios</i>	
<i>Elegibilidad</i>	Mayoría de edad legal en el país del paciente.
	Doce meses de tratamiento hormonal continuado para quienes no presenten contraindicaciones médicas.
	Doce meses de exitosa y continua experiencia de la vida real a tiempo total.

	Si así lo exige el psicólogo clínico, una participación regular en un proceso de psicoterapia durante la experiencia de la vida real con la frecuencia que determine el profesional.
	Poseer conocimiento demostrable del coste requerido para la hospitalización, probables complicaciones y los requerimientos de rehabilitación quirúrgica que requiere cada tipo de intervención.
Disposición	Progresos demostrables en la consolidación de la nueva identidad de género.
	Avances demostrables en sus relaciones familiares y laborales, y en su modo de afrontar problemas interpersonales, que den lugar a un estado de salud mejor (ausencia de sociopatías, abuso de sustancias, psicosis, tentativas de suicidio,...).

Por supuesto estos criterios mínimos deseables para pasar por las diferentes fases de la intervención, deben ser lo suficientemente flexibles como para permitirnos adecuarlos a la realidad de cada persona transexual.

No nos escapamos del pensamiento dicotómico y hasta el final estamos atrapados en él. El modelo de tratamiento de Harry Benjamin, también es básicamente dicotómico. Parte del principio de que hay dos sexos, hombres y mujeres, a los que les corresponden dos géneros, masculino y femenino. Por lo tanto, aquellas personas cuya autopercepción (identidad de género) no coincide con su sexo biológico, presentarían disforia de género.

PARTE EMPÍRICA

III. PARTE EMPÍRICA

1. INTRODUCCIÓN

La carta de presentación de los seres humanos en nuestro entorno continúa siendo fundamentalmente nuestro cuerpo. Un cuerpo con un sexo biológico concreto (dimorfismo sexual: hombre o mujer) y además con una correspondencia con los modelos de masculinidad y feminidad vigentes en la sociedad (hombre masculino y mujer femenina).

El tema a investigar tiene su punto de partida en la explicación que una persona transexual nos daba cuando trataba de justificar, no solamente su deseo sino también su necesidad de someterse a tratamiento de reasignación de sexo: “Me siento pero no me veo y necesito verme para sentirme y que los demás también me vean”. Refleja sin duda la gran tragedia de la persona transexual.

En las personas que no presentan un Trastorno de la Identidad de Género la construcción y el desarrollo de su identidad de género no encuentra a priori dificultades al coincidir con el sexo biológico correspondiente (hombre masculino y mujer femenina). Sin embargo, en las personas transexuales no resulta tan sencillo. Ya desde la infancia tienen problemas por presentar una identidad de género que no se corresponde con su sexo de nacimiento. Posteriormente toman conciencia de que la imagen que les devuelve el espejo y las miradas del entorno no se corresponden con lo que sienten (se sienten hombre o mujer en clara discrepancia con su sexo biológico) y comienzan una búsqueda desesperada (todos sus esfuerzos están orientados a este fin en detrimento de cualquier área de su vida no relacionada directamente con este tema) para la realización psíquica y social de la propia identidad. No se ven como se sienten y lo más relevante para el sujeto es lo que siente. El deseo de la persona transexual es “ser quien siento que soy”. Necesitan, entonces, con más fuerza que las personas no transexuales adecuarse a los estereotipos de masculinidad y feminidad vigentes en la sociedad, hacer propias aquellas

características del sexo con el que se identifican y aquello que es propio de cada sexo no solo tiene que ver con comportamientos, actitudes o preferencias (género), sino también con una determinada anatomía.

2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN: OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Para saber cuál es la identidad de género de una persona sería suficiente con preguntarle y hacer la evaluación pertinente. Otra cosa bien distinta sería medir de forma objetiva su identidad de género. No disponemos de pruebas objetivas que midan este sentimiento de género, pero sí podemos medir cómo se autoperciben las Transexuales Femeninas (TF) y los Transexuales Masculinos (TM) respecto a los estereotipos de masculinidad y feminidad vigentes en la sociedad.

Partiendo de los objetivos que a continuación vamos a plantear y atendiendo a los resultados, reflexiones y comentarios de los estudios que hemos revisado, formularemos las hipótesis de nuestra investigación.

El primer objetivo de la investigación será describir algunas de las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de transexuales femeninas (TF) y transexuales masculinos (TM) que han solicitado consulta en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) y analizar si existen diferencias entre los dos grupos.

Hs.1. Las TF y los TM diferirán tanto en las variables socio-demográficas como clínicas.

En el segundo objetivo trataremos de averiguar qué atributos consideran deseables culturalmente las personas transexuales según las cuatro opciones de rol de género propuestas por Bem (masculino, femenino, andrógino e indiferenciado) y analizar la relación entre identidad de género y roles de género, es decir, observar cómo se relaciona su sentimiento de género con su autopercepción de masculinidad y feminidad. También obtendremos como se autoperciben los hombres y las mujeres del grupo control.

Hs.2.1. Tanto las TF como los TM obtendrán el mayor porcentaje de puntuación en el género con el que se identifican, es decir las TF obtendrán puntuaciones más altas en la categoría femenino y los TM en masculino.

Hs.2.2. Las TF constituyen una condición más extrema en la identificación de los roles de género, es decir, obtendrán puntuaciones tipificadas (femeninas) en los roles de género acorde al género sentido más altas que los TM y que el grupo control.

Y por último, en nuestro tercer objetivo, examinaremos las posibles relaciones entre su autopercepción, es decir, donde se incluyen en las cuatro categorías del BSRI y las variables clínicas estudiadas.

Hs.3. A medida que se avanza en el proceso transexualizador (triada terapéutica), las TF tienden a autoperibirse más femeninas y los TM más masculinos.

3. METODOLOGÍA

3.1. Muestra

La muestra estudiada ésta compuesta por 19 Transexuales Femeninas (TF) y 14 Transexuales Masculinos (TM) que solicitan consulta en la UTIGPA por manifestar una identidad de género discordante con su sexo biológico y demandan iniciar o continuar (ya que algunos ya han iniciado tratamientos feminizantes o masculinizantes) un proceso de reasignación de sexo (CRS) como forma más adecuada de resolver su conflicto de identidad y mejorar su calidad de vida.

Se les administrará el Inventario de Rol Sexual de Bem (BSRI) tras hacer una demanda de disforia de género, ser diagnosticados de transexualismo según los criterios diagnósticos del DSM y CIE y cumplir los estándares asistenciales recomendados por la Asociación Internacional "Harry Benjamin".

También hemos utilizado una pequeña muestra como grupo control que la componen personas que en algún momento del proceso han acompañado a las personas transexuales. Son un total de 19 sujetos, 12 mujeres y 7 hombres, con vínculos de parentesco o amistad (padres, parejas o amigos fundamentalmente).

Cuando se les administra el cuestionario, a los sujetos del grupo experimental, están en momentos distintos de su proceso. Unos aún no han empezado el tratamiento hormonal ni han realizado tratamientos feminizantes y/o masculinizantes, mientras que otros ya están hormonándose o han realizado algunas cirugías corporales y/o faciales. Ninguna persona ha realizado cirugía de reasignación genital completa (solo un caso ha realizado una orquiectomía) aunque varios de ellos están propuestos y en lista de espera para realizar una genitoplastia.

La selección de los sujetos se realizará mediante muestreo consecutivo desde el año 2007 en que se inaugura la UTIGPA y que tras el proceso de evaluación sean diagnosticados de transexualidad según los criterios diagnósticos del DSM y CIE y cumplan los estándares asistenciales de la Harry Benjamin. Son descartados otros trastornos de identidad de género o aquellas personas que, aún cumpliendo criterios diagnósticos, presenten comorbilidad psiquiátrica asociada grave.

3.2. Instrumentos

Dentro del protocolo de evaluación de las personas que acuden a la UTIGPA, incluimos dos entrevistas estructuradas (Cano y Bergero, 2003) que tienen como finalidad la recopilación tanto de datos sociodemográficos como apoyo en el diagnóstico del Trastorno de Identidad de Género. Aunque estos cuestionarios abarcan mucha más información de la que nosotras hemos utilizado para nuestra investigación, hemos extraído de ellos gran parte de los datos concernientes tanto a las variables sociodemográficas como clínicas. Las variables relativas a la fratría han sido obtenidas del genograma familiar

(McGoldrick y Gerson, 1985) que se fue elaborando en las primeras entrevistas.

La prueba estandarizada utilizada en nuestra investigación para la evaluación de los roles de género de las personas transexuales será el Bem Sex Role Inventory (BSRI) elaborado en 1974. El BSRI aunque ya cuenta con más de tres décadas de vida desde su publicación, continúa siendo uno de los instrumentos más utilizados para estudiar los roles de género y con frecuencia se emplea en la evaluación diagnóstica e investigación (Herman-Jeglinska et al., 2002) y ha sido utilizado en todas las áreas de investigación relacionadas con esta variable (Beere, 1990). También es el inventario más utilizado en las investigaciones españolas (Carvajal et al., 1990; Echebarría, 1992; Echebarría, Valencia, Ibarbia y García, 1992; Fernández, 1983; López Sáez, 1991,1993; Marcel Cabral, 1981; Mateo y Fernández, 1991; Moya Morales, 1987, 1990, 1991; Ochotorena y Torres Gómez, 1990; Páez, Torres y Echebarría, 1990; Sebastian, 1986, 1989; Sebastian et al., 1989; Vergara, 1993) para evaluar los estudios de rol de género y lo han hecho a partir de traducciones del inventario llevadas a cabo por Juan Fernández (1983) y por Julia Sebastian (1990). García Mina en su tesis doctoral (1997) ha realizado una adaptación a la población española permitiendo validar transculturalmente la medida.

En nuestro estudio hemos optado por la versión original de Sandra Bem por ser la medida de mayor reconocimiento y la más utilizada en las investigaciones y en distintos contextos culturales: Europa (Alain, 1987; Carlsson, 1981; De Leo, Villa, Magni, Andreatta y Gagliardi, 1986; Ryan, Dolphin, Lunberg y Myrsten, 1987; Schneider y Schneider-Duker, 1984; Whetton y Swindells, 1977, etc.), Israel (Maloney, Wilkof y Dambrot, 1981), Nueva Zelanda (Hughes, 1979), India (Tzuriel, 1984), Canadá (Robinson y Page, 1988), etc.

Para estimar la consistencia interna del BSRI, el coeficiente alpha fue computado por separado para los resultados de masculinidad (0,86), feminidad (0,80) y deseabilidad social (0,70), posteriormente se calculó la fiabilidad de la

androginia resultando esta 0,86 (Fernández, García-Vega y Rico, en prensa). Por otra parte, los estudios sobre la validez del instrumento refieren una buena validez convergente aunque no divergente (Vergara y Páez, 1993).

El BSRI es un cuestionario autodescriptivo, mide el grado en que una persona se atribuye a si misma aquellas características consideradas socialmente más deseables para un sexo que para otro. Permite distinguir a una persona tipificada sexualmente (masculina o femenina) de una persona no tipificada sexualmente (andrógina o indiferenciada). La prueba consta de 60 ítems, 20 referidos a características masculinas, 20 a características femeninas y otros 20 neutrales, pertenecientes a la escala de Deseabilidad Social. El sujeto debe responder en una escala tipo likert de 7 puntos el grado de identificación de si mismo con cada una de las 60 características que se le presentan. Por lo tanto, esta escala permite la clasificación de los sujetos respecto al rol de género en los siguientes grupos posibles: masculino, femenino, andrógino e indiferenciado.

La puntuación de los sujetos será la obtenida en función de sus respuestas (una puntuación de masculinidad y de feminidad) y a partir del método de puntuación de la división por la mediana, se halla su tipología de género. Este método fue propuesto por Spence (Spence, Helmreich y Stapp, 1975) y asumido por Bem (1977).

Utilizando el método de la mediana recomendado por Bem (1981) para clasificar a los sujetos en un estilo de rol determinado, se obtienen las puntuaciones brutas del sujeto en masculinidad y feminidad sumando todos los valores asignados a los atributos de cada escala y dividiendo por la cantidad de ítems de la escala ($n=20$). En función de las respuestas, cada sujeto obtiene dos puntuaciones, una en feminidad y otra en masculinidad, a partir de las cuales, se halla la tipología de género correspondiente al sujeto según las 4 categorías posibles: femenino, masculino, andrógino e indiferenciado.

Una persona se considera masculina si obtiene una puntuación por encima de la mediana en la escala de masculinidad y una puntuación por debajo de la mediana en la escala de feminidad y será femenina, si su puntuación en la escala de feminidad está por encima de la mediana y su puntuación en la escala de masculinidad está por debajo de la mediana. Se considerará andrógina una persona cuando sus puntuaciones en las escalas de masculinidad y feminidad estén por encima de la mediana, e indiferenciada cuando sus puntuaciones en ambas escalas estén por debajo de la mediana.

Método de puntuación de la división de la mediana

		<i>Puntuaciones en masculinidad</i>	
		Por debajo de la mediana	Por encima de la mediana
<i>Puntuaciones en feminidad</i>	Por debajo de la mediana	Indiferenciados	Masculinos
	Por encima de la mediana	Femeninos	Andróginos

3.3. Procedimiento

La administración de la prueba se llevó a cabo en un contexto de consulta y durante las entrevistas programadas, bien como sesiones de evaluación diagnóstica o de psicoterapia. Su aplicación fue individual y después de explicarles brevemente como se cubría el cuestionario. En todos los casos fue autoaplicado y realizado de forma fluida y con buen nivel de competencia. Cabe señalar que los ítems, “solemne” y “condescendiente”, resultaron confusos a lo largo de las distintas aplicaciones de la prueba, ya que bastantes personas de la muestra pidieron ayuda para entender su significado.

Cuando acudían a estas sesiones acompañados (generalmente por algún familiar), se le aplicó el cuestionario BSRI también al acompañante con el fin de utilizarlo como grupo control.

3.4. Variables

Cuadro 7: Resumen de las variables socio-demográficas y clínicas

Variables socio-demográficas	Tipo de transexualidad	Transexual femenina
		Transexual masculino
	Edad	
	País de procedencia	España
		Latino América
		Centro Europa
	Nivel de estudios	Primarios
		Secundarios
		Universitarios
	Trabajo actual	No cualificado
		Cualificación media
		Alta cualificación
		Paro
		Estudiante
		Pensionista o jubilado
	Realizó trabajos marginales (prostitución)	
	Convivencia	Pareja
		Familia de origen (padres, hermanos)
		Familia extensa (abuelos, tíos,...)
		Compañeros y otros
Instituciones Penitenciarias		
Solos		
Número de hermanos incluido el paciente		
Lugar en la fratría		
Sexo de los hermanos que le preceden	Mujer	
	Hombre	
	Ambos	
¿Realizó el cambio registral?		

Variables clínicas	<i>¿Ha realizado autohormonación?</i>	
	<i>¿Se está hormonando?</i>	
	<i>Años de hormonación</i>	
	<i>¿Ha realizado cirugías feminizantes o masculinizantes?</i>	
	<i>¿Ha realizado cirugías faciales?</i>	
	<i>¿Ha realizado cirugías corporales?</i>	
	<i>Orientación sexual</i>	Heterosexual
		Homosexual
	<i>¿Realiza experiencia de la vida real?</i>	Si, en todos los contextos.
	Si, en algunos contextos.	
	No	

3.4.1. Descripción de las variables socio-demográficas

3.4.1.1. Tipo de transexualidad

La transexualidad se manifiesta en ambos géneros, Transexual femenina (TF) y Transexual Masculino (TM).

3.4.1.2. Edad

En la selección de la muestra no se ha puesto un límite de edad, ni inferior ni superior.

3.4.1.3. País de procedencia

La UTIGPA es centro de referencia para toda la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias y por lo tanto se supone que todas las personas viven en dicha comunidad. Nos ha parecido más interesante tener en cuenta su país de procedencia. Para ello hemos hecho tres grandes grupos: España, Latino América y Centro Europa.

3.4.1.4. Nivel de estudios

La muestra de la que disponemos tiene un rango de edad muy amplio (de 16 a 79 años) lo que implica que los planes de estudios han pasado por varias modificaciones. Partiendo del plan actual de estudios hay alguna dificultad para delimitar claramente lo que en el pasado se incluiría como estudios primarios y secundarios. Por ejemplo, lo que se entendía como Graduado Escolar (estudios primarios completos hasta 8º de EGB) no equivale al Graduado en ESO actualmente (hasta 4º de la ESO), que ya incluye estudios secundarios. Para subsanar este inconveniente vamos a incluir en estudios primarios los que en cada época podían considerarse como enseñanza obligatoria. Además tenemos que hacer una adaptación de los estudios de las personas extranjeras a nuestro modelo formativo. Teniendo en cuenta estas dificultades hemos establecido los siguientes grupos:

a. Estudios Primarios: Incluimos en esta categoría a las personas que han realizado la Educación General Básica (EGB) o la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o estudios equivalentes. Se incluirá en este apartado los que hayan completado el ciclo formativo con éxito y también los que por diversos motivos no hayan finalizado este ciclo formativo.

b. Estudios Secundarios: Incluimos en esta categoría 1º y 2º del bachillerato actual, el Bachillerato Unificado Polivalente (BUP) y bachilleres equivalentes. También se incluyen en este apartado las formaciones profesionales (FP1 y FP2) o Módulos de grado medio y superior. Como en el apartado anterior contemplamos en el mismo bloque los estudios completos e incompletos dentro de este nivel.

c. Estudios Universitarios: Incluimos en esta categoría a las personas que han iniciado estudios universitarios de cualquier índole (diplomaturas, licenciaturas o ingenierías). Por lo tanto serían las personas que han cursado estudios universitarios completos o incompletos, porque los hayan abandonado o los estén cursando en la actualidad.

3.4.1.5. Trabajo actual

La actividad laboral que realizan las personas transexuales va a seguir la siguiente valoración: baja cualificación (no cualificado), media cualificación y alta cualificación, además de tener en cuenta a los que están en paro, a los estudiantes y a los jubilados o pensionistas.

3.4.1.6. ¿Realizó o realiza trabajos marginales?

Aquí se tendrá en cuenta solamente si se ha dedicado o se dedica a la prostitución.

3.4.1.7. Convivencia

Los convivientes son la principal red de apoyo social de la persona transexual. Se tendrá en cuenta, por tanto si viven en pareja, con la familia de origen (padres y hermanos), con la familia extensa (abuelos, tíos, etc.), con compañeros u otros, en instituciones penitenciarias o solas.

3.4.1.8. Número de hermanos incluido el paciente

Realizando las evaluaciones de las personas que solicitaban consulta en la UTIGPA surgió nuestro interés por las variables relacionadas con la fratría. Posiblemente por deformación profesional y dada nuestra condición de terapeutas familiares, elaborábamos los genogramas familiares (McGoldrick y Gerson, 1985) y observábamos las constelaciones fraternas buscando alguna redundancia.

En el número de hermanos incluido el paciente estaría desde el ser hijo único, que lo consideramos como uno, hasta diez, que es el número máximo que hemos encontrado en nuestra muestra.

3.4.1.9. Lugar que ocupa en la fratría

El lugar que ocupa la persona transexual en la fratría va desde ser el primero donde no solo estarían los primeros, sino también los hijos únicos,

hasta los que ocupan el décimo lugar que es el puesto más tardío de nacimiento.

3.4.1.10. Sexo de los hermanos que le preceden

Por último se ha tenido en cuenta la variable “último de la fratría” donde se excluyen los hijos únicos (que son primeros y últimos).

3.4.1.11. ¿Realizó cambio registral?

La “Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas”, reconoce el derecho de las personas transexuales a cambiar su sexo legal y que éste se corresponda con la identidad que reclaman como propia. Esta ley permite, que las personas transexuales que así lo deseen y que además cumplan los requisitos exigidos por la ley puedan hacer uso de este derecho. Esto supone que en todos sus documentos oficiales va a constar un nombre, elegido por ellas y que se corresponde con el género sentido. Para llevar a cabo esta modificación deben cumplir unos requisitos, pero no es necesario que tengan realizada la cirugía genital.

3.4.2. Descripción de las variables clínicas

3.4.2.1. ¿Ha realizado periodos de autohormonación?

Nos referimos a la autoadministración de hormonas sin prescripción facultativa. Ante la escasez de recursos asistenciales y la necesidad de las personas transexuales, sobre todo las TF, de adoptar la apariencia externa de mujer, muchas de ellas han optado por la búsqueda de tratamientos hormonales, fuera del circuito asistencial, que ingieren de forma irregular e intermitente.

3.4.2.2. ¿Se está hormonando?

El tratamiento hormonal contribuye en gran medida a la mejoría sintomática de la disforia de género, mejora la calidad de vida y refuerza positivamente el test de la vida real (HBIGDA, 2001). En este punto se valorará

si en el momento de la administración de la prueba está realizando tratamiento hormonal prescrito por el endocrino de la UTIGPA.

3.4.2.3. Años de hormonación

Tendremos en cuenta los años que de una forma más o menos regular y continua ha estado con tratamiento hormonal, bien sea autohormonándose o prescrito por su médico de Atención Primaria o especialista.

3.4.2.4. ¿Ha realizado cirugías de feminización o masculinización corporal y/o facial?

3.4.2.5. ¿Ha realizado cirugías faciales?

3.4.2.6. ¿Ha realizado cirugías corporales?

En estas tres variables se valorará si el grupo de TF y TM en el momento de la realización del BSRI había realizado algún tipo de cirugía de feminización o masculinización bien sea corporal o facial. Con respecto a la cirugías de feminización facial, hemos encontrado: rinoplastias, lifting facial, condrolaringoplastias, (eliminación de la conocida popularmente como “nuez”), etc. Las correcciones corporales de feminización más frecuentes son la mamoplastia de aumento y la lipoescultura, y dentro de las cirugías de masculinización, la más frecuente, deseada y en nuestro caso la única, fue la mastectomía.

3.4.2.7. Orientación sexual.

El DSM-IV establece la orientación de la persona con trastorno de identidad de género atendiendo al sexo de la persona por la que se sienten atraídos. Por lo tanto, las cuatro opciones respecto a la orientación sexual serían: heterosexual, para designar tanto a las TF como los TM que se sienten atraídos por personas del sexo contrario al que ellos sienten como propio, los que se sienten atraídos por personas cuyo sexo coincide con el que ellos se identifican, serían homosexuales, los que se sienten atraídos por ambos sexos serían bisexuales y los que no sienten atracción sexual por ninguno de los dos sexos, asexuales.

La mayoría de las personas transexuales son heterosexuales y aunque la orientación sexual no es un criterio diagnóstico debe tenerse en cuenta por las investigaciones que relacionan la orientación sexual con el arrepentimiento tras la cirugía de reasignación sexual.

3.4.2.8. ¿Realiza experiencia de la vida real?

En esta última variable tendremos en cuenta si la persona adopta en su vida cotidiana los roles propios del género con el que se identifica. Valoraremos si lo hace en todos los contextos, si solamente lo ejerce en algunos contextos o por el contrario no realiza la experiencia de la vida real en ningún momento de su vida.

3.5. Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0.

Se realizaron análisis descriptivos para obtener las medias y porcentajes de las variables socio-demográficas y clínicas, tanto de la muestra total como de las submuestras.

El tamaño de la muestra no permite la ejecución correcta de los estadísticos de prueba, salvo en algunas variables donde se utilizó la prueba chi-cuadrado para comparación de grupos. El nivel de significación en estos casos fue $p < 0,05$.

También se aplicó la prueba no paramétrica, U- de Mann Whitney para el tratamiento de variables cuantitativas (edad).

4. RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos e hipótesis que hemos planteado, vamos a presentar los resultados de nuestra investigación. En primer lugar, mostraremos los resultados obtenidos en la muestra de TF y TM en lo referente a las variables socio-demográficas y clínicas. En segundo lugar, presentaremos los resultados de la aplicación del BSRI en la muestra de transexuales y en el grupo control, y por último, expondremos los resultados relativos a las relaciones encontradas entre los roles de género obtenidos en el BSRI con las variables clínicas del estudio.

4.1. Resultados de las variables

4.1.1. Resultados de las variables socio-demográficas (Ver tabla 1).

4.1.1.1. Tipo de transexualidad

Del total de la muestra (N=33), 19 son Transexuales Femeninas (TF) (57,58%) y 14 son Transexuales Masculinos (TM) (42,42%). La razón por género sentido entre los dos grupos, TF/TM, es de 1,36 TF por cada TM (1,36/1).

4.1.1.2. Edad

El rango de edad está entre los 16 y los 79 años. La edad mínima en las TF es de 16 años y casi similar a la de los TM que es de 17 años. La edad máxima de las TF es de 79 años frente a los 45 como edad máxima de los TM.

La edad media para la muestra total es de 33,69 años con una desviación típica de 12,66. La edad media para las TF es de 38,42 años (D.T.=13,35) y para los TM es de 27,28 (D.T.=9,13). Hay diferencias significativas entre ambos grupos de edades (U de Mann Whitney= 62,500, $p=0,010$).

4.1.1.3. País de procedencia.

La mayor parte de la muestra, es decir diecisiete personas, son nativos de España (81,8%), siendo el porcentaje similar para las TF (84,2%) y para los TM (78,6%). Procedentes de Latinoamérica hay un 15,2%, alcanzándose también porcentajes similares para las TF (15,8) y para los TM (14,3%). Solamente una persona es originaria de Centro Europa, un TM, es decir el 3% del total de la muestra.

4.1.1.4. Nivel de estudios

Tanto las TF (63%) como los TM (50%) han cursado prioritariamente Estudios Primarios. Un 30,3% han cursado Estudios Secundarios y con una proporción semejante para TF (31,6%) y para TM (28,6%). Solo una minoría alcanzó los Estudios Universitarios (12,1%), de los cuales la mayor parte son TM (21,4%).

Para el análisis estadístico de esta variable, se ha aglutinado en dos categorías, por un lado Estudios Primarios y por otro lado, Estudios Secundarios y Universitarios. Aunque no se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 0,571$, g.l. = 1, $p = 0,450$), observamos que con respecto a los estudios universitarios, la tendencia apunta hacia un mayor nivel educativo en los TM.

4.1.1.5. Trabajo actual

El mayor porcentaje corresponde a personas con una baja cualificación laboral (39,4%), de las cuales el 47,4% corresponde a las TF y el 28,6% a los TM. Obtienen un porcentaje del 10,5% las TF y un 21,4% los TM en puestos de media cualificación, no encontrándose ninguna persona del grupo que esté desempeñando una actividad laboral considerada de alta cualificación. El análisis entre personas de baja cualificación y media no es estadísticamente significativo ($\chi^2 = 1,298$, g.l. = 1, $p = 0,255$). El número de personas que está en paro también es considerable (24,2%), siendo el 26,3% en las TF y el 21,4% en los TM. Los estudiantes son el 15,2%, por lo que es mayor el

número de TM que estudian (28,6%), frente a solo el 5,3% de TF. Mientras que ningún TM está jubilado o es pensionista, el 10,5% de las TF está en esta situación laboral, aunque la tendencia es que los TM estén más en el circuito laboral o que aún tienen el estudio como trabajo, y que han conseguido trabajos algo más cualificados que las TF. El análisis de estas categorías no puede realizarse debido al tamaño de la muestra.

4.1.1.6. ¿Realizó trabajos marginales? (prostitución)

Un 30,3% manifiestan que se dedican o se han dedicado a la prostitución. Mientras ningún TM ha ejercido esta práctica, el 52,6% de las TF si la han ejercido. Es evidente la diferencia entre TF y TM.

Tabla 1. Porcentajes de las variables relativas a las características socio-demográficas: tipo de transexualidad (TF/TM), edad, país de procedencia, nivel de estudios, trabajo actual y si se ha dedicado a la prostitución.

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Muestra total	19	57,58	14	42,42	33	100
Edad						
<i>Media</i>	38,42		27,28		33,69	
<i>Desviación Típica</i>	13,35		9,13		12,66	
Edad mínima	16		17			
Edad máxima	72		45			
País de procedencia	N	%	N	%	N	%

PARTE EMPÍRICA

España	16	84,2	11	78,6	27	81,8
Latino América	3	15,8	2	14,3	5	15,2
Centro Europa	0	0	1	7,1	1	3,0
Nivel de estudios						
Primarios	12	63,2	7	50,0	19	57,6
Secundarios	6	31,6	4	28,6	10	30,3
Universitarios	1	5,3	3	21,4	4	12,1
Trabajo actual						
No cualificado	9	47,4	4	28,6	13	39,4
Media cualificación	2	10,5	3	21,4	5	15,2
Alta cualificación	0	0	0	0	0	0
Paro	5	26,3	3	21,4	8	24,2
Estudiante	1	5,3	4	28,6	5	15,2
Pensionista o jubilado	2	10,5	0	0%	2	6,1
Realizó trabajos marginales (prostitución)						
Si	10	52,6	0	0%	10	30,3
No	9	47,4	14	100%	23	69,7

4.1.1.7. Convivencia

La mayor parte de las personas transexuales viven en pareja o con su familia de origen. El mismo porcentaje de TF y TM (24,2%) viven en pareja o con su familia de origen y además también el mismo porcentaje para cada grupo, el 21,1% de las TF viven en pareja o con la familia de origen y el 28,6% de los TM viven en pareja o con su familia de origen. El 27,3% viven solos, aunque el porcentaje de las TF (36,8%) que viven solas es mayor que el de los TM (14,3%). Conviviendo con la familia extensa (9,1%) o en la cárcel (9,1%) el porcentaje es el mismo. No hay ningún TM que esté en la cárcel, el total corresponde a las TF (15,8%). No hay ninguna TF que conviva con compañeros, el porcentaje le corresponde solo a los TM (14,3%). La diferencia entre los dos grupos es significativa ($p=0,028$), las TF viven más solas y en la cárcel, mientras que los TM conviven más con compañeros y con la familia extensa. Para el análisis estadístico se aglutinó la variable en “solo” y “cárcel” por un lado y todos los demás por otro. Las diferencias son significativas si aglutinamos los que viven solos o en la cárcel frente al resto de categorías (chi cuadrado= 5,122, g.l= 1, $p= 0,024$).

Tabla 2. Porcentajes de la variable convivencia

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Convivencia						
Pareja	4	21,1	4	28,6	8	24,2
Familia de origen	4	21,1	4	28,6	8	24,2
Familia extensa	1	5,3	2	14,3	3	9,1
Compañeros	0	0	2	14,3	2	6,1

Cárcel	3	15,8	0	0	3	9,1
Solo	7	36,8	2	14,3	9	27,3

4.1.1.8. Número de hermanos incluido el paciente

El mayor porcentaje (33,3%) corresponde a las fratrías de dos hermanos (incluida la persona transexual), con proporciones semejantes para el grupo de TF (31,6%) y para el de TM (35,7%). A continuación estarían con un 24,2%, las fratrías de tres hermanos, correspondiéndole el 21,1% para las TF y un 28,6% para los TM. En tercer (18,2%) y en cuarto lugar (12,1%) estaría el grupo de las personas transexuales que son hijos únicos y los que son cinco hermanos. Con un 3% está el grupo que tiene cuatro, siete, nueve y diez hermanos.

4.1.1.9. Lugar que ocupan en la fratría

Con respecto al lugar que las personas transexuales ocupan en la fratría, la mayor parte son hijos nacidos en segundo lugar (39,4%), con una proporción parecida para las TF (36,8%) y para los TM (42,9%). Casi un cuarto de la muestra total son hijos únicos (24,2%), es decir el 21,1% de las TF y el 28,6% de los TM. En la misma proporción (15,8%) las TF ocupan el tercer y cuarto lugar entre los hermanos, siendo estos lugares ocupados por los TM en una proporción del 14,3% para los terceros y 7,1% para los cuartos. Solamente el 9,1% de las personas transexuales estarían en quinto lugar. Tampoco hay diferencias entre ambos grupos. Con respecto a los que ocupan el último lugar en la fratría, más de la mitad de la muestra ocupa el último lugar (51,52%), manteniéndose casi esta misma proporción para las TF (52,63%) que para los TM (50%).

4.1.1.10. Sexo de los hermanos que le preceden

En la mayor parte de la muestra (30,3%) el sexo predominante de los hermanos que preceden a la persona transexual es el femenino, en el 26,3% de las TF y en el 35,7% de los TM. Con respecto al grupo de TF el mayor

porcentaje (31,6%) les corresponde a los hermanos varones, después con un 26,3% para cada categoría estarían las hermanas (mujeres biológicas) y los hermanos de ambos sexos. Los TM, tienen el mayor porcentaje (35,7%) de hermanas (mujeres biológicas) que los preceden y después estarían los hermanos varones (21,4%) y los de ambos sexos (14,3%).

Tabla 3. Porcentajes de las variables relativas al número de hermanos incluido el paciente, lugar que ocupan en la fratría y hermanos que les preceden.

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Número de hermanos incluido el paciente						
1 (hijo único)	3	15,8	3	21,4	6	18,2
2	6	31,6	5	35,7	11	33,3
3	4	21,1	4	28,6	8	24,2
4	1	5,3	0		1	3,0
5	3	15,8	1	7,1	4	12,1
6	0	0	0			
7	1	5,3	0		1	3,0
8	0	0	0			
9	0	0	1	7,1	1	3,0
10	1	5,3			1	3,0
Lugar en la fratría						
Primero (incluye hijos únicos)	3+1=4	21,1	3+1=4	28,6	6+2=8	24,2

Segundo	7	36,8	6	42,9	13	39,4
Tercero	3	15,8	2	14,3	5	15,2
Cuarto	3	15,8	1	7,1	4	12,1
Quinto	2	10,5	1	7,1	3	9,1
Ocupan el último lugar en la fratría (excluyendo los hijos únicos)						
Si	10	52,63	7	50	17	51,52
No	9	47,37	7	50	16	48,48
Sexo de los hermanos que le preceden						
Mujer	5	26,3	5	35,7	10	30,3
Hombre	6	31,6	3	21,4	8	24,2
Ambos	5	26,3	2	14,3	7	21,1

4.1.1.11. ¿Realizó el cambio registral?

La mayoría no había realizado el cambio registral (72,7%) y de los que si lo habían obtenido (27,7%), un 35,7% eran TM y un 21,1% TF.

Tabla 4. Porcentajes de la variable: ¿Realizó cambio registral?

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
¿Realizó el cambio registral?						
Si	4	21,1	5	35,7	9	27,3
No	15	78,9	9	64,3	24	72,7

4.1.2. Resultados de las variables clínicas

4.1.2.1. ¿Ha realizado periodos de autohormonación?

Aunque un importante número de personas nunca se había autohormonado (69,7%) y el 30,3% si había realizado distintos periodos de autohormonación, solamente las TF (52,6%) habían realizado esta práctica, mientras que ninguno de los TM. La diferencia es clara entre ambos grupos.

4.1.2.2. ¿Se está hormonando?

El 66,7% de las personas transexuales se está hormonando y aunque no existen muchas diferencias entre las TF (73,7%) y los TM (57,1%) hay una mayor tendencia en las TF a estar hormonándose. Tanto el 26,3% de las TF, como el 42,9% de los TM no se están hormonando.

4.1.2.3. Años de hormonación

La media de años que llevan hormonándose el grupo de TF es de 6,5 (D.T.=9,3), media significativamente mayor ($t = -2,441$, $gl. = 32$, $p. = 0,020$) que para el grupo de TM que es de 2,4 años (D.T.=4,2).

Tabla 5. Porcentajes de las variables: ¿ha realizado periodos de autohormonación?, ¿se está hormonando? y años de hormonación

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
¿Ha realizado períodos de autohormonación?						
Si	10	52,6	0	0	10	30,3
No	9	47,4	14	100	23	69,7
¿Se está hormonando?						
Si	14	73,7	8	57,1	22	66,7
No	5	26,3	6	42,9	11	33,3
Años de hormonación						
Media	6,5789		2,4286		4,8	

Desviación Típica	9,38270	4,3272	7,8
-------------------	---------	--------	-----

4.1.2.4. ¿Ha realizado cirugías de feminización o masculinización corporal y/o facial?

Más de la mitad de la muestra (63,6%) no ha realizado ningún tipo de cirugía ni corporal ni facial y de los que sí las han realizado (36,4%), son las TF las que las que tienen mayor porcentaje (42,1%) frente a un 28,6% de los TM.

4.1.2.5. ¿Ha realizado cirugías faciales?

Cuando se analizan por separado los porcentajes de cirugía facial en ambos grupos los resultados varían, aunque la gran mayoría (81,8%) no la han realizado, el 31,6% de las TF sí la realizó frente al 0% de los TM.

4.1.2.6. ¿Ha realizado cirugías corporales?

No ocurre lo mismo cuando analizamos las cirugías corporales por separado ya que la diferencia entre ambos grupos es similar. Más de la mitad de ambos grupos no ha realizado cirugías corporales (66,7%) y de los que si las han realizado, el porcentaje es ligeramente mayor en las TF (36,8%) frente a los TM (28,6%). En la tabla 6 se ofrece el resumen de los porcentajes obtenidos en estas variables.

Tabla 6. Porcentajes de las variables: ¿ha realizado cirugías de feminización o masculinización corporal y/o facial?, ¿ha realizado cirugías faciales? y ¿ha realizado cirugías corporales?

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Ha realizado cirugías de feminización o masculinización corporal y/o facial?						
Si	8	42,1	4	28,6	12	36,4

No	11	57,9	10	71,4	21	63,6
Facial						
Si	6	31,6	0	0	6	18,2
No	13	68,4	14	100	27	81,8
Corporal						
Si	7	36,8	4	28,6	11	33,3
No	12	63,2	10	71,4	22	66,7

4.1.2.7. Orientación sexual

La gran mayoría de las personas transexuales son heterosexuales (93,9%), frente a un pequeño porcentaje (6,1%) que declaran tener una orientación homosexual. En este porcentaje solamente las TF (10,5%) estarían incluidas ya que ningún TM manifiesta orientación homosexual.

Tabla 7. Comparación de la variable orientación sexual

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Orientación sexual						
Heterosexual	17	89,5	14	100%	31	93,9
Homosexual	2	10,5	0	0%	2	6,1

4.1.2.8. ¿Realiza experiencia de la vida real?

Una gran mayoría de la muestra realiza la experiencia de la vida real. Mientras que en todos los contextos la realiza un 63,6%, en algunos contextos el 18,2%, es decir, en la misma proporción de quienes no la realizan en ningún contexto de su vida. Las proporciones para las TF y los TM son bastante aproximadas, por lo tanto, apenas hay diferencia entre ambos grupos.

Tabla 8. Porcentajes de la variable: ¿Realiza la experiencia de la vida real?

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Realiza la experiencia de la vida real?						
Si, en todos los contextos	12	63,2	9	64,3	21	63,6
Si, en algunos	3	15,8	3	21,4	6	18,2
No	4	21,1	2	14,3	6	18,2

4.2. Resultados de la aplicación del BSRI.

En este apartado mostraremos los resultados obtenidos con la aplicación del BSRI tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

4.2.1. Resultados de la aplicación del BSRI en el grupo de TF y de TM.

Con respecto a los resultados totales de la muestra estudiada, se obtuvo una puntuación media de 5 en feminidad y una puntuación media de 4,59 en masculinidad. El grupo control obtuvo en feminidad 4,8 y en masculinidad 4,5.

Las TF se incluyeron mayoritariamente dentro de la categoría femenino (36,8%), mientras que los TM lo hicieron dentro de la categoría masculino (35,7%), porcentajes que además de ser similares para ambos grupos, también fueron los más elevados respecto a las cuatro categorías de rol de género.

Tanto las TF como los TM obtuvieron los porcentajes de puntuación más bajos en el género opuesto al que se identifican; así las TF obtuvieron en masculino un 15,8% y los TM en femenino un porcentaje similar (14,3%). Así mismo, el grupo de TF y el de TM muestran las mismas tasas en androginia, el 21,1% para las TF y el 21,4% para los TM, y tasas también similares en la categoría indiferenciado, un 26,3% (TF) y un 28,6% (TM). La categoría

indiferenciado ocupó el segundo lugar de adscripción tanto para las TF como para los TM.

Tabla 9. Variables relativas a la autopercepción de las TF y los TM.
(Puntuaciones del grupo experimental teniendo en cuenta las medias de la propia muestra: 5 y 4,59).

Variables	T F		T M		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Andrógino	4	21,1	3	21,4	7	21,2
Indiferenciado	5	26,3	4	28,6	9	27,3
Masculino	3	15,8	5	35,7	8	24,2
Femenino	7	36,8	2	14,3	9	27,3
Totales	19	100	14	100	33	100

4.2.2. Resultados de la aplicación del BSRI en el grupo control.

El mayor porcentaje de mujeres de la muestra (41,7%) se incluyeron en la categoría femenino y el mayor porcentaje de hombres lo hizo también en la categoría masculino (42,9%). Las mujeres obtuvieron el porcentaje más bajo en masculino (8,3%) y el grupo de hombres también uno de los más bajos (14,3%) (junto con los indiferenciados) en femenino.

En androginia, tanto hombres como mujeres obtienen porcentajes bastante aproximados, las mujeres el 25% y los hombres el 28,6%. En la categoría indiferenciado, son los únicos porcentajes que se distancian entre si, el 25% para las mujeres y el 14,3% para los hombres.

Tabla 10. Variables relativas a la autopercepción de los hombres y de las mujeres del grupo control. (Puntuaciones del grupo control teniendo en cuenta las medias de la propia muestra: 4,8 y 4,5).

Variables	Mujeres		Hombres		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Andrógino	3	25,0	2	28,6	5	26,3
Indiferenciado	3	25,0	1	14,3	4	21,1
Masculino	1	8,3	3	42,9	4	21,1
Femenino	5	41,7	1	14,3	6	31,6
Totales	12	100	7	100	19	100

4.3. Resultados obtenidos al relacionar las variables clínicas con los roles de género obtenidos en el BSRI.

4.3.1. Autohormonación y autopercepción.

Las TF fueron el único grupo que se autohormonó, un total de diez (52,6%) de las diecinueve TF, y de esas diez, la mitad (5) obtuvieron puntuaciones altas en la categoría femenino, solamente una obtuvo puntuaciones altas en la categoría masculino, otra en androginia y tres en indiferenciado. El 50% (5) de las que se autohormonaron obtuvieron la mayor puntuación en femenino después en indiferenciado y por último en androginia y masculino. De las TF que no se autohormonaron (47,4%), solamente dos se incluyen en la categoría de femenino, el mismo número en masculino, tres en androginia y dos en indiferenciado. El mayor número de las que no se autohormonaron es andrógino, después, y con el mismo número están las otras tres categorías de rol de género.

Tabla 11. Relación entre la variable “autohormonación” y los resultados obtenidos en el BSRI en las TF.

<i>¿Ha realizado autohormonación?</i>	Si	No	Total
Andrógino	1	3	4
Indiferenciado	3	2	5
Masculino	1	2	3
Femenino	5	2	7
Total	10	9	19

Ningún TM se autohormonó. De las catorce personas de este grupo, cinco obtuvieron puntuaciones altas en masculino, dos en femenino, tres en androginia y cuatro en indiferenciado.

Tabla 12. Relación entre la variable “autohormonación” y los resultados obtenidos en el BSRI en los TM.

<i>¿Ha realizado autohormonación?</i>	Si	No	Total
Andrógino	0	3	3
Indiferenciado	0	4	4
Masculino	0	5	5
Femenino	0	2	2
Total	0	14	14

4.3.2. Hormonación y autopercepción.

Del alto porcentaje (73,7%) de TF que se están hormonando, es decir catorce personas de este grupo, cinco se incluyeron en la categoría femenino, el mismo número en indiferenciado y en las categorías restantes, dos sujetos en cada una. Del grupo de TF que no se están hormonando (26,3%), dos se incluyen en la categoría femenino, dos en androginia, solamente una en masculino y ninguna en indiferenciado.

Tabla 13. Relación entre la variable “hormonación” y los resultados obtenidos en el BSRI para las TF.

¿Se está hormonando?	Si	No	Total
Andrógino	2	2	4
Indiferenciado	5	0	5
Masculino	2	1	3
Femenino	5	2	7
Total	14	5	19

También un buen porcentaje de TM se estaba hormonando (57,1%), en concreto, ocho del total de la muestra (14), de los cuales solamente dos se incluyeron en la categoría masculino, siendo, al igual que en el grupo de TF los indiferenciados los que ocupan incluso más, al contar con tres sujetos, un lugar prioritario, dos sujetos estarían en la categoría de andrógino y uno en la de masculino. De los TM que no se están hormonando (6), se incluyen, tres en la categoría de masculino y después en el mismo nivel con un uno, cada una de las otras tres categorías de rol de género.

Tabla 14. Relación entre la variable “hormonación” y los resultados obtenidos en el BSRI para los TM.

<i>¿Se está hormonando?</i>	Si	No	Total
Andrógino	2	1	3
Indiferenciado	3	1	4
Masculino	2	3	5
Femenino	1	1	2
Total	8	6	14

4.3.3. Cirugías feminizantes o masculinizantes y autopercepción

Del mayor porcentaje de TF (42,1%) que habían realizado algún tipo de cirugía feminizante, la mitad de las personas, es decir cuatro, se incluyeron en la categoría de femenino, dos en la de andrógino y las otras dos en las categorías restantes. De las once personas que no las realizaron, el mayor número, es decir cuatro, se incluyeron en la categoría de indiferenciado, seguido de femenino.

Tabla 15. Relación entre la variable “realizó algún tipo de cirugía feminizante” y los resultados del BSRI para las TF.

<i>¿Realizó cirugía feminizante?</i>	Si	No	Total
Andrógino	2	2	4
Indiferenciado	1	4	5
Masculino	1	2	3
Femenino	4	3	7
Total	8	11	19

En el caso de los TM, los datos correspondientes a las personas que han realizado algún tipo de cirugía general, bien facial o corporal, son exactamente los mismos que van a ser expuestos en el apartado donde se relaciona la variable cirugía corporal y autopercepción. Las únicas cirugías que han realizado los TM han sido corporales (mastectomía). En líneas generales, los que si realizan cirugías se incluyen más en la categoría masculino y los que no las realizan en la de indiferenciado.

Tabla 16. Relación entre la variable “¿realizó algún tipo de cirugía masculinizante?” y los resultados del BSRI para los TM.

¿Ha realizado cirugías masculinizantes?	Si	No	Total
Andrógino	1	2	3
Indiferenciado	0	4	4
Masculino	2	3	5
Femenino	1	1	2
Total	4	10	14

4.3.4. Cirugía facial y autopercepción

Del grupo de TF (31,6%) que han realizado algún tipo de cirugía facial, es decir seis personas, la mitad (3) se incluyen en la categoría de femenino y las otras tres se distribuyen uniformemente en las otras categorías de rol de género. De las que no han realizado ningún tipo de cirugía facial (68,4%), es decir trece personas, cuatro se incluyeron dentro de la categoría de femenino, el mismo número que en indiferenciado, tres en andrógino y dos en masculino.

Tabla 17. Relación entre la variable “realizó cirugía facial” y los resultados del BSRI para las TF.

<i>¿Ha realizado cirugía facial?</i>	Si	No	Total
Andrógino	1	3	4
Indiferenciado	1	4	5
Masculino	1	2	3
Femenino	3	4	7
Total	6	13	19

A pesar de que ningún TM de los catorce del grupo había realizado cirugías faciales, el mayor número de ellos se incluyó en la categoría de masculino (5), seguido inmediatamente de indiferenciado (4),andrógino (3) y femenino.

Tabla 18. Relación entre la variable “realizó cirugía facial” y los resultados del BSRI para los TM.

<i>¿Ha realizado cirugía facial?</i>	Si	No	Total
Andrógino	0	3	3
Indiferenciado	0	4	4
Masculino	0	5	5
Femenino	0	2	2
Total	0	14	14

4.3.5. Cirugía corporal y autopercepción.

Del grupo de las TF un 36,8%, es decir, siete personas realizaron algún tipo de cirugía corporal. De éstas, cuatro obtuvieron puntuaciones altas en femenino y las otras tres se distribuyen equitativamente en las otras tres categorías. De las TF que no han realizado cirugías corporales, el mayor número se incluyó en la categoría de indiferenciado, seguido de los que dieron alto en androginia y femenino, que fueron tres personas en cada grupo. El menor número de personas que no realizó ningún tipo de cirugías corporales se incluyó en la categoría de masculino.

Tabla 19. Relación entre la variable “realizó cirugía corporal” y los resultados del BSRI para las TF.

¿Ha realizado cirugía corporal?	Si	No	Total
Andrógino	1	3	4
Indiferenciado	1	4	5
Masculino	1	2	3
Femenino	4	3	7
Total	7	12	19

El 28,6% de los TM había realizado alguna cirugía corporal (mastectomía). De estas cuatro personas, la mitad se encuentra en la categoría masculino y la otra mitad se distribuye en femenino y andrógino. De los que no se hicieron la mastectomía, cuatro son indiferenciados, tres masculinos, dos andróginos y uno femenino.

Tabla 20. Relación entre la variable “realizó cirugía corporal” y los resultados del BSRI para los TM.

<i>¿Ha realizado cirugía corporal?</i>	Si	No	Total
Andrógino	1	2	3
Indiferenciado	0	4	4
Masculino	2	3	5
Femenino	1	1	2
Total	4	10	14

4.3.6. Orientación sexual y autopercepción

Solamente dos personas de la muestra manifiestan tener una orientación homosexual y además de pertenecer al grupo de TF, son transexuales secundarias que, como ya hemos mencionado, tienen mayor probabilidad de arrepentimiento tras la cirugía de reasignación de sexo. El resto de las TF, es decir diecisiete personas, manifiestan tener una orientación heterosexual, siete se incluyen en la categoría femenino y dos en la de masculino, siendo en la categoría de indiferenciado y androginia donde se reparten por igual las ocho restantes. Las dos únicas TF que se declaran homosexuales, se incluyen en las categorías de indiferenciado y de masculino.

Tabla 21. Relación entre la variable “Orientación sexual” y los resultados obtenidos en el BSRI para las TF.

<i>Orientación sexual</i>	Heterosexual	Homosexual	Total
Andrógino	4	0	4
Indiferenciado	4	1	5

Masculino	2	1	3
Femenino	7	0	7
Total	17	2	19

Todos los TM de la muestra se declaran heterosexuales, por lo tanto no existen variaciones, en cuanto a la orientación sexual, en su autopercepción. El mayor número se incluye en la categoría de masculino (5), seguido de indiferenciado (4).

Tabla 22. Relación entre la variable “Orientación sexual” y los resultados obtenidos en el BSRI para los TM.

Orientación sexual	Heterosexual	Homosexual	Total
Andrógino	3	0	3
Indiferenciado	4	0	4
Masculino	5	0	5
Femenino	2	0	2
Total	14	0	14

4.3.7. Experiencia de la vida real y autopercepción

De las TF que realizan la experiencia de la vida real en todos los ámbitos (63,2%), es decir doce personas, cinco se incluyen dentro de la categoría femenino, tres en indiferenciado y dos en cada una de las otras dos categorías. De las que sólo la realizan en algunos contextos, que son un total de tres (15,8%), también el mayor número, es decir dos, se incluyen en la categoría de femenino y una tercera en indiferenciado, y de las que no realizan la experiencia de la vida real en ningún contexto (21,1%), es decir cuatro personas, ninguna TF se incluye en la categoría de femenino,

correspondiéndole a dos de las TF la categoría de andrógino, distribuyéndose las otras dos en indiferenciado y masculino respectivamente.

Tabla 23. Relación entre la variable “realiza experiencia de la vida real” y los resultados obtenidos en el BSRI en las TF.

¿Realiza experiencia de la vida real?	Si, en todos los contextos	Si, en algunos contextos	No	Total
Andrógino	2	0	2	4
Indiferenciado	3	1	1	5
Masculino	2	0	1	3
Femenino	5	2	0	7
Total	12	3	4	19

Un alto porcentaje de TM realiza la experiencia de la vida real en todos los contextos (64,3%), de estos nueve sujetos, la mayor proporción se incluyó en la categoría de masculino (cuatro), seguidos de indiferenciado (tres), y de andrógino y femenino con sólo una persona respectivamente. Realizaron la experiencia de la vida real en algunos contextos tres personas (21,4%), de las cuales ninguna se incluyó en la categoría de masculino, sino que quedaron distribuidas proporcionalmente entre las otras tres categorías. Y por último, el pequeño porcentaje (14,3%) que no realizaba la experiencia de la vida real y que supone dos personas, una se incluye en la categoría de masculino y la otra en andrógino.

Tabla 24. Relación entre la variable “realiza experiencia de la vida real” y los resultados obtenidos en el BSRI en los TM.

¿Realiza experiencia de la vida real?	Si, en todos los contextos	Si, en algunos contextos	No	Total
Andrógino	1	1	1	3
Indiferenciado	3	1	0	4
Masculino	4	0	1	5
Femenino	1	1	0	2
Total	9	3	2	14

5. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Interpretación de las variables

5.1.1. Interpretación de las variables sociodemográficas

5.1.1.1. Tipo de transexualidad

La razón por género sentido en nuestra muestra, es de 1,36/1, es decir, de 1,36 TF por cada TM.

En nuestro trabajo solamente una parte de la demanda que pidió consulta en la UTIGPA está siendo objeto de estudio, por lo tanto, la razón obtenida no será la razón de la demanda vista y diagnosticada de transexualismo. A pesar de esta importante limitación, podríamos permitirnos hacer alguna extrapolación respecto a la predominancia de un grupo sobre otro.

En las investigaciones llevadas a cabo, sobre la razón de la demanda, en el Hospital Clinic de Barcelona (Gómez Gil, 2006) y en el Hospital Carlos Haya de Málaga (Esteva et al., 2001), obtienen una razón de 2,5 a favor de las TF, las primeras y 2,4, las segundas y además, ambas coinciden con los datos

obtenidos en Holanda (Landen et al., 1996) donde la razón también es de 2,5/1.

Datos cada vez más recientes tienden a disminuir e incluso igualar esta diferencia. Mientras que en países europeos, USA y Singapur, también se mantiene la proporción entre dos o tres TF por cada TM (Garrels et al., 2000; Olsson y Moller, 2003), otras investigaciones internacionales como las llevadas a cabo en Alemania, Bélgica y Canadá (Garrels et al., 2000) demuestran que la predominancia de las TF sobre los TM es cada vez menor (1,2-1,7/1). Nuestros resultados se aproximan más a estos últimos estudios donde la razón entre los dos grupos TF/TM tiende más a igualarse.

5.1.1.2. Edad

La edad que hemos tenido en cuenta en nuestro análisis ha sido la que tenían las personas transexuales en el momento de administrarles la prueba y tuvo lugar, aproximadamente, en los dos primeros años de funcionamiento de la UTIGPA. Por este motivo, puede ser considerado también un índice aproximado de la edad en que solicitan consulta, siendo entonces la edad media a la que acuden solicitando atención para las TF de 38,42 años, edad significativamente mayor que para el grupo de TM, que fue de 27,28 años.

Otras investigaciones en el ámbito nacional (Gómez Gil, 2006) obtienen que la media a la que acuden por primera vez solicitando atención fue de 29,8 años para las TF y de 26,34 años para los TM, siendo la edad media de petición de consulta 28,07. En nuestro estudio la edad media de las TF (38,42 años) es significativamente superior a la de los TM (27,28 años), resultando una media de edad para ambos grupos de 33,69 años. Estos resultados coinciden solo en parte con los obtenidos en el Hospital Clinic de Barcelona. Mientras que nuestro grupo de TM obtiene una media de edad parecida, las TF obtienen una media de edad superior, lo que hace ascender la media de edad para ambos grupos. Las hipótesis que tenemos al respecto son: en primer lugar, que con la puesta en marcha de la Unidad comenzaron a llegar un grupo

de TF que necesitaban asistencia porque ya estaban siendo tratadas de forma aislada por distintos especialistas (fundamentalmente psicólogos, psiquiatras o endocrinos) o porque realizaban autotratamientos y además ya habían realizado algún tipo de cirugía o tratamiento estético feminizante. Esta población de más edad y con experiencia desde hacía años, nosotros las denominamos “históricas”. En segundo lugar, observamos que la edad máxima de las TF (79 años) es superior a los TM (45 años), si eliminamos a esta persona que se desvía de forma importante de la muestra, la media de edad sería para las TF, 36,16 (16-52 años) y se aproximarían algo más a la edad de los TM, aunque sigue habiendo importantes diferencias.

5.1.1.3. País de procedencia

Nuestros datos revelan que la mayor parte de las personas transexuales son nativas de España y además, con porcentajes similares para el grupo de TF y de TM. Por el contrario, en estudios españoles realizados desde la perspectiva de análisis de la demanda, se han obtenido porcentajes relevantes de personas transexuales procedentes de otros países (Gómez Gil, 2006), incrementándose estos valores, en investigaciones suecas u holandesas (Landen, Walinder y Lundström, 1998; Olsson y Moller, 2003; Van Kesteren et al., 1996).

Aunque nuestra investigación no contempla un análisis de la demanda y además, no incluye a toda la población transexual que ha pedido consulta en la UTIGPA, hemos empezado a observar que se están incrementando el porcentaje de personas transexuales procedentes sobre todo de Latinoamérica.

En las evaluaciones se hace explícita la gran persecución y rechazo de la que son víctima en sus países de origen y que junto a la mala situación económica que padecen, les lleva a tomar la determinación de emigrar.

5.1.1.4. Nivel de estudios

El nivel de estudios en la población transexual suele ser menor que en la población general (Cole et al., 1997). Esto no nos sorprende debido a las dificultades que tienen para la integración escolar. Prácticamente todas las personas de nuestra muestra recuerdan su paso por la escuela como “un infierno”. Las actitudes no siempre comprensivas del profesorado junto con las burlas y los insultos de los propios compañeros, dificultan el aprendizaje y en ocasiones, provocan el abandono de los estudios. Una investigación llevada a cabo en Andalucía con adolescentes puso de manifiesto que el 35% había abandonado la escolarización (Esteva et al., 2006).

En nuestra investigación, aunque explícitamente no hemos tenido en cuenta el abandono de la escolarización, si observamos que tanto las TF (63%) como los TM (50%) han realizado prioritariamente estudios primarios y en segundo lugar secundarios, con una proporción similar para las TF (31,6%) y los TM (28,6%). Solo el 5,3% de las TF llegan a la universidad frente a un 21,4% de los TM. Estos resultados son equivalentes a otros llevados a cabo en nuestro país (Gómez Gil, 2006), donde además de obtener que la población transexual ha cursado sobre todo estudios primarios y primeros cursos de estudios secundarios, el doble de los TM (17%) ha concluido estudios universitarios frente al 9,8% de las TF. Aunque nosotros hemos incluido los que estaban realizando estudios universitarios sin haberlos finalizado aún, nuestros datos son bastante similares a esta investigación nacional y a otras internacionales, que obtienen que la mayoría de las personas transexuales tiene estudios medios (Cole et al., 1997), y que sólo un 9% de las TF y un 13% de los TM alcanzan estudios universitarios (Landen et al., 1998).

5.1.1.5. Trabajo actual

Al igual que en otros estudios nacionales (Bergero et al, 2001; Gómez Gil, 2006), el mayor porcentaje de nuestra muestra corresponde a personas con una baja cualificación laboral, de los cuales el 47,4% corresponde a las TF y el 28,6% a los TM. El porcentaje total de personas que trabaja es de 54,6%, y se acerca bastante a otros estudios que sitúan la ocupación laboral entre el 60

y el 70% (Landen et al., 1998), siendo además de baja cualificación (Cole et al., 1997). Ninguna persona de nuestra muestra desempeña una actividad laboral de alta cualificación, al igual que en los datos del Hospital Clinic de Barcelona (Gómez Gil, 2006) donde el grupo de TM mantenía significativamente una cualificación profesional más elevada. Nosotros encontramos que los TM presentan ligeramente un mayor grado de cualificación laboral, que están menos en paro y además un número considerablemente mayor está estudiando, mientras que las TF están más en paro o jubiladas. Parece que son los TM los que se mantienen más en el circuito laboral y formativo. Con respecto a estos resultados, los distintos estudios se contradicen, mientras que en población holandesa, americana y china encuentran que la integración socio-laboral es mejor en los TM (Dixin, Maddever, Van Maasdam y Edwards, 1984; Tsoi, 1992; Verschoor y Poortinga, 1988) otros estudios belgas y suecos no encuentran estos resultados (De Cuyper, Janes y Rubens, 1995; Landen et al., 1998).

5.1.1.6. ¿Realizó trabajos marginales (prostitución)?

La situación de exclusión social que sufre este colectivo se manifiesta fundamentalmente en las TF. Mientras que ningún TM se dedicaba o se había dedicado a la prostitución, más de la mitad de las TF si lo habían hecho (52,6%). Cuando tenemos en cuenta los resultados globales de los dos grupos (TF y TM) el porcentaje es del 30,3%, coincidente con otras investigaciones nacionales que obtuvieron que el 33,3% de las TF han trabajado en el espectáculo sexual o en la prostitución (Gómez Gil, 2006), o internacionales donde también un tercio de las personas transexuales declaran haber estado relacionadas (en el presente o pasado) con el negocio de la prostitución o comercio sexual (Sörensen y Hertoft, 1980).

En las entrevistas de evaluación y psicoterapéuticas queda constancia de que ninguna de las TF se dedica a esta actividad como elección propia, por el contrario, se ven abocadas a ejercer la prostitución como único medio de subsistencia, que en ocasiones alternan con trabajos de baja cualificación y en malas condiciones laborales.

5.1.1.7. Convivencia

Las personas transexuales se encuentran con muchas dificultades para satisfacer sus necesidades afectivas, emocionales y sexuales. Empezando por la convivencia en sus familias de origen hasta sus relaciones de pareja suponen una carrera de obstáculos que en muchos casos es interminable. La familia como parte integrante de la sociedad, también está impregnada de prejuicios y actitudes de rechazo. Esta situación de continuo malestar y conflicto provoca que no pocos transexuales abandonen la familia cuando apenas cumplen la mayoría de edad.

El análisis de esta variable es muy importante para iniciar y llevar a cabo el proceso transexualizador. Dentro del protocolo de evaluación psicológica uno de los parámetros que tenemos en cuenta es el grado de apoyo familiar con el que cuentan las personas transexuales. Un apoyo familiar adecuado es uno de los mejores predictores de satisfacción postquirúrgica (Lundström y Walinder, 1985). Por lo tanto, además de valorar su ajuste psicológico, debemos considerar su red de apoyo social y el nivel de satisfacción en las relaciones de pareja porque juegan un papel importante en la predicción del resultado de la reasignación sexual (Hunt y Hampson, 1980).

En nuestra muestra cuando analizamos los resultados globales de los porcentajes que viven en pareja o con la familia de origen son exactamente los mismos, es decir el 24,2% de las TF y TM viven en pareja y el 24,2% de las TF y los TM viven con sus familias de origen. Otras investigaciones como la realizada en Singapur (Tsoi, 1993) también señalan que porcentajes elevados de personas transexuales mantienen relaciones de pareja (72%) o la que se ha llevado a cabo en España (Hurtado Murillo et al., 2005-2006) donde destacan que hay el doble de TM que de TF con pareja estable (61,5% frente a 30,8%), aunque ello no implica que convivan con ellas.

Cuando tenemos en cuenta, en nuestra muestra, ambos grupos por separado, los TM viven más en pareja (28,6%) y con su familia de origen

(28,6%) frente a las TF que viven en pareja y con su familia de origen un 21,2%. Otros estudios nacionales no encuentran que el grupo de TM tenga con más frecuencia relaciones de pareja estables que el grupo de TF, aunque si encuentran que el mayor porcentaje de ambos grupos viven con sus padres (Gómez Gil, 2006). Aunque en nuestros resultados la diferencia entre ambos grupos no es significativa, parece que los TM encuentran más apoyo y tolerancia dentro de sus propias familias ya que socialmente es más aceptado que una chica adopte roles y apariencia masculina que lo haga un chico con respecto a lo femenino. Estos resultados no contradicen las investigaciones que Cohen-Kettenis y Van Goozen realizaron con una muestra de adolescentes en 1997 donde solamente el 7% vivía con sus padres y el 14% con sus parejas. La adolescencia es un momento complicado del ciclo vital y más en esas circunstancias. En nuestra experiencia hemos observado que tras abandonar sus hogares prematuramente y vivir malas e incluso traumáticas experiencias retornan años después con su familia.

Hay investigaciones que avalan que los TM tras realizar la genitoplastia y a pesar de las limitaciones estéticas y funcionales que comporta, se muestran más adaptados a la nueva situación que las TF (Green y Fleming, 1990; Pauly, 1981; Walinder y Thuwe, 1975), mejorando el contacto con su familia y sus relaciones de pareja que suelen ser más duraderas y de mayor satisfacción sexual (Kockott y Fahrner, 1988). Por lo general las investigaciones demuestran que cierto número de transexuales mejora en sus relaciones de pareja. La clave parece estar en la seguridad que adquieren al percibir concordancia entre su aparato genital y su identidad de género (Blanchard 1985; Rakic, Starcevic, Maric y Kelin, 1996; Stein, Tiefer y Melman, 1990). Aunque estas conclusiones parecen connotar fundamentalmente las relaciones cualitativas y nuestra investigación es cuantitativa, podemos terminar diciendo que en nuestro estudio apenas hay diferencia entre las TF y los TM en cuanto a su convivencia en pareja o en familia, siendo en ambos grupos el segundo lugar de convivencia más utilizado, pero además, tenemos que tener en cuenta que ninguna persona de nuestra muestra tenía realizada la genitoplastia.

El mayor porcentaje de las personas transexuales, un 27,3% viven solas y además es mucho mayor el número de TF que viven solas (36,8%) que el de TM (14,3%). Estos datos podrían ser reflejo de las dificultades que tienen las TF para vivir con sus familias de origen y para mantener relaciones estables de pareja. Varones y mujeres han sido socializados para tener actitudes y creencias radicalmente diferentes sobre el sexo (Carrasco, 1999), por tanto las TF que piensan y sienten como mujeres, optan por unas relaciones sexuales menos genitalizadas. Son muchas las TF que manifiestan que sus parejas en las relaciones sexuales buscan aquello que ellas más rechazan, sus órganos genitales, símbolo precisamente de su masculinidad. Las TF en las relaciones sexuales dan prioridad a lo afectivo y emocional sobre lo sexual y se alejan de estas parejas que no las ven ni las tratan como mujeres. Posiblemente esta sea una de las razones por las que las TF cambian con más frecuencia de pareja frente a los TM que tienden a mantenerse con la misma pareja (Blanchard, 1985; Bodlund y Kullgren, 1996; Kockott y Fahrner, 1988). En el reciente trabajo llevado a cabo por Hurtado Murillo, Gómez Balaguer y Donat Colomer (2005-2006) el 61,5% del grupo de TM tiene pareja estable, mientras que en el grupo de TF solamente el 30,8%.

En este retorno al hogar, que en ocasiones realizan las personas transexuales, terminan reubicados con algún pariente de la familia extensa (9,1%) que generalmente tiene edad avanzada y desde la distancia de la consanguinidad no hace uso del reproche ni de las acusaciones. Mientras que el mayor porcentaje de los que conviven con la familia extensa corresponde a los TM (14,3%), no hay ningún TM que esté en la cárcel, el total corresponde a las TF (15,8%). Este dato también coincide con las personas transexuales que se dedican o se han dedicado a la prostitución. Nosotros pensamos que las grandes dificultades que tienen las TF para acceder al mundo laboral, junto a los ambientes marginales en los que se desenvuelven y que en muchas ocasiones son su única red de apoyo social, favorece que estén más implicadas en cuestiones delictivas.

El mayor rechazo social y familiar que sufren las TF y que conlleva estilos de vida poco aceptados socialmente, se convierte en un círculo vicioso que favorece el aislamiento. No hay ninguna TF que conviva con compañeros, el porcentaje le corresponde solo a los TM (14,3%). Del grupo de personas transexuales que viven solas, el mayor porcentaje le corresponde a las TF con un 36,8% frente a un 14,3% de los TM.

5.1.1.8. Número de hermanos incluido el paciente

Lo más destacable respecto al número de hermanos es que las personas transexuales forman parte, en mayor proporción de fratrías de dos (33,3%) y de tres hermanos (24,2%), (donde ellas también estarían incluidas). Además, se distribuyen de forma bastante equivalente las proporciones para ambos grupos (TF y TM).

5.1.1.9. Lugar que ocupa en la fratría

El mayor número de personas transexuales ocupan el segundo lugar dentro de la fratría (39,4%) y con proporciones muy semejantes para las TF y para los TM. Si esto lo relacionamos con la variable anterior, donde también el mayor porcentaje corresponde a las personas transexuales que forman parte de familias con dos hijos, se establece una redundancia. Las personas transexuales forman parte en mayor medida de familias con dos hermanos y donde ellos también de forma más acentuada son los segundos de la fratría. Además, si más de la mitad de la muestra (51,52%) ocupa el último lugar, mayoritariamente las personas transexuales forman parte de fratrías de dos hermanos donde ellos, además de ser los segundos, son los últimos.

5.1.1.10. Sexo de los hermanos que le preceden

La mayoría de las personas de la muestra tienen hermanos que les preceden (75,6%). La mayor proporción le correspondería a las que solo tienen mujeres que les preceden, después estarían las que solo tienen hombres que les preceden y por último, y con una proporción algo menor, las que tienen tanto hombres como mujeres que las preceden. Analizando los datos por

grupos, las TF tienen el mayor porcentaje de hermanos varones que las preceden y los TM de hermanas mujeres que los preceden.

Hay investigaciones que plantean que el orden de nacimiento de los hermanos puede ser un factor importante en los trastornos de identidad. Dos estudios (Blanchard, Zucker, Bradley y Hume, 1995; Zucker et al., 1997) realizados con chicos (varones biológicos), examinaron la proporción entre el sexo de los hermanos (varones y mujeres) y el orden de nacimiento de los chicos con Trastorno de Identidad de Género o con características de este diagnóstico. El resultado fue que estos sujetos tenían más hermanos varones mayores que hermanas mayores y, con respecto al orden de nacimiento nacían más tarde en relación a sus hermanos varones. Se concluye, en ambos estudios, que los chicos con Trastorno de Identidad de Género, tienen más hermanos varones y un orden de nacimiento más tardío.

Aunque estas investigaciones parecen incluir un espectro más amplio de Trastornos de Identidad de Género y solo se refieren a hombres biológicos, podemos hacer algunos comentarios con respecto a nuestros datos. En nuestro estudio, aunque la diferencia no es considerable, también las TF tienen más hermanos varones mayores que hermanas mayores, y con respecto al orden de nacimiento también nacían más tarde en relación a sus hermanos varones. Estas conclusiones también coinciden con nuestro estudio cuando lo interpretamos desde el punto de vista del grupo de TM, el mayor porcentaje de hermanos que les preceden corresponde a hermanos del género opuesto al sentido por los sujetos a estudio y nacían más tarde en relación a sus hermanas mayores. Sin embargo, otro estudio (Zucker, Lightbody, Pecore, Bradley y Blanchard, 1998) realizado con chicas (mujeres biológicas) con Trastorno de Identidad de Género examinó el orden de nacimiento obteniendo resultados contrarios a los estudios de los chicos. Estas chicas, nacían primero en relación a sus hermanas pero no a sus hermanos varones.

5.1.1.11. ¿Realizó el cambio registral?

Las personas transexuales declaran que una de las situaciones que les producen más estrés es la presentación de documentos oficiales cuando así lo requiere alguna situación como por ejemplo enseñar el D.N.I., el carnet de conducir o la tarjeta sanitaria. Esta disonancia entre la información que consta en los papeles y su apariencia física provoca gran sorpresa en el receptor y en las personas transexuales desencadena sentimientos de malestar e incluso de vergüenza.

Como ya hemos mencionado, la aprobación de la ley que permite el cambio registral coincide con la apertura de la UTIGPA. Por lo tanto, son pocas las personas (27,6%) que cuando se les administró la prueba cumplían los requisitos necesarios. Además del pertinente diagnóstico de transexualismo necesitan justificar dos años de tratamiento hormonal y la escasa atención sanitaria a este colectivo favorecía que un número considerable hubieran realizado tratamientos médicos por su cuenta y sin diagnósticos previos.

De ese 27,7% que si realizó el cambio registral, el mayor porcentaje le correspondió a los TM (35,7%) frente a un 21,1% de las TF. Probablemente esta diferencia se deba a que este porcentaje de TM, cuando realizaron la demanda en la Unidad, ya estaban realizando tratamientos hormonales prescritos por algún especialista en endocrinología. De este modo, vieron favorecida la validez de su solicitud.

5.1.2. Interpretación de las variables clínicas

5.1.2.1. ¿Ha realizado periodos de autohormonación?

En nuestra investigación ningún TM se había autohormonado, mientras que el 52,6% de las TF había realizado algún periodo más o menos largo de autohormonación. Estas personas conseguían en la calle y a través de otras compañeras el tratamiento recomendado tras las experiencias personales de sus iguales. Sin la confirmación de un diagnóstico previo y sin la supervisión médica oportuna se autoadministraban hormonas frecuentemente por ensayo o error o dependiendo de su asequibilidad en el mercado. Este alto porcentaje de

TF que se han autohormonado y además durante largas etapas de su vida, también ha sido hallado en el Hospital Carlos Haya de Málaga (Esteva et al., 2001) y en el Hospital Clinic de Barcelona donde el 64,1% de las TF habían iniciado por su cuenta el tratamiento, mientras que solamente un 4,3% de los TM (Gómez Gil, 2006). Este elevado porcentaje de TF que realizan autotratamiento hormonal también concuerda con datos de estudios previos (Blanchard, Clemmensen y Steiner, 1987) donde se pone de manifiesto que la escasez de recursos sanitarios conlleva a hacer uso del autotratamiento hormonal con efectos secundarios para su salud. Esto refleja los problemas que estos pacientes tienen para obtener tratamiento hormonal en hospitales públicos fuera y dentro de España y en consecuencia eleva el riesgo de complicaciones (Becerra, de Luis Román y Piédrola, 1999).

La importancia que las TF le otorgan a la imagen corporal las coloca en situación similar a la de las mujeres biológicas, ambas sufren la presión de los modelos normativos. En el proceso de construcción de la imagen corporal están implicados los modelos normativos de género, fruto de las relaciones asimétricas entre los sexos. La apariencia externa de las personas adquiere un significado en función de los valores sociales, a través de la apariencia física se obtiene el reconocimiento social. En este reconocimiento social están presentes los estereotipos de masculinidad y de feminidad vigentes en la sociedad y a través de este reconocimiento las personas obtienen su autorreconocimiento y en consecuencia su satisfacción personal (el entorno las confirma) (Bourdieu, 1979; Jodelet y Ohana, 1982; Maisonneuve, 1981).

Las TF necesitan ser vistas y tratadas por los demás como mujeres y por ello acentúan su preocupación por la imagen corporal. Tienen los problemas de las mujeres biológicas pero acentuados. Los estereotipos de feminidad donde se incluyen unos estándares de belleza concretos son más rígidos para las mujeres que para los hombres (Dolan y Gitzinger, 1994; Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff, 1999), y además las TF se encuentran con una base biológica que es más difícil de modificar. Estas dificultades junto a una menor tolerancia de la sociedad hacia los hombres que se visten o se comportan como mujeres

(que hacia las mujeres que se comportan como hombres) (Herman- Jeglinska et al., 2002), provoca que las TF asuman, en ocasiones de forma exagerada, aquellas características que necesitan para que sea confirmada su identidad de género.

5.1.2.2. ¿Se está hormonando?

Tras haber pasado la primera fase del diagnóstico por parte del psicólogo, la persona transexual empieza a ser valorada por el endocrino para tratamiento hormonal. Iniciar el tratamiento hormonal para estas personas supone, en la mayoría de los casos, un momento muy deseado que esperan con gran impaciencia tras el proceso de evaluación. El tratamiento hormonal juega un importante papel dentro del proceso transexualizador. Su objetivo fundamental dentro del tratamiento de reasignación de sexo es ayudar a disminuir, con todas sus limitaciones, los caracteres sexuales secundarios del sexo de nacimiento de la persona transexual e inducir los caracteres sexuales secundarios del sexo con el que se identifica. Estos cambios físicos, consecuencia del tratamiento hormonal, desarrollan en las personas transexuales un sentimiento de seguridad que favorece y facilita la realización de la experiencia de la vida real, mejora su disforia de género y en general, su calidad de vida (HBIGDA, 2001).

Podríamos establecer tres grupos de personas transexuales que solicitan tratamientos hormonales en la UTIGPA. El primer grupo estaría compuesto por los que nunca han estado con tratamientos hormonales, en el segundo y menor, estarían los que vienen con tratamientos prescritos por algún endocrino y el tercero lo integrarían aquellos que han realizado periodos de autohormonación o lo están haciendo en el momento que piden la consulta. Mientras la demanda de los primeros es de iniciar el tratamiento hormonal, los segundos y terceros solicitan control y seguimiento hormonal. Los endocrinos que estaban trabajando de forma aislada, tras la apertura de la UTIGPA hacen la oportuna derivación. El último grupo, consciente del peligro que conlleva hacer el tratamiento sin ningún control médico y concededores de la apertura de nuestro dispositivo, también demanda que el tratamiento sea por prescripción

facultativa. No todas las personas transexuales hacen demanda de genitoplastia, algunas, por diversos motivos, solamente desean realizar tratamiento hormonal.

A pesar de que prácticamente estábamos en los dos primeros años de asistencia de la UTIGPA, un alto porcentaje de personas transexuales se estaba hormonando en el momento de pasarle la prueba (66,7%). Probablemente este hecho se deba a que un buen número de ellas ya lo estaban haciendo con anterioridad, bien por prescripción facultativa o por su cuenta (el 52,6% de las TF se había autohormonado). Esto facilitó y acertó el periodo de evaluación influyendo en que fuesen más las TF que se estaban hormonando (73,7%) que los TM (57,1%).

Las investigaciones llevadas a cabo en nuestro país establecen que las TF comienzan a una edad más temprana que los TM los tratamientos hormonales por su mayor necesidad de tener la apariencia externa de una mujer (Esteva et al., 2001) y que el 70% cuando piden consulta ya están recibiendo tratamiento hormonal, bien por prescripción facultativa o por su cuenta (Gómez Gil, 2006).

5.1.2.3. Años de hormonación

El hecho de que las TF comiencen a hormonarse, aunque sea por su cuenta, a una edad más temprana que los TM, da como resultado que la media de años que se llevan hormonando sea mucho mayor (6,5 años) que la del grupo de los TM que es de 2,4 años.

Como conclusión extraída del análisis de las variables relacionadas con la hormonación en ambos grupos, obtenemos que más de la mitad del grupo de TF se había autohormonado (52,6%), a diferencia del grupo de TM, en que ningún sujeto había iniciado el tratamiento hormonal por su cuenta. Están hormonándose por prescripción facultativa en el momento de la administración de la prueba en mayor medida las TF (73,7%) que los TM (57,1%) y como

consecuencia de los resultados de las dos variables anteriores, las TF tienen una media de años de hormonación mayor (6,5) que los TM (2,4). Por lo tanto, se puede concluir que las TF recurren más a la autohormonación, se autohormonan más y durante más años que los TM.

5.1.2.4. ¿Ha realizado cirugías de feminización o masculinización facial y/o corporal?

En las relaciones personales, la imagen externa facial y corporal adquiere gran importancia. El cuerpo y la cara suelen ser objeto de evaluación comparativa por parte de las personas del entorno y en pos de un patrón normativo de feminidad y masculinidad vigente en la sociedad en la que se vive. La persona transexual se siente insegura, con gran malestar psicológico ante el incumplimiento de estos prototipos que se le demandan.

La terapia quirúrgica solo debería realizarse tras un año de tratamiento hormonal (HBIGDA, 2001). Sin embargo, algunas de las personas transexuales, cuando llegan a nuestra Unidad, ya han realizado diversas intervenciones quirúrgicas sin ningún plan coordinado de intervención.

En nuestra investigación, un 42,1% de las TF habían realizado algún tipo de intervención quirúrgica, mientras que sólo el 28,6% de los TM lo habían hecho. Probablemente esta diferencia se deba a la mayor presión que en general, la sociedad ejerce sobre las mujeres, respecto al cumplimiento de los estereotipos de feminidad. La sociedad suele ser más tolerante con los TM respecto al cumplimiento de los estereotipos de masculinidad y además, tras el tratamiento hormonal, los TM suelen conseguir una imagen masculina más lograda que algunas de las TF.

5.1.2.5. ¿Ha realizado cirugías faciales?

Hay un dicho popular que dice “la cara es el espejo del alma”. Por supuesto esto no siempre coincide en la población general y mucho menos en las personas transexuales. El rostro es una parte muy importante en las

interacciones humanas. La cara y sus expresiones forman parte fundamental del lenguaje analógico (gestos) que suele acompañar al lenguaje digital (hablado) y además, para que la comunicación no esté alterada y que el oyente la comprenda, debe haber una congruencia entre el lenguaje digital y el analógico.

La disonancia que se establece en el entorno ante las personas transexuales puede producir desde incertidumbre, al plantearse dudas sobre su género y cómo tratarlas, hasta rechazo. Aunque la incongruencia facial la padecen tanto los TM como las TF (Ousterhout, 1987), como ya hemos dicho, la tolerancia del entorno es distinta en ambos grupos y además los efectos de las hormonas también van a favor de los TM.

El tratamiento hormonal en los TM suele producir los efectos deseados y en raras ocasiones demandan cirugías faciales para masculinizar su rostro. Por el contrario, las TF suelen realizar cirugías faciales ya que bajo la influencia de sus propias hormonas desarrollaron una estructura facial más robusta y angulada y que no revierte con el tratamiento hormonal (Becking, Tuinzing, Hage y Gooren, 1996). Por estos motivos, probablemente, ningún miembro del grupo de TM había realizado cirugía facial, mientras que si lo hicieron el 31,6% de las TF.

5.1.2.6. ¿Ha realizado cirugías corporales?

Como ya hemos dicho, ninguna persona de nuestro estudio había realizado una genitoplastia, aunque varias se encontraban en lista de espera.

Los efectos del tratamiento hormonal en los TM, al igual que en la cara, obtienen una transformación somática más satisfactoria que en las TF. Por este motivo, no suelen solicitar cirugías corporales a excepción de la mastectomía. Con frecuencia, los TM sienten gran rechazo hacia sus mamas que les impiden realizar una vida satisfactoria tanto en las relaciones de pareja como al realizar ciertas actividades de la vida diaria que impliquen exponerse

(como ir a la playa o ponerse ropa de verano). Algunos de ellos tratan de ocultarlas con métodos dolorosos como fajas o con posturas encorvadas. En nuestra casuística un 28,6% de los TM había realizado la mastectomía como única intervención, frente a un 36,8% de las TF que habían realizada algún tipo de cirugía feminizante, como la mamoplastia de aumento y la lipoescultura fundamentalmente.

5.1.2.7. Orientación sexual

Más del 90% de nuestra muestra son personas con una orientación heterosexual. Estos resultados coinciden con las investigaciones llevadas a cabo tanto por estudios nacionales como internacionales donde también más del 90% de la orientación sexual de las personas transexuales es heterosexual respecto al sexo con el que se identifican (Gómez Gil, 2006). Es decir, la mayoría de las personas transexuales que se identifican como mujeres sienten atracción por los hombres y del mismo modo, gran parte de las personas transexuales que se sienten varones sienten atracción por mujeres heterosexuales (Bergero et al., 2001; Gómez Gil et al., 2003; Tsoi, 1993).

Otros estudios previos, realizados fuera de nuestro territorio, también obtuvieron que al igual que en la población general, más del 90% de las relaciones de pareja son heterosexuales al sentir atracción hacia personas del género opuesto al género con el que se identifican (Landen et al., 1998; Tsoi, 1990, 1992).

Cuando analizamos los dos grupos por separado, de las 33 personas de nuestra casuística, solamente dos de las TF manifiestan tener una orientación homosexual. Resultados similares a los nuestros fueron obtenidos en estudios españoles llevados a cabo por Hurtado Murillo, Gómez Balaguer y Donat Colomer, (2006) donde el 61,5% de los TF y el 92% de los TM manifestaban orientación heterosexual.

Este análisis lo hemos realizado al tener en cuenta las investigaciones que han estudiado la asociación entre la orientación sexual y el arrepentimiento post-intervención de reasignación sexual, que han encontrado que generalmente los transexuales que manifiestan una orientación homosexual tras la intervención quirúrgica, presentan mayores tasas de arrepentimiento y peor pronóstico que aquellos que presentan una orientación heterosexual (Blanchard, 1985; Blanchard et al., 1989; Cohen Kettenis y Van Goozen, 1997; Kockott y Fahrner, 1987; Walinder et al., 1978). La clasificación que mantienen algunos autores (Gooren, 2006; Herman-Jeglinska et al., 2002; Landen et al., 1998) entre transexuales primarios o tempranos y transexuales secundarios o tardíos, puede orientar hacia el pronóstico. En los primarios o tempranos, la inconformidad está presente desde edad temprana, la conducta afeminada o masculina desde la niñez y son heterosexuales respecto al género sentido; mientras que los transexuales tardíos o secundarios detectan su condición aproximadamente después de los 35 años, a lo largo de su vida han tenido episodios travésticos y es más probable que después de la cirugía de reasignación se arrepientan de su nueva condición. En los estudios llevados a cabo en España, más del 90% de los pacientes evaluados estarían dentro de los llamados transexuales primarios (Bergero et al., 2001; Esteva et al., 2001., 2001; Gómez Gil et al., 2003).

Aunque la transexualidad puede aparecer en diferentes momentos del ciclo vital, la forma más frecuente (Becker y Kavoussi, 1989) y de mejor pronóstico tras la cirugía, incluiría a aquellas personas que presentan alteraciones en la identidad de género desde la infancia (transexualismo primario). En el caso de los transexuales femeninos secundarios que presentan una orientación homosexual tienen mayor probabilidad de arrepentimiento tras la cirugía de reasignación de sexo y se han observado casos de remisión espontánea (Bergero et al., 2001). Por lo tanto, las dos TF (10,5%) de nuestra muestra, que además de tener una orientación homosexual, son lo que denominaríamos transexuales secundarios, serían las personas a valorar exhaustivamente por la posibilidad de peor pronóstico tras la cirugía de reasignación de sexo.

5.1.2.8. ¿Realiza experiencia de la vida real?

El cambio registral y la realización de los tratamientos hormonales favorecen el comportarse según el género sentido en los distintos ámbitos de la vida. Con frecuencia las personas transexuales que llegan a la Unidad sin haber comenzado la experiencia de la vida real o como mucho solo la realizan en contextos íntimos, posponen el ampliar o generalizar sus roles al comienzo de los tratamientos hormonales e incluso, en algunos ámbitos, como el laboral, esperan a realizar el cambio registral. De ahí que en nuestra muestra un pequeño porcentaje (18,2%) aún no la realiza. Los menos, por cuestiones familiares e incluso, por miedo a ser rechazados en puestos de trabajo ya consolidados, solo realizan la experiencia de la vida real en algunos contextos (18,2%).

Aunque son pocos los que ya han obtenido el cambio registral, son muchas las personas transexuales que se están hormonando y esta variable puede ser más decisoria a la hora de realizar la experiencia de la vida real tanto para las TF como para los TM. La mayoría de la muestra (63,6%) y en proporciones similares para las TF (63,2%) y para los TM (64,2%) realiza la experiencia de la vida real en todos los contextos. El haber realizado el cambio registral puede que favorezca sobre todo la integración social, por lo que el hecho de no haberlo conseguido aún puede limitar el que se realice el vivir según el género sentido en determinados contextos, por ejemplo el laboral.

Los resultados de este estudio confirman la primera hipótesis (Hs.1.1) que establece que existen características socio-demográficas y clínicas diferenciales entre los TM y las TF. En general, las TF difieren ligeramente de los TM en las variables socio-demográficas si exceptuamos la variable prostitución donde solo la han ejercido las TF. En cuanto a las variables clínicas, las diferencias entre los dos grupos parecen ser más evidentes y sólo en la realización de la experiencia de la vida real han obtenido porcentajes similares.

5.2. Interpretación de los resultados obtenidos con la aplicación del BSRI a la muestra de personas transexuales y al grupo control.

En este apartado se desarrollará el análisis de los resultados obtenidos con el grupo de TF y TM tras la aplicación de BSRI y se comparará con el grupo control y con otras investigaciones realizadas que también han aplicado el BSRI a la población transexual.

Con respecto a los resultados totales del grupo de personas transexuales, la puntuación media en feminidad (5) fue ligeramente más alta que la del grupo control (4,8) y la puntuación media en masculinidad (4,59) semejante a la del grupo control (4,5).

Analizando estas puntuaciones absolutas, de los ítems masculinos (4,59) y femeninos (5), parece haber una tendencia que indica mayor fuerza de identificación con los rasgos femeninos. También en el grupo control se confirma esta identificación con el género correspondiente aunque no aparece un patrón claro de identificación mayor en los rasgos femeninos (4,8) que en los masculinos (4,5).

Esa tendencia de las personas transexuales de la muestra a autoadjudicarse más rasgos femeninos que masculinos también ha sido hallada en algunos estudios realizados con población general (Fernández, Álvarez, Velásquez y Ruiz, 2002; Páez y Fernández, 2004; Zubieta, Fernández, Vergara, Martínez y Candia, 1998), en los que se pone de manifiesto que países latinoamericanos y otros europeos, como Holanda y Escandinavia privilegian, tanto en hombres como en mujeres, los rasgos femeninos. Otras investigaciones, sin embargo, mantienen la existencia de niveles más elevados de masculinidad (Basow, 1986; Sugihara y Katsurada, 1999). Estos resultados deben ser contextualizados en el modo de vida de ciertas culturas y en la plasticidad de países más evolucionados, donde los varones no sientan la necesidad ni la presión social que les obligue a mantenerse en los roles que habitualmente les han sido asignados.

Tanto las TF como los TM se incluyeron mayoritariamente dentro de la categoría correspondiente al género sentido, las TF obtuvieron los porcentajes más elevados en la categoría femenino y los TM en la categoría masculino.

Con respecto al grupo control ha sucedido algo similar a la muestra de personas transexuales. Tanto hombres como mujeres obtuvieron el mayor porcentaje en la categoría del género correspondiente a su sexo y el porcentaje más bajo en el género opuesto. En el grupo control también se mantienen las similitudes con respecto al grupo de TF y TM, tanto hombres como mujeres tienen porcentajes bastante aproximados en androginia.

Mientras que las puntuaciones en la categoría indiferenciado en las TF y en los TM son bastante equivalentes y ocupan el segundo lugar después del género con el que se identifican, en el grupo control estas puntuaciones son las únicas que se distancian entre sí, el 25% para las mujeres y el 14,3% para los hombres. Tanto TF como mujeres dan resultados similares en indiferenciado (26,3% y 25%), mientras que los hombres obtienen menor puntuación en esta categoría que los TM (28,6%). Aunque el grupo experimental y el grupo control, han sido dos muestras bastante homogéneas en cuanto a los resultados, esta diferencia encontrada en la categoría indiferenciado merece especial atención, no tanto por ser la más baja en el grupo de los hombres, sino porque es la más alta, después de las categorías tipificadas tanto para los TM como para las TF.

Los sujetos clasificados como indiferenciados, es decir, aquellos que se atribuyen un bajo número de características tipificadas sexualmente como masculinas o femeninas (García Mina, 2003), reflejan débiles identificaciones con las características de ambos géneros. Un importante número de nuestra muestra no encaja en las reglas preestablecidas socialmente, están caracterizados por una indeterminación genérica, una indefinición de la identidad de género entendida desde los estereotipos preestablecidos por la sociedad. En este sentido, las personas transexuales que se han ubicado en esta categoría caracterizada por la indefinición de su identidad de género, se han colocado en una posición que supera el modelo dualista, es decir, en una

trans-sexualidad. Estos argumentos conectarían con la idea de transgénero, que surge a partir de la teoría Queer y que rechaza la aplicación del pensamiento binario hombre-mujer revisando la supuesta identidad de género y rechazando los ordenamientos sexuales que se consideran inamovibles y establecidos (Giberti, 2000).

En nuestra investigación se ha confirmado la segunda hipótesis (Hs.2.1) que tanto las TF como los TM se autoperciben en términos estereotípicos, es decir, las TF obtuvieron las puntuaciones más altas en la categoría femenino y los TM en la de masculino, coincidiendo estos resultados con los obtenidos por el grupo control donde los porcentajes son bastante equivalentes en todas las categorías, a excepción de que las TF han obtenido mayor porcentaje en masculino que el grupo control de mujeres, y que los TM se han incluido en mayor medida en la categoría de indiferenciado que el grupo control de hombres.

Los resultados de nuestro estudio no apoyan los hallazgos de trabajos anteriores donde se encontró que las TF obtenían porcentajes en feminidad más altos que las propias mujeres del grupo control (Fleming et al., 1980; Herman-Jeglinska et al., 2002). Esto supondría que son más femeninas que las propias mujeres y que las TF tienen estereotipos de rol de género extremos (Mate-Kole et al., 1988). En nuestro grupo de TF, la puntuación en la categoría femenino (36,8%) aunque ha sido el porcentaje más elevado respecto a las cuatro opciones de rol de género, es algo menor que la del grupo control de mujeres (41,7%).

Al igual que estas investigaciones obtuvieron que las TF puntuaron más alto en la categoría femenino que el grupo control de mujeres, también aportan que el grupo de TM obtenía en masculino, puntuaciones semejantes al grupo control de hombres (Herman-Jeglinska et al., 2002). Estas investigaciones, junto a algunas de ámbito nacional (Hurtado Murillo et al., 2005-2006; Hurtado Murillo et al., 2009) llegan a concluir que las TF no son un espejo de los TM,

constituyendo, las TF una condición más extrema en la identificación de los rasgos de personalidad femeninos frente a los masculinos.

Los datos relativos a los TM van bastante más en sintonía con los resultados obtenidos por nuestras muestras. Apenas hay diferencias en la categoría masculino entre los TM y el grupo control ya que los TM obtuvieron un 35,7% y el grupo control de hombres 42,9%.

La equivalencia en los resultados de nuestra muestra de personas transexuales y del grupo control, también se da con respecto a los dos grupos de transexuales que hemos utilizado en la investigación. Nuestros datos no apoyan la idea de que las TF constituyen una condición más extrema de los estereotipos culturales de feminidad frente a los TM y sus estereotipos culturales asociados a la masculinidad. La puntuación de las TF en feminidad no es más alta que la de los TM en masculinidad, habiendo obtenido en feminidad un 36,8% y los TM en masculinidad un 35,7%.

A la vista de los resultados, la tercera hipótesis (Hs.2.2) de nuestra investigación no se confirma. Aunque las TF han obtenido en femenino el porcentaje más elevado respecto a las cuatro opciones de rol de género, esta cifra es incluso, algo menor que la del grupo control de mujeres, además, la puntuación de las TF en feminidad no es más alta que la de los TM en masculinidad. Por lo tanto, las TF no constituyen una condición más extrema en la identificación de los roles de género con los que se identifican y como ya hemos visto, tienen las mismas necesidades y están tan atrapadas en los estereotipos sociales como lo están las propias mujeres. Con respecto al grupo de TM, aunque también se incluirán mayoritariamente en la categoría masculino, no lo hacen en menor grado que las TF en los roles de género con los que se identifican y no van a diferir mucho del grupo control.

5.3. Interpretación de los resultados obtenidos de relacionar las variables clínicas con los roles de género del BSRI

5.3.1. Autohormonación y autopercepción

Las TF cuando se autohormonan se autoperciben más femeninas y menos masculinas, y cuando no lo hacen, más andróginas. Posiblemente, el hecho de autohormonarse desequilibre la balanza a favor de una mayor autopercepción en la categoría femenino y disminuya su adhesión a los roles masculinos. Mientras que parece existir una relación entre autohormonarse y la autopercepción en el grupo de TF, no ocurre lo mismo en el caso de los TM, aún sin autohormonarse, el mayor número de personas obtuvo puntuaciones altas en la categoría masculino, aunque también un número importante en indiferenciado.

Para los dos grupos, la categoría indiferenciado ocupó el segundo lugar después de femenino para las TF que sí se habían autohormonado y también el segundo lugar, después de masculino, para los TM que no se habían autohormonado.

5.3.2. Hormonación y autopercepción

Las TF que se están hormonando se autoperciben en la misma medida femeninas e indiferenciadas. Las TF que no se están hormonando, se autoperciben tanto femeninas como andróginas. Vuelve de nuevo a aparecer este dato que relaciona la no hormonación con la categoría andrógino en las TF.

No parece clara la relación entre la hormonación y la autopercepción en los roles de género. Tras los resultados obtenidos en la variable autohormonación, esperaríamos que en las personas que ya están por prescripción facultativa a tratamiento hormonal, su autopercepción, en los roles de género con los que se identifican, se reforzase. Curiosamente esto no es así, no solamente la categoría femenino no se ve aumentada, sino que aparece un importante número de indiferenciadas. Posiblemente, el hecho de estar en

esta fase de proceso transexualizador, donde ya han sido evaluadas y diagnosticadas y no tienen que demostrar nada para “convencernos de lo que sienten”, les permita contestar a las preguntas del BSRI sin la presión del evaluado, que implicaría el demostrar que están de alguna manera adscritas a los roles de género con los que se supone que se identifican. Al igual que las TF que se hormonan se incluyen en la categoría de indiferenciado, también los TM que se están hormonando serían en primer lugar indiferenciados, después masculinos o andróginos y en último lugar femeninos, mientras que la mitad de los que no se están hormonando se incluyen en la categoría masculino.

Ambos grupos, cuando se están hormonando, se incluyen prioritariamente en la categoría indiferenciado. Para los TM queda mucho más clara la ausencia de relación entre el hecho de estar hormonándose y su autopercepción en los roles de género con los que se identifican.

Estos resultados nos han sorprendido por la importancia que en el proceso transexualizador, sobre todo las TF, otorgan a los tratamientos hormonales. En nuestra experiencia clínica hemos observado que tras el comienzo de los tratamientos hormonales las personas transexuales refieren sentirse más seguras y con un sentimiento de mejoría respecto a su disforia de género favoreciendo la realización de la experiencia de la vida real (HBIGDA, 2001). A pesar de que no hemos hallado relación entre hormonarse y autopercepción en los roles de género con los que se identifican, podemos deducir, los motivos por los cuales las personas transexuales realizan esta demanda.

5.3.3. Cirugías feminizantes o masculinizantes y autopercepción

Tanto las TF como los TM que realizan algún tipo de cirugía feminizante o masculinizante se autoperciben más en los roles de género con los que se identifican y los que no las realizan se incluyen más en la categoría indiferenciado.

En este punto, parece clara la importancia que tiene para las personas transexuales la realización de algún tipo de cirugía que vaya adecuando su cuerpo al género sentido.

5.3.4. Cirugía facial y autopercepción

Aunque inicialmente parece existir cierta relación entre haber realizado algún tipo de cirugía facial y percibirse más femenina, cuando analizamos al grupo de TF globalmente, la relación, aunque persiste, ya no es tan notoria. La categoría femenino fue la que más ha incluido a las TF que si la habían realizado, sin embargo observamos que las TF que no la realizaron también se sitúan en la categoría femenino aunque compartiendo lugar con indiferenciado.

En los TM es más evidente que no hay relación entre la realización de cirugías faciales y la mayor autopercepción en los roles de género con los que se identifican. Los TM a pesar de no haber realizado ningún tipo de cirugía facial se incluyen prioritariamente dentro de la categoría masculino, aunque también es importante el número de indiferenciados. Se puede desprender de los resultados obtenidos que tanto para las TF como para los TM que no han realizado cirugías faciales, la categoría indiferenciado ocupa un lugar prioritario.

Los TM no necesitan realizar cirugías faciales para percibirse más masculinos. Sin embargo, en las TF, al igual que en las mujeres biológicas, el rostro ocupa un lugar importante en las interacciones sociales y la valoración del entorno influye notoriamente en su autopercepción.

5.3.5. Cirugía corporal y autopercepción

Las TF que sí realizaron cirugías corporales se autoperciben más femeninas y cuando no lo hacen, más indiferenciadas, seguidas casi inmediatamente de una autopercepción más andrógina y femenina. Parece haber una relación entre la realización de cirugías corporales y la autopercepción en los roles de género con los que se identifican. Cuando no las realizan se autoperciben más indiferenciadas. También los TM se

autoperciben más masculinos cuando realizan cirugías corporales y más indiferenciados cuando no es así.

Es evidente para ambos grupos la importancia de la realización de cirugías corporales. La mastectomía en el caso de los TM y, posiblemente también la mamoplastia de aumento en el caso de las TF son una influencia decisiva en su autopercepción.

Ha quedado patente que tanto para las TF como para los TM la realización de intervenciones quirúrgicas que adecuen su cuerpo al género con el que se identifican, favorece su autopercepción en los roles de género que asumen como propios y que cuando no las realizan se autoperciben más indiferenciados.

Las TF que han realizado algún tipo de cirugía en general o bien algún tipo de cirugía facial o corporal se autoperciben más femeninas y las que no las realizan más indiferenciadas. Mientras que en las TF puede haber cierta relación entre realizar alguna cirugía facial y su autopercepción, los TM no necesitan realizar cirugías faciales para autoperibirse más masculinos. Tanto TF como TM cuando realizan cirugías corporales se autoperciben más tipificados en el sexo con el que se identifican y se autoperciben más indiferenciados cuando no las realizan. Estos resultados justificarían de alguna manera los grandes deseos y la necesidad urgente que las personas transexuales manifiestan durante el proceso transexualizador de realizar ciertas cirugías, como son la mastectomía (TM) o la mamoplastia de aumento (TF). La ausencia o la presencia de pechos son dos signos externos que el entorno percibe y significa, como rasgos propios de la masculinidad o de la feminidad y esto si parece relacionarse con su autopercepción.

5.3.6. Orientación sexual y autopercepción

Creemos que ha sido poco acertado haber relacionado esta variable con la autopercepción en el sentido de feminidad y masculinidad. La orientación

sexual y la identidad de género son dos conceptos diferentes. Mientras la orientación sexual hace referencia a la atracción que siente una persona por otra, la identidad de género hace referencia al sentimiento íntimo que tiene una persona como mujer o como hombre. Históricamente, e incluso actualmente a nivel popular, se tiende a confundir a las personas transexuales con las que tienen una orientación homosexual, es decir, las que sienten atracción por personas del mismo sexo. La orientación sexual de un individuo, incluidas las personas transexuales, es independiente del sentimiento de género con el que se identifican y al igual que la población general, son mayoritariamente heterosexuales, aunque también pueden sentir atracción por el mismo sexo, por ambos sexos o por ninguno y esto no modificaría en absoluto su identidad de género.

Sin dejar de tener en cuenta esta reflexión que acabamos de hacer, vamos a analizar nuestros resultados. Mientras que las TF heterosexuales, se autopercebían en mayor número femeninas y en menor número masculinas, ninguna de las dos TF que se manifiestan homosexuales se autopercibe como femenina, una se autopercibe como masculina y la otra como indiferenciada, y sin olvidarnos que precisamente estas dos personas transexuales pertenecen al grupo de las transexuales secundarias, cabría preguntarse si existe alguna relación entre sentirse atraídas por el sexo contrario al que se identifican y percibirse más femeninas y si este sentimiento favorecería la buena adaptación tras la cirugía de reasignación de sexo. Sería interesante contar con una muestra mayor de TF secundarias para valorar su autopercepción en los roles de género con los que se identifican. Estos datos, aunque curiosos, no dejan de ser anecdóticos ya que también observamos, por ejemplo, que cuatro personas se incluyen en la categoría de indiferenciado y dos en masculino, y no por ello las incluimos en el grupo de riesgo de arrepentimiento postcirugía.

5.3.7. Experiencia de la vida real y autopercepción

El mayor número de TF que realizan la experiencia de la vida real tanto en todos los contextos como solo en algunos, se sitúan en la categoría

femenino. Ninguna TF se incluyó en la categoría femenino cuando no realizaba experiencia de la vida real.

Parece clara la relación entre realizar la experiencia de la vida real o no realizarla y como se autoperciben las TF respecto a las cuatro opciones de rol de género. Comportarse según el género sentido ayuda a autoperibirse más en la línea de los roles de género con los que se identifica, es decir, las TF que realizan la experiencia de la vida real se autoperciben más femeninas. Esto queda además demostrado porque de las TF que no realizaban esta experiencia, ninguna se incluyó en la categoría femenino.

Los TM que realizan la experiencia de la vida real en todos los contextos se incluyen mayoritariamente en la categoría masculino, sin embargo ninguno de los que están realizando la experiencia de la vida real en algunos contextos, se incluye en esta categoría y además, de los dos que no realizan la experiencia de la vida real, uno se sitúa en la categoría masculino. Por lo tanto, aunque en menor grado que las TF, los TM también refuerzan positivamente la autopercepción que tienen sobre su adherencia a los roles de género con los que se identifican, cuando realizan la experiencia de la vida real.

Aunque en mayor medida para las TF, parece existir para ambos grupos, una relación positiva entre realizar la experiencia de la vida real y su autopercepción en el sentido de los roles de género con los que se identifican. También para ambos grupos en la variable “realiza la experiencia de la vida real en todos los contextos”, la categoría indiferenciado, fue la que más incluyó a ambos grupos después de femenino y masculino.

Atendiendo a los resultados obtenidos entre la variable hormonación y la autopercepción y dada la importancia que para las personas transexuales tiene el hecho de realizar tratamientos hormonales, la confirmación de nuestra última hipótesis (Hs.3), requiere una reflexión profunda y solo con cautela y prudencia podríamos decir, que aunque no podemos generalizar que el avance en todo el

proceso transexualizador implicaría necesariamente autoperibirse más masculinos o más femeninas, los resultados confirmarían, solamente en parte la hipótesis apoyándonos en el hecho de que cuando ambos grupos realizan ciertas cirugías, junto con el hecho de vivir en el papel con el que se identifican y ser tratados como tales, favorece su autopercepción en los roles de género acordes al género de identificación.

5.4. Limitaciones del estudio

Aunque hemos tratado de realizar el presente estudio con el mayor rigor científico que nos ha sido posible, debemos reconocer algunas limitaciones que hacen referencia tanto a la muestra como al instrumento de evaluación utilizado.

En primer lugar, es importante resaltar que el reducido tamaño de la muestra no nos ha permitido realizar análisis estadísticos más específicos y además, al haber sido seleccionada por muestreo consecutivo y no de forma aleatoria, no se pueden generalizar los resultados a la población transexual. Algo similar podemos decir de la muestra del grupo control, que aunque nos ha permitido establecer algunas relaciones comparativas, su reducido tamaño y la forma de selección posiblemente no haya sido la más adecuada.

En segundo lugar, con respecto al instrumento utilizado también queremos hacer algunos comentarios. Como ya hemos dicho, no disponemos de métodos objetivos de evaluación para medir la identidad de género. Por lo tanto, a través del posicionamiento de las personas transexuales en una representación normativa de atributos instrumentales y expresivos como es el BSRI, hemos realizado una interpretación de los resultados extrapolando los datos obtenidos del cuestionario a lo que queríamos medir, que era su identidad de género. También debemos considerar y cuestionarnos si dada la evolución cultural en la sociedad occidental, estos atributos pudieran estar desfasados o simplemente este método de clasificar los roles de género no contemple el amplio espectro de los constructos de masculinidad y feminidad.

Además, al no disponer de una mediana normativa, y utilizar el método de la mediana muestral para clasificar a los sujetos, se plantean problemas de generalización y comparación de los resultados.

A la hora de interpretar los resultados del último objetivo de la investigación, hay que tener en cuenta en primer lugar, que esta parte de la investigación solamente supone un primer acercamiento al estudio de las posibles relaciones que puedan establecerse entre los roles de género y las variables clínicas que hemos desarrollado. Por tanto, ha sido simplemente una aproximación exploratoria a dicho tema. Y en segundo lugar, que al ser transversal nuestro estudio sólo podemos hablar de asociación entre ciertas variables clínicas y su autopercepción. No podemos expresarnos en términos de causación, es decir que cierta variable clínica es la causa de una determinada autopercepción en los roles de género con los que se identifica el sujeto ni que una determinada autopercepción sea la causa de ciertas variables clínicas.

5.5. Futuras líneas de investigación

Los conocimientos actuales sobre el complejo fenómeno del transexualismo sólo suponen la punta del iceberg. Es mucho lo que se desconoce y por lo tanto, lo que falta por investigar, desde cuestiones relacionadas con la etiología y la epidemiología pasando por el proceso de diagnóstico hasta los temas relativos al planteamiento de esta investigación.

La familia y la sociedad, en función del sexo biológico de las personas, implantan los estereotipos sociales. La familia es el lugar donde las personas aprenden los roles básicos para desenvolverse en la sociedad, por lo tanto, el nivel de identificación con los padres y con los hermanos, las influencias educativas y sociales, van a ser factores importantes en la adquisición del rol de género. Estos puntos han sido escasamente estudiados, posiblemente por las dificultades metodológicas subyacentes, pero supone un campo muy interesante que puede dar claridad no solo a los procesos de construcción de la

identidad de género, sino también a cuestiones relacionadas con la etiología de la transexualidad.

En un futuro, cuando se haga extensible en el territorio español la asistencia a las personas con Trastornos de Identidad de Género, sería interesante estudiar en qué medida este hecho modificaría el perfil sociodemográfico y clínico de las personas transexuales y si estos cambios contribuirían a la disminución de la estigmatización y la marginalidad favoreciendo por tanto, la normalización y la integración social de este colectivo.

Posteriores investigaciones con muestras más amplias y por lo tanto más representativas, deberían ir encaminadas a replicar las relaciones encontradas entre los roles de género y las variables clínicas que aquí hemos estudiado e incluso otras variables que aquí no hemos tenido en cuenta como son las relacionadas con la comorbilidad psiquiátrica. Concretamente, las relaciones existentes entre hormonación y autopercepción, posiblemente, por lo inesperado de sus resultados, sería un punto concreto a desarrollar con muestras más representativas.

Como hemos mencionado anteriormente, ninguna persona de nuestra muestra había realizado la cirugía genital. Por ello, resultaría también muy interesante e ilustrativo aplicar nuevamente el BSRI a estos sujetos tras la realización de la genitoplastia. Analizaríamos en qué medida se modifica su autopercepción a favor o en contra de los roles de género con los que se identifican. Dados los resultados de nuestro estudio hipotetizaríamos que obtendríamos unos resultados más tipificados en los roles de género acordes al género sentido.

Nuestro estudio se fundamentó en cómo se autopercebían las personas respecto a los roles de género establecidos en el BSRI. Sin embargo y aceptando que los sujetos perciben de forma diferente a los demás que a sí

mismos, otra línea de investigación muy sustanciosa podría ser esta, es decir cómo son percibidas por los demás las personas transexuales. Para ello se aplicaría el cuestionario a personas no transexuales que deberían responder en función de cómo perciben ellos a la persona transexual evaluada.

Aunque nos posicionamos en la necesidad de superar los modelos dualistas, intentando aproximarnos al estudio de la individualidad, estamos inmersos en un mundo muy dicotomizado. Dos de los modelos básicos presentes en nuestra investigación son básicamente dicotómicos. En primer lugar, el modelo de Sandra Bem y en segundo lugar, el modelo de tratamiento de Harry Benjamin que también tiene su eje principal en la dicotomización absoluta sexo/género. Por último, y ya que no podemos escapar del pensamiento dualista, nos gustaría que quedara reflejado en este estudio la importancia y la necesidad de un gran despliegue de investigación tanto teórica como empírica que oriente hacia la construcción de un método de evaluación que recoja la gran riqueza de aspectos que implican los constructos de masculinidad y feminidad.

5.6. Propuestas de actuación.

Despatologización de la transexualidad

Las personas transexuales no se consideran enfermas y la patologización que se hace de su condición suele ser causa de sufrimiento y marginación. La demanda que realizan a los servicios sanitarios no es para curar su enfermedad, sino para adecuar su “cuerpo” al género sentido y además, por definición, los profesionales debemos descartar patología mental para etiquetarlos como tales.

Han sido muchas las reivindicaciones que se han realizado para que se despatologice la transexualidad y se permita la libre expresión de la identidad de género, pero como ya hemos mencionado, el reciente borrador del futuro DSM-V no contempla excluir del manual de clasificación de los trastornos mentales al transexualismo, simplemente introduce un cambio conceptual de

“Trastorno de la Identidad de Género” a “Incongruencia de Género”. La justificación que la Asociación Psiquiátrica Americana da para justificar este cambio es que el elemento central del trastorno es el desajuste psicológico de la persona transexual por la incongruencia entre el género que se le asigna al nacer (en función del sexo biológico) y el género sentido. No habla de la incongruencia entre el sexo biológico y el género deseado, omite el concepto de sexo biológico y hace referencia a la incongruencia entre los dos géneros, el masculino y el femenino.

Hasta que el documento definitivo salga a la luz, este borrador será objeto de largos y polémicos debates. Como el tiempo no se detiene consideremos o no al transexualismo como un trastorno mental lo que si produce en la persona transexual es un importante sufrimiento y la ubica en el mundo con gran desventaja social.

A estas alturas de la investigación no creo que haya dudas de que estamos hablando de una población muy vulnerable por su exposición a factores de riesgo que favorece la adquisición de enfermedades como la hepatitis, infección por VIH, sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, además de la comorbilidad psiquiátrica asociada que presentan como los intentos de suicidio, consumo de drogas, ansiedad, depresión, etc. y la propia exclusión social que padecen. El Sistema Sanitario de Salud, no solo debe tener como objetivo “curar” las enfermedades, sino que debe estar orientado prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Esto, por si solo ya justificaría el derecho a la asistencia.

Aunque son muchas las críticas que pueden hacerse desde la consideración de la transexualidad como enfermedad mental, debemos quedarnos con los beneficios obtenidos de su inclusión en las clasificaciones diagnósticas: ha favorecido la investigación, la educación y la comunicación entre los distintos profesionales que abordan esta problemática y ha establecido el derecho a la asistencia.

A favor de la necesidad de incluir el tratamiento de la transexualidad en la sanidad pública

La transexualidad no se escapa de ser un tema polémico, controvertido y sobre todo desconocido tanto para población general como para el mundo sanitario-asistencial. Con esta falta de formación y en muchas ocasiones desde una información sensacionalista y partidista de los medios de comunicación, se hacen juicios de valor sobre el transexualismo, las personas transexuales y la pertinencia o no de incluir el tratamiento de reasignación de sexo en el catálogo de prestaciones de la Sanidad Pública. Desde la justificación de que la incidencia de este trastorno es baja y que hay otras patologías que son más importantes y que deberían tener prioridad en la cobertura sanitaria, se justifican posturas actitudinales negativas hacia un cuadro que además de tener el estatus de trastorno mental está impregnado por las connotaciones negativas que lo vinculan, aún hoy, a las desviaciones y perversiones sexuales.

Las distintas demandas que las personas transexuales hacen lo convierten en un problema sanitario y además está contrastado científicamente que los tratamientos actuales son satisfactorios. La implantación de estos programas en el catálogo de prestaciones de la Sanidad Pública podría incluso reducir el consumo de recursos que se llevan a cabo cuando no hay una línea de actuación a seguir y lo que se proporciona son múltiples intervenciones parceladas. La continuidad de cuidados solo puede ser mantenida por un tipo de asistencia integral e integrada desde los equipos interdisciplinares para que realicen una toma a cargo que coordine las distintas necesidades de la persona transexual y no favorezca la duplicidad de las intervenciones.

Atención integral e integrada en los servicios públicos

La asistencia sanitaria integral es una reivindicación histórica del colectivo transexual que se ha ido consolidando en los últimos años. Las políticas sanitarias actuales están favoreciendo que las personas transexuales sean atendidas cada vez más por los servicios públicos de salud. Prueba de

ello son las unidades que recientemente se han creado tras la apertura de la UTIGPA; cabe mencionar entre ellas las que dan cobertura en la Comunidad Autónoma de Madrid, en el País Vasco o en Valencia. Hasta ese momento han sido las distintas asociaciones y colectivos que desde el compromiso y la implicación personal no solo han realizado tareas de reivindicación, sino también de asesoramiento y orientación.

Garantizar que este tipo de terapia sea financiada por la sanidad pública (Gordon, 1991) además de proporcionar un tratamiento adecuado del problema, termina con la agonía de las personas transexuales que han buscado desde la ilegalidad los más diversos tratamientos poniendo en peligro no solo su salud mental, sino también su propia vida. Este peregrinaje y búsqueda de soluciones ha favorecido la marginalidad y la estigmatización de las personas transexuales, por ello, cuando se haga extensible el tratamiento integral en el Sistema Sanitario Español, muchas de las variables socio-demográficas y clínicas de las personas con trastornos de identidad de género se verán modificadas (Gómez Gil y Peri Nogués, 2002) y esperemos que sea en sentido favorable para ellas.

Importancia del diagnóstico precoz

Gran número de personas que demandan asistencia sanitaria por transexualidad no son correctamente diagnosticadas y tratadas debido a que han sido confundidas con otras condiciones, como homosexualidad, transvestismo o estados intersexuales patológicos (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, 2002). Muchas de las personas transexuales no llegan a los Servicios de Salud Mental, y las que llegan suelen ser diagnosticadas y tratadas por patologías secundarias a las dificultades de adaptación que presentan y que suelen ser inherentes a su trastorno de identidad. Los transexuales masculinos tienden a pasar más desapercibidos, especialmente para los Servicios de Salud Mental y además la intensidad del cuadro puede mantenerse oculto debido al temor a las consecuencias que pueda tener en su entorno. La detección precoz y el tratamiento integral, además de evitar el autotratamiento y de favorecer la adaptación social,

mejoran el Trastorno de Identidad de Género, la comorbilidad psiquiátrica asociada y la calidad de vida (Cano y Bergero, 2003; Cohen-Kettenis y Van Goozen, 1997; DiCeglie, Sturge, Sutton, 1998).

Inclusión en los programas formativos (PIR y MIR) de los Trastornos de Identidad de Género

Como ya hemos desarrollado, son muchas las dificultades con las que nos encontramos a la hora de hacer un diagnóstico de transexualismo. El correcto diagnóstico de los Trastornos de Identidad de Género es con frecuencia una tarea compleja y difícil que exige una sólida formación en diferentes áreas de la salud mental. Estas complicaciones aumentan cuando los sujetos de atención son la población adolescente. Son etapas evolutivas que están en continua evolución y desarrollo y con gran complejidad en su expresión clínica (Di Ceglie et al., 1998; Hales, Yudofsky y Talbott, 1996). Un diagnóstico adecuado garantiza que la persona transexual experimente satisfacción y mejoría en su calidad de vida tras el tratamiento hormonal y quirúrgico (Blanchard, 1989; Weinrich, Atkinson, McCutchan y Grant, 1995).

Con la proliferación de unidades asistenciales en el territorio español es previsible que aumente la demanda en estas unidades asistenciales y además, que cada vez sean más jóvenes las personas que hacen demanda por disforia de género. Estas argumentaciones solo serían una pequeña parte de los motivos que justificarían nuestra petición de inclusión de una formación específica en los programas formativos de los facultativos especialistas (psicólogos, psiquiatras y endocrinólogos) que en un futuro se van a ocupar de la asistencia a personas con Trastornos de Identidad de Género. Desde nuestra experiencia la formación en este campo es tan limitada y escasa que coloca al clínico en una postura de indefensión, donde fluyen los mecanismos de defensa como la negación o el rechazo.

La evaluación debe ir más allá del simple diagnóstico. No es suficiente hacer un buen diagnóstico para garantizar un buen pronóstico.

Es necesario hacer una profunda reflexión acerca de los conocimientos de los que disponemos en la actualidad sobre el fenómeno del transexualismo. Por un lado los avances tecnológicos permiten cambios sorprendentes en la apariencia humana y esta modelación del cuerpo a través de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos hormonales pueden proporcionar la ilusión de poder y control sobre el cuerpo. Por otro lado, los criterios que permiten llevar a cabo estas transformaciones se basan en la subjetividad del individuo. Estos tratamientos médico-quirúrgicos se caracterizan por su dureza e irreversibilidad y por ello, es imprescindible promocionar la investigación que nos permita avanzar más en el adecuado diagnóstico. Mejorar los procedimientos de evaluación, no solamente favorece la tarea del clínico en la toma de decisiones, sino que además y sobre todo debe aportar a la persona transexual un mayor conocimiento sobre lo que le está pasando, disminuyendo su incertidumbre y posibilitándole estrategias de actuación alternativas.

La operación no tiene por qué ser el objetivo de toda persona transexual

La cirugía de reasignación de sexo debe presentarse como una opción más dentro de los posibles desarrollos de la identidad de género. Para algunas personas puede suponer una necesidad y desde ahí convertirse en un objetivo prioritario, ya que su vivencia de la inadecuación entre el género sentido y el sexo biológico le produce gran malestar y le impide desarrollar un proyecto de vida.

La operación no es el objetivo de toda persona transexual y aunque de forma excepcional, esta manifestación comienza a verse en los seguimientos clínicos. En este sentido una de las personas atendida en nuestra Unidad hacía manifiestas estas declaraciones: “cuando era adolescente lo pasé mal, ahora las opciones son distintas, no me tengo que encasillar, ahora me siento más cómodo en mi cuerpo que tiene una parte femenina, de alguna manera me libero del proceso transexualizador que implica una serie de tratamientos para

llegar a ser hombre por la presión social, no debería haber la dualidad y me siento como un término medio, tengo cosas de ambos, soy una persona que trasciende al género y me siento mejor y más identificado con esta postura”.

La cirugía facial y corporal debería realizarse solamente en aquellos casos concretos donde el aspecto del paciente transexual afecta de forma importante a su adaptación en su nuevo rol, y donde los cambios no quirúrgicos, como el maquillaje, no son suficientes para mejorar la imagen que tiene la persona transexual de sí misma (Ross y Need, 1989).

6. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones del primer objetivo

Del análisis de las variables socio-demográficas y clínicas podemos dar cuenta de la existencia de características diferenciales en las variables socio-demográficas y sobre todo en las variables clínicas entre TF y TM. Hoy por hoy, las personas transexuales se encuentran en situación de gran vulnerabilidad, sobre todo el grupo de TF. Sin embargo, dada la favorable evolución social que estamos experimentando, donde también podemos incluir la mejora asistencial (Gómez Gil y Peri Nogués, 2002), posiblemente en un futuro no muy lejano, muchas de estas variables que suponen un importante factor de riesgo, tiendan a modificarse especialmente a favor de las TF.

En nuestra muestra la razón por género sentido, es de 1,36 a favor de las TF. Estos resultados apoyan cada vez más una tendencia que iguala la proporción de TF y TM que piden consulta en las unidades especializadas. Probablemente, que hubiera una proporción mayor a favor de las TF solo demostraría que acuden con más frecuencia a los centros de tratamiento y no que hubiese una población mayor de TF.

Posiblemente estemos entrando en una era donde la apertura y tolerancia social estén permitiendo por igual a las TF y a los TM pedir ayuda. La asequibilidad y proximidad de los recursos asistenciales favorece su

utilización y aunque los TM parece que pasan más desapercibidos y en consecuencia tienen menos presión social y menos necesidad de adecuar su cuerpo al género sentido, no excluye, aunque sus demandas sean distintas, la conveniencia de ser atendidos en los centros especializados. Además, esta proporción puede estar igualándose porque cada vez más, las TF están en el circuito asistencial y no producen esa eclosión de la demanda al ponerse en marcha una unidad de tratamiento.

Aunque la media de edad es superior en las TF, tanto TF como TM hacen uso de la UTIGPA a edades tempranas (16 y 17 años). La edad a la que acuden, posiblemente sea una de las variables que más se modifique en el futuro. Lo que sí parece coincidir es que tanto en los estudios nacionales (Gómez, Gil, 2006; Esteva et al., 2001), como en el nuestro, la edad media a la que solicitan consulta es ligeramente mayor que en otros países europeos (Rakic, Starcevic, Maric y Kelin, 1996; Tsoi, 1990, 1992). Posiblemente el motivo sea la escasez de recursos sanitarios. Cuando finalmente son atendidos y entran en las estadísticas ya tienen un largo recorrido y, en consecuencia más edad. Cuando el dispositivo asistencial esta disponible y es asequible, ambos grupos de transexuales lo utilizan a edades tempranas, así, la edad mínima a la que llegan tanto las TF (16 años) como los TM (17 años) en nuestro estudio es bastante similar.

Tanto nuestro grupo de TF como de TM tienen mayoritariamente estudios primarios y después secundarios y en menor porcentaje universitarios. La diferencia entre ambos grupos respecto al nivel de estudios aunque no es muy importante, observamos, al igual que en otros estudios nacionales (Gómez Gil, 2006) o internacionales (Tsoi, 1993), una tendencia de los TM a estar más formados que las TF.

La mayoría de las personas transexuales de ambos grupos realizan trabajos de baja cualificación, aunque los TM tienden a tener una cualificación ligeramente más elevada, y además están menos en paro o en situación de jubilación, y son más los que están estudiando.

Con un bajo nivel de escolaridad y en un contexto socio-laboral bastante tipificado sexualmente, las personas transexuales se enfrentan a situaciones duras de adaptación y exclusión social. Tanto el grupo de TF como el de TM ponen de manifiesto los grandes problemas que tienen para encontrar trabajo aunque sea de baja cualificación laboral, llegando incluso a no presentarse a una demanda de empleo por miedo a ser rechazados. Su imagen corporal, en muchas ocasiones ya no da cuenta del nombre que se le ha puesto al nacer, y el descubrimiento de esta disonancia no suele ser bien aceptada por los contratantes. Posiblemente por este motivo entre otros, se ha encontrado que un elevado porcentaje (95%) mejoran su actividad laboral y consiguen un trabajo más estable tras realizar el tratamiento quirúrgico (Tsoi, 1993).

Mientras que ningún TM se dedicaba o se había dedicado a la prostitución, más de la mitad de las TF si lo habían hecho. El bajo nivel de estudios y de cualificación laboral de las TF, junto con el rechazo y la falta de apoyo socio-familiar y un mercado demandante de nuevas y “morbosas experiencias” conlleva a estilos de vida cada vez más marginales y de mayor riesgo de exclusión social. Los TM socialmente pasan más desapercibidos y la actitud de rechazo por parte del entorno socio-familiar es mucho menor. Todo esto, junto con su mejor nivel formativo y laboral, amplía sus opciones para ganarse la vida sin tener que recurrir a la prostitución.

Los TM conviven más en pareja, con su familia de origen o extensa y con compañeros. Mientras que las TF aunque también viven con sus parejas o familia de origen, lo hacen más solas y en la cárcel. Las grandes dificultades que tienen las TF para acceder al mundo laboral, junto a los ambientes marginales en los que se desenvuelven y que en muchas ocasiones son su única red de apoyo social, favorece que estén más implicadas en cuestiones delictivas y además, el mayor rechazo social y familiar que sufren las TF y que conlleva estilos de vida poco aceptados socialmente, se convierte en un círculo vicioso que favorece el aislamiento.

En nuestro estudio podemos observar algunas redundancias. Las personas transexuales forman parte sobre todo de familias con dos o tres hijos, donde ellos suelen ser los segundos y en muchos casos también los últimos, y tanto las TF como los TM tienen más hermanos mayores y hermanas mayores que les preceden y que son del género opuesto al sentido por ellos. Tanto el género, como la posición que ocupan en la fratría las personas transexuales pueden ser un tema interesante a la hora de interpretar los complejos procesos interactivos de identificación y de construcción de la identidad de género y aunque hay investigaciones que plantean y discuten que el orden de nacimiento de los hermanos puede ser un factor importante en los Trastornos de Identidad de Género, estos estudios son escasos y con resultados contradictorios.

Aproximadamente la cuarta parte de la muestra había realizado el cambio registral y en mayor porcentaje los TM, posiblemente por haber comenzado antes tratamientos por prescripción facultativa. El motivo de este bajo porcentaje, cuando precisamente es una de las demandas más frecuentes y deseadas de las personas transexuales, se debe a que no cumplían los requisitos exigidos por la ley. El cambio registral favorece la experiencia de la vida real, por lo tanto, esta ley evita, en gran medida, la exclusión social de las personas transexuales, favoreciendo su integración social en todos los ámbitos de su vida y muy especialmente en el mundo laboral.

Esta presión social ejercida sobre las TF junto con la falta de confirmación del entorno, y la escasez de recursos asistenciales, favorece la utilización de la autohormonación como medio para conseguir la apariencia femenina tan deseada. Más de la mitad del grupo de TF se había autohormonado, a diferencia del grupo de TM, en el que ninguno había iniciado el tratamiento hormonal por su cuenta. Por lo tanto las TF recurren más a la autohormonación, se hormonan más y durante más años que los TM.

Los efectos más evidentes de transformación somática de los tratamientos hormonales sobre los TM, junto con la mayor tolerancia social que

perciben, favorece que los TM realicen un menor número de cirugías que las TF, y cuando lo hacen, es la mastectomía la única. Las TF sometidas a patrones normativos más rígidos y con peores resultados somáticos con la aplicación de los tratamientos hormonales, demandan y realizan más cirugías feminizantes, sobre todo en la cara, aunque también en el cuerpo.

Al igual que las investigaciones llevadas a cabo por estudios nacionales e internacionales (Bergero et al., 2001; Gómez Gil et al., 2003; Gómez Gil, 2006; Tsoi, 1993), más del 90% de nuestra muestra son personas con una orientación heterosexual, es decir, la mayoría de las personas transexuales que se identifican como mujeres sienten atracción por los hombres y del mismo modo, gran parte de las personas transexuales que se sienten varones sienten atracción por mujeres heterosexuales. Solamente dos TF de nuestra muestra de estudio manifestaron tener una orientación homosexual y además son las que denominaríamos transexuales secundarias. Por el mayor riesgo de arrepentimiento postcirugía serían las personas a valorar más exhaustivamente en el proceso transexualizador.

Un alto porcentaje de la muestra realiza la experiencia de la vida real en todos los contextos y además en proporciones similares para las TF y los TM. Coincide este porcentaje con la alta proporción de personas que se están hormonando. Probablemente este hecho facilite realizar la experiencia de la vida real.

6.2. Conclusiones del segundo objetivo

En líneas generales, las personas transexuales de nuestro estudio, al igual que el grupo control, se autoperciben según los estereotipos de género tradicionales. Por este motivo, podemos decir que el BSRI, en buena medida, da cuenta del sentimiento de género de las personas transexuales al coincidir la mayor adjudicación de rasgos femeninos o masculinos con la identidad de género que asumen como propia. Sin embargo, aunque TF y TM se autoperciben de forma diferente y coincidiendo cada grupo con los roles

estereotípicos asociados al género sentido, esta identificación no es ni mucho menos generalizada, el mayor porcentaje de la muestra total queda fuera de la adscripción tipificada y por lo tanto no da cuenta del género de la persona transexual.

Parece evidente, que nuestro grupo de TF si son un espejo de los TM y que ambos grupos se identifican prioritariamente con el rol del género sentido. Estas conclusiones también pueden extrapolarse a los datos obtenidos por el grupo control, no solamente el grupo de TF es un espejo de los TM, sino que también el grupo experimental es un espejo del grupo control. Esto implicaría que la población no transexual no es muy diferente de las personas transexuales a la hora de autoperibirse o de identificarse con los roles de género con los que se identifican independientemente del sexo biológico o de nacimiento.

6.3. Conclusiones del tercer objetivo

Quizás una de las conclusiones de más transcendencia encontrada en esta investigación, es el hecho de que tanto TF como TM coinciden en tres elementos fundamentales. No influye en su autopercepción la realización de los tratamientos hormonales, pero sí parece determinante en su autopercepción el hecho de haber realizado algún tipo de cirugía feminizante o masculinizante y el comportarse en los distintos ámbitos de su vida de acuerdo a los roles que dan cuenta del género sentido.

Los TM, en su autopercepción, mantienen mayor independencia de las variables clínicas que las TF. Así los TM, que nunca se han autohormonado, ni han realizado cirugías faciales, se han incluido en primer lugar en la categoría de masculino y en segundo lugar en la de indiferenciado. No necesitan autohormonarse ni realizar cirugía facial para sentirse más masculinos. Además, a pesar de estar hormonándose, la categoría indiferenciado ha ocupado el primer lugar, incluso antes que la categoría de masculino. Precisamente los que no se hormonan tienen más reforzada su autopercepción

en los roles de género con los que se identifican. Para los TM la realización de cirugía corporal, que han sido mastectomías, y la realización de la experiencia de la vida real, adquieren gran importancia y son las dos únicas variables clínicas que más se relacionan con su autopercepción en los roles de género correspondientes al género sentido. Esto puede resultar más patente al observar que se autoperciben más indiferenciados cuando no llevan a cabo esta cirugía y que cuando realizan la experiencia de la vida real en todos los contextos se incluyen mayoritariamente en la categoría masculino.

Estas dos variables, realiza la experiencia de la vida real y cirugía corporal, están muy relacionadas. Uno de los impedimentos que suelen plantear los TM para realizar la experiencia de la vida real son las prominencias de sus mamas, que como símbolo de su feminidad, con gran rechazo tratan de esconder y es, en la mayor parte de los casos, la única cirugía que demandan.

Desde estas reflexiones entendemos la urgencia de los TM para realizar la mastectomía. Muchos de ellos, recurren a circuitos asistenciales privados donde los requisitos para llevar a cabo esta intervención son más flexibles que los exigidos por los estándares asistenciales. La realización de la experiencia de la vida real supone su integración en la sociedad, la mayor fuente de satisfacción del ser humano y donde se nutre de lo necesario para su existencia.

La relación existente en las TF, entre como se autoperciben y las variables clínicas parece ser algo más evidente que en los TM. Las TF cuando se autohormonan se perciben más femeninas y también cuando realizan alguna cirugía en general o bien algún tipo de cirugía facial o corporal. Cuando no las realizan se incluyen más en la categoría indiferenciado. Mientras que los TM no necesitan realizar cirugías faciales para sentirse más masculinos, esta variable sí ocupa un lugar importante para las TF y también, parece existir, una relación positiva entre realizar la experiencia de la vida real y su autopercepción en el sentido de los roles de género con los que se identifican. No queda en absoluto clara la relación entre las TF que se están hormonando y

su autopercepción en el sentido de mayor inclusión en la categoría de femenino ya que como en los TM, precisamente cuando se están hormonando también se incluyeron en la categoría indiferenciado. Como se puede deducir de todo esto, no hay mucha diferencia con respecto a los TM, ya que las variables clínicas que se relacionan con los resultados obtenidos en el BSRI tienen las mismas implicaciones en ambos grupos. En las TF, la cirugía facial y la corporal, junto a la autohormonación tienen como objetivo modificar su imagen corporal, algo tan importante en las interacciones humanas que favorece la realización de la experiencia de la vida real. Como para los TM, vuelven a estar relacionadas, las variables que tienen que ver con la imagen corporal y la realización de la experiencia de la vida real, con su autopercepción en el sentido de los roles de género a los que se adscriben.

La frase de la que hemos partido “me siento pero no me veo y necesito verme para sentirme y que los demás también me vean”, es decir, “me siento mujer (hombre) pero no me veo mujer (hombre) y necesito verme mujer (hombre) para sentirme mujer (hombre) y que los demás también me vean mujer (hombre)”, ese “necesito verme para sentirme y que los demás también me vean” sería la conclusión de todo lo que estamos diciendo. Por lo tanto, aunque la necesidad de realizar los tratamientos proviene fundamentalmente de la persona transexual, es el exterior, la sociedad, la que impone unos estereotipos y en función de las necesidades individuales las personas transexuales hacen unas demandas u otras.

Desde su nacimiento, el ser humano precisa del otro para ir construyendo su identidad, somos vistos y definidos por los demás y no podemos definir nuestra propia identidad sin apelar al cuerpo. Por este motivo, la persona transexual, tras reivindicar que lo importante es lo que siente (el género), vuelve a atribuirle primacía al cuerpo, al sexo. Todo su esfuerzo va a ir orientado a adecuar el cuerpo al género con el que se identifica, demandando terapias hormonales y/o quirúrgicas. De este modo, se adhiere a las normas pautadas por la sociedad en la que vive, se pone al servicio de los estereotipos de masculinidad y feminidad y perpetúa las diferencias entre los sexos.

Las personas transexuales no quieren transgredir las normas pautadas culturalmente para cada género, sino que por el contrario “se puede decir que la transexualidad es un proceso de normalización en la estructura de género” (Núñez, 2003). La transexualidad está al servicio de la masculinidad y de la feminidad para perpetuar el dimorfismo sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (1999). *Cirugía de cambio de sexo*. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2002). *Informe elaborado por el panel de expertos sobre Trastornos de la Identidad de Género (con atención especial a la cirugía de reasignación de sexo)*. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) (1999). *Trastornos de identidad de género en Andalucía. Informe del grupo de trabajo andaluz sobre trastornos de identidad de género*. Sevilla: AETSA de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). (1999). *Informe preliminar: Problemática de salud ligada a la transexualidad en Andalucía. Posibilidades de abordaje e inclusión entre las prestaciones del sistema sanitario público de Andalucía*. Sevilla: AETSA de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Alain, M. (1987). A french version of the Bem Sex Role Inventory. *Psychological Reports*, 61, 673- 674.
- Alby, J. M. (1956). *Contribution a l'étude du transexualisme*. París: Faculte de Medicine de París.
- Alves de Melo Bento, B. (2002). Cuerpo, performance y género. La experiencia transexual. *Anuario de Hojas de Warmi*, 13, 69-93.
- American Medical Association. Committee of Human Sexuality (1972). *Human Sexuality*. Illinois: American Medical Association.

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 1ª ed.*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2ª ed.* . Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3ª ed.* . Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3ª ed. rev.*. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª ed.*. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 1998).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª ed. rev.*. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).
- American Psychiatric Association (2010). *Diagonostic and statistical manual of mental disorders, 5ª ed. Development*. Recuperado de: <http://dsm5.org>
- April, A. (2006). *The first lady*. Londres: John Blake.
- Ararteko (2009). *La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi*. Recuperado de:
http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_1719_3.pdf
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence*. Chicago: Rand McNally.

- Bakker, A., Van Kesteren, P.J.M., Gooren, L.J.G. & Bezemer, P.D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 237-238.
- Bancroft, J. (1974). *Deviant sexual behavior*. Londres: Oxford University Press. (trad. cast.: Barcelona: Fontanella, 1977).
- Basow, S. A. (1986). Correlates of sex typing in Fiji. *Psychology of Women Quarterly*, 10, 429- 442.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra (ed. castellano 1999).
- Becerra, A. (2003a). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Becerra, A., de Luis Román, D. A. y Piédrola, G. (1999). Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para el cambio de sexo. *Medicina Clínica*, 113, 484- 487.
- Becker, J. V. y Kavoussi, R. J. (1989). Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En J. A. Talbott, R. E. Hales y S. C. Yudofsky (eds.). *Tratado de psiquiatría* (pp. 579-595). Barcelona: Ancora. (Publicación original: 1988).
- Becking, A. G., Tuinzing, D. B., Hage, J. J. & Gooren L. J. G. (1996). Facial corrections in male to female transsexuals: a preliminary report on 16 patients . *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 54, 413- 418.
- Beere, C. A. (1990). *Gender roles: a handbook of tests and measures*. Westport, CT: Greenwood.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.

- Bem, S. L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 196- 205.
- Bem, S. L. (1981). Gender eschema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bem, S. L. (1981). *The Bem Sex Role Inventory*. Menlo Park, CA: Mind Garden.
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. *International Journal of Sexology*, 7, 12-14.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Bergero, T., Cano, G., Esteva, I., Giraldo, F., Gornemann, I. y Álvarez Ortega, P. (2001). Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*, 27, 263- 272.
- Blanchard, R. (1985). Typology of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 247- 261.
- Blanchard, R. (1989). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 315-334.
- Blanchard, R., Clemmensen, L. H. & Steiner, B. W. (1987). Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 139- 152.
- Blanchard, R., Steiner, B. W., Clemmensen, L. H. & Dickey, R. (1989). Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 43- 45.

- Blanchard, R., Zucker, K. J., Bradley, S. J. & Hume, C. S. (1995). Birth order and sibling sex ratio in homosexual male adolescents and probably prehomosexual feminine boys. *Developmental Psychology*, 31, 22- 30.
- Block, J. H. (1973). Conceptions of sex role: Some cross-cultural and longitudinal perspectives. *American psychologist*, 28, 512-526.
- Bodlund, O. & Kullgren, G. (1996). Transsexualism general outcome and prognostic factors: a five-year follow-upn study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 303-316.
- Bott, E. (1990). *Familia y red social. Roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas corrientes*. Madrid: Taurus Humanidades.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction*. París: Les Editions de Minuit. (trad. cast.: Madrid: Taurus, 1998).
- Briones, E. (2000). *Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía*. Sevilla: AETSA.
- Bullough, U. L. (1973). *The subordinate sex: A history of attitudes toward women*. Urbana: University of Illinois.
- Bunten Berry, D. *Special note to those thinking about a sex change*. Recuperado en agosto de 2009 de:
<http://anticlockwise.com/dani/personal/changes/dont.htm>
- Butler, J. (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.
- Cano, C. y Bergero, T. (2003). Intervención psicológica en una unidad de trastornos de la identidad de género: un desafío sanitario. En E. Remor,

- P. Arranz y S. Ulla (eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 729-745). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carlsson, M. (1981). Note on the factor structure of the Bem Sex Role Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 22, 123- 127.
- Carrasco, M. J. (1999). Diferencias de género en el ámbito de la psicología clínica. En Carrasco, M.J. y García-Mina (Eds.). *Cuestiones de Género. Varones y mujeres: ¿dos miradas distintas?* Madrid: Univ. Pontificia de Comillas.
- Carvajal, F., Sebastián, J., Cornide, E., Delgado, A., Castellote, I. y Blanco, C. (1990). Implicaciones del modelo de la androginia en el comportamiento sexual: arousal subjetivo y fantasías sexuales. *Revista de Psicología Social*, 5, 23- 42.
- Cauldwell, D. O. (1949). Psychopathia transexualis. *Sexology*, 16, 274-280.
- Chase, C. (1998). Hermaphrodites with attitude: Mapping the emergence of the intersex political activism. *Journal of Lesbian and Gay Studies*, 4 (2), 189-211.
- Chiland, C. (1999). *Cambios de sexo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cohen- Kettenis, P. T. & Gooren, L. J. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 315-333.
- Cohen- Kettenis, P. T. & Van Goozen, S. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 263- 271.

- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E. & Meyer, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 13- 26.
- Constantinople, A. (1973). Masculinity- femininity: An exception to a famous dictum?. *Psychological Bulletin*, 80, 389- 407.
- Conte, F. & Grumbach, M. (2003). Diagnosis and management of ambiguous external genitalia. *The Endocrinologist*, 13, 260- 268.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L. & Joung, S. E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet* 32 , 251-257.
- Costa, M. A. (1963). *Coccinelle est lui*. Paris: Les presses du mail.
- Cowell, R. (1954). *Yo fui hombre: mi transformación de hombre a mujer*. Buenos Aires: Freeland.
- Cowell, R. (1954). *Roberta Cowell's story*. Londres: Heinemann.
- Cox, C. (1966). *The enigma of the age: the strange story of the Chevalier d'Eon*. Londres: Longmans.
- Davenport, C. W. (1986). A follow-up study of 10 feminine boys. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 511-517.
- De Cuypere, G., Janes, C. & Rubens, R. (1995). Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 991, 180- 184.
- De Leo, D., Villa, A., Magni, G., Andreatta, A. y Gagliardi, A. (1986). Presentazione della versione italiana e contributo alla taratura del Bem Sex Role Inventory. *Bolletino di Psicologia Applicata*, 175, 21- 28.
- Derogatis, S. L. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

- Di Ceglie, D., Sturge, C., Sutton, A. (and Committee of the Child and Adolescent Psychiatry Section of the Royal College of Psychiatrists) (1998). Gender identity disorders in children and adolescents: guidance for management. *International Journal Transgenderism*, 2.
- Dixin, J. M., Maddever, M., Van Maasdam, J. & Edwards, P. W. (1984). Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 269- 276.
- Dolan, B. y Gitzinger, I. (1994). *Why women? Gender issues and eating disorders*. London: Athlone Press.
- Echebarría, A., Valencia, J., Ibarbia, C. y García, L. (1992). Identidad social de género, evaluaciones intercategoriales y percepción social. *Revista de Psicología Social, monográfico*, 21- 35.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J. & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152, 638- 640.
- Ellis, H. H. (1904). *Studies of the psychology of sex. Analysis of the sexual impulse; love and pain; the sexual impulse in women*. Filadelfia: Davis.
- Esquirol, E. & Hunt, E. K. (1845). *Mental maladies. A treatise on insanity*. Filadelfia: Lea and Blanchard.
- Esteva, I., Giraldo, F., Bergero, T., Cano, G., Crespillo, C., Ruíz de Adana, S., Rojo, G. y Soriguer, F. (2001). Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*, 27, 273- 280.

- Esteva, I., Gonzalo, M. Yahyaoui, R., Domínguez, M. Bergero, T., Giraldo, F., Hernando, V. y Soriguer, F. (2006). Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 78, 65-70.
- Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International journal of psychology & psychological therapy*, 10, 2, 293-314.
- Fajkowska- Stanik, M. (1999). Sex reassignment and other kinds of treatment in case of transsexualism. *Psychiatr Pol*, 33, 959- 967.
- Fausto- Sterling, A. (1998). Los cinco sexos. En J. A. Nieto (comp.). *Transexualismo, transgenerismo y cultura* (pp. 79- 89). Madrid: Talasa.
- Fausto- Sterling, A. (2000). *Sexing the body*. Nueva York: Basic Books.
- Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB). <http://www.felgtb.org/es/>
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S., Woodruff, R. A., Winokur, G. & Muñoz, R. (1972). Diagnostic Criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Ferenczi, S. (1914). El homoerotismo: nosología de la homosexualidad masculina. En *Obras Completas*, II (1981). Madrid: Espasa Calpe.
- Fernández, I., Álvarez, J., Velásquez, A. S. y Ruiz, J. (2002). Actitudes, autoconceptos y expresión emocional en América. *Sociotam, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 12, 63- 74.
- Fernández, J. (1983). *Nuevas perspectivas en la medida de la masculinidad y feminidad*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.

- Fernández, P., García–Vega, E. y Rico, R. (en prensa). Bem Sex Role Inventory: multifactorial or bifactorial structure?. *Sex Roles*.
- Fisk, N. M. (1974). Gender dysphoria syndrome: the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multidimensional rehabilitative regimen. *The Western Journal of Medicine*, 120, 386- 391.
- Fleming, M., Jenkins, S. R. & Bugarin, C. (1980). Questioning current definitions of gender identity: implications of Bem Sex Role Inventory for transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 13- 26.
- Frankel, H. (1853). Homo mollis. *Medizinische Zeitung*, 22, 102-103.
- Freud, S. (1905). Three essays on theory of sexuality. En *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, VII (p. 135) (1953). Londres: Hogarth Press.
- Friedreich, J. (1830). Citado en Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: transsexualism. *Archives of General Psychiatry*, 13, 172- 181.
- Garaizábal, C. (2006). Identidad de género y salud mental. *Infocop*, 29, 29-31.
- García-Mina Freire, A. (1997). *Análisis de los estereotipos de rol de género. Validación transcultural del Inventario del Rol Sexual*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- García- Mina Freire, A. (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*. Madrid: Narcea.
- García Ruíz, M. (2001). *Visión sexológica de la transexualidad. La transexualidad desde la sexología*. Asociación Estatal de Profesionales de Sexología. Seminario de Identidad Sexual y Transexualidad. Valencia: UIMP.

- Garrels, L., Kockott, G. Michael, N., Preuss, W., Renter, K., Schmidt, G., Sigusch, V. & Windgassen, K. (2000). Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 445- 448.
- Giberti, E. (2000). Travestismo maternante: un anclaje en el transgénero. *Actualidad psicológica*.
- Gómez Balaguer, M., Solá, E., Garzón, S., García Torres, S., Cubells, P. y Hernández Mijares, A. (2003). Aproximación epidemiológica a los trastornos de identidad de género. En A. Becerra (ed.). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad* (pp. 61- 62). Madrid: Díaz de Santos.
- Gómez Gil, E. (2006). La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínic de Barcelona en los últimos años. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 78, 55- 64.
- Gómez Gil, E. y Esteva, I. (2006). *Ser transexual*. Barcelona: Glosa.
- Gómez Gil, E., Esteva, I. y Bergero, T. (2006). La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto. En E. Gómez Gil e I. Esteva (eds.). *Ser transexual*. Barcelona: Glosa.
- Gómez Gil, E., Esteva, I. y Fernández, J. (2006). Causas o fundamentos fisiológicos. En E. Gómez Gil e I. Esteva (eds.). *Ser transexual*. Barcelona: Glosa.
- Gómez Gil, E. y Peri Nogués, J. M. (2002). Transexualidad: un reto para el sistema sanitario español. *Medicina Clínica*, 118, 418- 420.
- Gómez Gil, E. Peri, J. M., Vidal, A., De Pablo, J. & Valdés, M. A. (2003). A demographic and psychiatric study of 116 applicants for sex

- reassignment in a spanish general hospital: American Psychiatric Association. 156th Annual Meeting . San Francisco.
- Gómez Gil, E., Trilla, A., Godás, T., Halperin, I., Puig, M., Vidal, A. y Peri, J. M. (2006). Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 295- 302.
- Gooren, L. J. G. (2003). El transexualismo, una forma de intersexo. En A. Becerra (ed.). *Transexualidad: la búsqueda de una identidad* (pp. 43-58). Madrid: Díaz de Santos.
- Gooren, L. J. G. (2006). The biology of human psychosexual differentiation. *Hormones and Behavior*, 50, 589- 601.
- Gordon, E. B. (1991). Transsexual healing: medicaid funding of sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 61-74.
- Green, R. (1969). Mythological, historical and cross cultural aspects of transsexualism. En R. Green & J. Money (eds.). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Green, R. & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow- up: status in the 1990s. *Annual Review of Sexual Research*, 7, 351- 369.
- Green, R. & Keverne, C. B. (2000). The disparate maternal aunt-uncle ratio in male transsexuals: an explanation invoking genomic imprinting. *Journal of Theoretical Biology*, 202, 55-63.
- Guimón, J. (1988). Condicionamiento del diagnóstico psiquiátrico. En J. Guimón, J. E. Mezzich y G. E. Berrios (eds.). *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat.

- Hales, R. E., Yudofsky, S. C. Y Talbott, J. A. (1996). *Tratado de psiquiatría*.
Barcelona: Áncora.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1942). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota- 2*. Madrid: TEA (Adaptación española realizada por A. Ávila- Espada y F. Jiménez- Gómez, 2000).
- Heilbrun, C. G. (1973). *Towards a recognition of androgyny*. Nueva York: Knopf.
- Herman- Jeglinska, A., Grabowska, A. & Dulko, S. (2002). Masculinity, femininity and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 527-534.
- Hirschfeld, M. (1910). *Die transvestite: Eine Untersuchung ueber den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material*. Berlín: Alfred Pulvermacher & Co.
- Hoening, J. & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124, 181-190.
- Hottois, G. (2001). Transexualisme. En G. Hottois y J.N. Missa (eds.). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique (pp. 848- 849)*. Bruxelles: DeBoeck Université.
- Hrabovszky, Z. & Hutson, J. M. (2002). Androgen imprinting of the brain in animal models and humans with intersex disorders: review and recommendations. *The Journal of Urology*, 168, 2142- 2148.
- Hughes, R. N. (1979). Bem Sex Role Inventory performance in students: comparisons between New Zealand, Australian and american samples. *New Zealand Psychologist*, 8, 61- 66.

- Hunt, D. D. & Hampson, J. L. (1980). Follow-up of 17 biologic male transsexuals after sex reassignment surgery. *American Journal of Psychiatry*, 15, 187- 210.
- Hurtado Murillo, F., Gómez Balaguer, M. Y Donat Colomer, F. (2005- 2006). Transexualismo y sexualidad. *Cuadernos de Psicología y Psiquiatría de Enlace*, 76-77, 16- 28.
- Hurtado Murillo, F., Gómez Balaguer, M. y Donat Colomer, F. (2009). Transexualidad e identidad sexual: desde la expresión biológica a la expresión social. *Sexología Integral*, 6, 4
- Imperato-McGinley, J., Peterson, R. E., Gautier, T. & Sturia, E. (1979). Androgen and the evolution of male-gender identity among male pseudohermaphrodites with 5-reductase deficiency. *The New England Journal of Medicine*, 300, 1234- 1237.
- Jacobson, E. (1933). *Man into woman: an authentic record of a change sex. The true story of the miraculous transformation of the danish painter Einar Wegener (Andreas Sparre)*. Nueva York: Dutton.
- Jeffreys, S. (2003). *Unpacking queer politics: a lesbian feminist perspective*. Cambridge: Polity.
- Jodelet, D. y Ohana, J. (1982). *Systemes de representation du corps et groupes sociaux*. Paris: Laboratoire de Psychologie Social EHESS (Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales).
- Jorgensen, C. (1967). *Christine Jorgensen: a personal autobiography*. Nueva York: Paul Erikson.
- Kennedy, H. (1988). *Ulrichs: The life and works of Karl Heinrich Ulrichs, pioneer of the modern gay movement*. Boston: Alyson.

- Kennedy, P. (2007). *The first man-made man. The story of two sex changes, one love affair and a twentieth-century medical revolution*. Nueva York: Bloomsbury.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1949). *Conducta sexual del varón*. México: Interamericana.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. Y Gebhard, P. H. (1967). *Conducta sexual de la mujer*. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Kockott, G. & Fahrner, E. M. (1987). Transsexuals who have not undergone surgery: a follow- up study. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 511- 522.
- Kockott, G. & Fahrner, E. M. (1988). Male to female and female to male transsexuals: a comparision. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 187- 210.
- Kruijver, F. P., Zhou, J. N., Pool, C. W., Hofman, M. A., Gooren, L. J. & Swaab, D. F. (2000). Male to female transsexual have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 2034-2041.
- Landen, M., Walinder, J. & Lundström, B. (1996). Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 221- 223.
- Landen, M., Walinder, J. & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 189- 194.
- Lemos, S. (1995). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*, I (pp. 128-157). Madrid: McGraw – Hill.

- Levine, S.B. (1980). Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 6, 164- 173.
- Levine, S.B. & Lothstein, L. (1981). Transsexualism or the gender dysphoria syndromes. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7, 85-113.
- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.
- Lippa, R. A. (2001). Gender- related traits in transsexuals and nontranssexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 603- 614.
- López Sáez, M. (1991). Estereotipos sexuales y elecciones de carrera. *Libro de Comunicaciones del III Congreso de Psicología Social*, 1, 362- 367.
- López Sáez, M. (1993). Tipicidad de identidad de género y comparación intergrupar. *Revista de Psicología Social*, 8, 189- 200.
- Los endocrinólogos reclaman la cobertura pública de la cirugía de cambio de sexo en toda España. (2004, 28 Marzo). *ABC*, p. 51.
- Lundström, B. & Walinder, J. (1985). Evaluation of candidates for sex reassignment. *Nordisk Psykiatrisk*, 39, 225- 228.
- Maissonneuve, J. (1981). *Modeles du corps et psychologie esthétique*. Paris: Presses Universitaires de France. (trad. cast.: Barcelona: Paidós, 1984).
- Maloney, P., Wilkof, J. y Dambrot, F. (1981). Androgyny across two cultures: United States and Israel. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 12, 95- 102.
- Maquieira, V. (2001). Género, diferencia y desigualdad. En E. Beltrán, V. Maquieira, S. Álvarez y C. Sánchez (eds.). *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos* (p. 177). Madrid: Alianza.

- Marañón, G. (1931). *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid: Javier Morata.
- Marcel Cabral, C. (1981). La percepción del rol sexual de niños y niñas: medida según variables de edad, inteligencia, sexo y estatus socioeconómico. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Marcuse, M. (1916). Ein fall von geschlechtsumwandlungstrieb. *Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 6, 176- 193.
- Marcuse, M. (1926). *Handwörterbuch der sexualwissenschaft. Enzyklopädie der natur und kulturwissenschaftlichen sexualkunde des menschen*. Bonn: A. Marcus & E. Webers Verlag.
- Martínez Mora, J. (1994). Sex: general considerations, intersexual states, sex disorders, intersexuality in animals and man, transsexualism, transvestism, homosexuality. En J. Martínez Mora (ed.). *Textbook of intersexual states. Disorders of sex differentiation* (pp. 369- 378). Barcelona: Doyma.
- Mate- Kole, C., Freschi, M. & Robin, A. (1988). Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *The British Journal of Psychiatry*, 152, 550- 553.
- Mateo, M. A. y Fernández, J. (1991). La dimensionalidad de los conceptos de masculinidad y feminidad. *Investigaciones Psicológicas*, 9, 95- 116.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Mead, M. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. New York: Morrow.
- Mead, M. (1961). *El hombre y la mujer*. Buenos Aires: Fabril.

- Megens, J. A. J. (2003). El tratamiento de la transexualidad: el modelo holandés. En A. Becerra (ed.). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Meyer, J. & Reiter, D. (1979). Sex reassignment: follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1010-1015.
- Meyer, W., Bockting, W., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., DiCeglie, D., Devor, H. et al. (2001). The standards of care for gender identity disorders (sixth version), *The International Journal of Transgenderism*, 5, 1.
- Michel, A., Ansseau, M., Legros, J.J., Pitchot, W., Cornet, J. P. & Mormont, C. (2002). Comparisons of two groups of sex-change applicants based on the MMPI. *Psychological Reports*, 91, 233- 240.
- Michel, A. , Mormont, C. & Legros, J. J. (2001). A psychoendocrinological overview of transsexualism. *European Journal of Endocrinology*, 145, 365- 376.
- Migeon, C. J. & Wisniewski, A. B. (1998). Sexual differentiation: from genes to gender. *Hormone Research*, 50, 245- 251.
- Millett, K. (1975). *Política sexual*. México DC: Aguilar. (ed. original 1969).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Edición electrónica de la CIE-9-MC 6ª ed. Disponible en: <http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/index.htm> .
- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bulletin Johns Hopkins Hospital*, 96, 253- 264.
- Money, J. (1973). Gender role, gender identity, core gender identity: usage and definition of terms. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 1, 397- 402.

- Money, J. (1988). *Gay, straight and in-between: The sexology of erotic orientation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence alter 39 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 163-177.
- Money, J. y Ehrhardt, A. (1972). *Man & woman – boy & girl*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Mongredien, G. (ed.) (1966). *Memories de L'Abbe de Choisy*. París: Mercure de France.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuyper, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K. y Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexuals patients: a multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101, 200- 209.
- Moraga, I. (2004). *Programa de atención sociosanitaria de Médicos del Mundo a personas transexuales*. 46º Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Barcelona.
- Morris, J. (1976). *El enigma*. Barcelona: Grijalbo.
- Moya Morales, M. (1987). *Percepción de episodios y estereotipia sexual*. Tesis Doctoral, Servicio de publicaciones, Universidad de Granada.
- Moya Morales, M. (1990). Género, estereotipia y relaciones intergrupales. En P. Billarín y T. Ortiz (eds.). *La mujer en Andalucía*. Primer encuentro interdisciplinar de los Estudios de la Mujer, I. Granada: Universidad de Granada.

- Moya Morales, M. (1991). *Social identity and gender stereotypes*. Comunicación presentada en el Small Meeting about Changing Stereotypes. París, septiembre.
- Murray, H. A. (1943a). *Manual for the thematic apperception test*. Cambridge: Harvard University Press.
- Núñez, E. (2003). La transexualidad en el sistema de géneros contemporáneo: del problema de género a la solución de mercado. En R. Osborne y O. Guasch (comps.). *Sociología de la sexualidad* (pp. 224- 235). Madrid: Siglo XXI y CIS.
- Ochotorena, J. y Torres Gómez, B. (1990). Sintomatología depresiva en la mujer: influencia del rol sexual y del estatus laboral. *Revista de Psicología Social*, 5, 43- 59.
- Olsson, S. E. & Moller, A. R. (2003). On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972- 2002. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 381- 386.
- Ousterhout, D. K. (1987). Feminization of the forehead: contour changing to improve female aesthetics. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 79, 701- 711.
- Páez, D. y Fernández, I. (2004). Masculinidad- feminidad como dimensión cultural y del autoconcepto. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos y E. Zubieta (coord.). *Psicología social, cultura y educación* (pp. 196- 223). Madrid: Pearson.
- Páez, D., Torres, B. y Echebarría, A. (1990). Esquema de si, representación social y estereotipo sexual. En G. Musitu (comp.). *Procesos*

- psicosociales básicos*. Barcelona: PPU. Actas del II Congreso Nacional de Psicología Social, 229- 234.
- Parson, T. & Bales, R. F. (eds.) (1955). *Family, socialization and interaction process*. New York: Free Press.
- Pauly, I. B. (1968). The current status of the change of sex operations. *Journal of Nervous and Mental Disease* , 147, 460- 471.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 45- 51.
- Pavón de Paz, I., Monereo, S. y Alameda, C. (2000). Tratamiento de reasignación de sexo en pacientes transexuales. *Medicina Clínica*, 115, 783- 788.
- Person, E. & Ovesey, L. (1974a). The transsexual syndrome in males I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 174- 193.
- Person, E. & Ovesey, L. (1974b). The transsexual syndrome in males II. Secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 4- 20.
- Racster, O. & Grove, J. (1932). *Dr. James Barry: her secret story*. Londres: Gerald Howe.
- Rakic, Z., Starcevic, V., Maric, J. & Kelin, K. (1996). The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patient of both sexes. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 515- 525.
- Randell, J. (1971). Indications for sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 153- 161.
- Raymond, J. (1979). *The transsexual empire: the making of the she-male*. Boston: Beacon Press.

- Real Decreto 63/1995 de 20 de marzo, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 35, 10-2-1995, pp. 4538- 4543). Anexo III, apartado 5.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE nº 222, 16-09-2006, pp. 32650- 32679).
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. , Schaefer, L. Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior* , 28, 71- 89.
- Reiner, W. G. (1996). Case study: sex reassignment in a teenage girl. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 799- 803.
- Rendueles, G. (2005). *Egolatría*. Oviedo: KRK.
- Richards, R. & Ames, J. (1983). *Second Serve: the Renee Richards story*. Nueva York: Stein and Day.
- Richards, R. & Ames, J. (2007). *No way Renee: The second half of my notorious life*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Roberts, J. E. & Gotlib, I. H. (1997). Lifetime episodes of dysphoria: gender early childhood loss and personality. *British Journal Clinical Psychology*, 36, 195- 208.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. & Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949- 958.

- Robinson, A. y Page, S. (1988). Gender role and future orientation in a canadian university population. *Canadian Journal of Counselling*, 22, 91-101.
- Ross, M. W. & Need, J. A. (1989). Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: a follow-up of fourteen male to female patients. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 145- 153.
- Ross, M. W., Walinder, J. Lunström, B. & Thuwe, I. (1981). Cross- cultural approaches to transsexualism: A comparison between Sweden and Australia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 75- 82.
- Ryan, G., Dolphin, C., Lunberg, U. y Myrsten, A. L. (1987). Sex role patterns in an irish student as measured by the Bem Sex Role Inventory (comparisons with an american sample). *Sex Roles*, 17, 17- 29.
- Sáez Sesma, S. (2005). Identidad y transexualidad. En M. García Ruíz (comp.). *Guía de la transexualidad*. Consejo de la Juventud de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Schneider, J. & Schneider- Duker, M. (1984). Sex role and nonverbal sensitivity. *Journal of Social Psychology*, 122, 281- 282.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries. En M. P. Zanna (ed.). *Advances in experimental social psychology* (pp. 1- 65). Londres: Academic Press.
- Sebastian, J. (1986). *La androginia como índice de flexibilidad comportamental*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

- Sebastian, J. (1989). Réplica y adaptación española del Inventario del Rol Sexual de Bem. Trabajo no publicado.
- Sebastian, J. (1990). Las escalas de masculinidad y feminidad: presupuestos subyacentes al modelo clásico y actual. Segunda parte: el modelo actual. *Revista de Evaluación Psicológica*, 6, 327- 367.
- Sebastian, J., Delgado, A., Argente, M. P., Carvajal, F., Castellote, I. y Blanco, C. (1989). Masculinidad, feminidad, androginia y comportamiento sexual: atribuciones y culpabilidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 9, 5- 19.
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (2002). *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la identidad de género*. Madrid: SEEN.
- Sörensen, T. & Hertoft, P. (1980). Sexmodifying operations on transsexuals in Denmark in the period 1950- 1977. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 56- 66.
- Spence, J. & Buckner, C. (2000). Instrumental and expressive traits, trait stereotypes and sexist attitude: what do they signify?. *Personality of Women Quarterly*, 24, 44- 62.
- Spence, J. & Hemreich, R. (1978). *Masculinity and femininity: their psychological dimensions, correlates and antecedents*. Austin, TX: University of Texas.
- Spence, J., Helmreich, R. & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions on masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 29- 39.

- Spitzer, R. L., Endicott, J. & Robins, E. (1975). Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1187- 1192.
- Stein, M., Tiefer, L. & Melman, A. (1990). Follow-up observations of operated male-to-female transsexuals. *Journal of Urology*, 143, 1188- 1192.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender, I*. Nueva York: Karnak.
- Stoller, R. J. (1975). *Sex and gender, II*. Nueva York: Jason Aronson.
- Stoller, R. J. (1980). Gender identity disorders. En H. I. Kaplan, A. M. Freedman & B. J. Sadock (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry, II*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sugihara, Y. y Katsurada, E. (1999). Masculinity and feminity in japanese culture: a pilot study. *Sex Roles*, 40, 635- 646.
- Swaab, D. F., Fliers, E. (1985). A sexually dimorphic nucleus in the human brain. *Science*, 228, 1112- 1114.
- Terman, L. M. & Miles, C. C. (1936). *Sex and personality: studies in masculinity and femininity*. Nueva York: McGraw- Hill.
- The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (1998). The standards of care for gender identity disorders (5^a version). Mineapolis: HBIGDA.
- The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2001). The standards of care for gender identity disorders (6^a version). Mineapolis: HBIGDA.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. y Tantleff, D. S. (1999). *Exacting beauty: theory, assessment and treatment body image disturbance*. Washington: American Psychological Association.

- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 75- 82.
- Tsoi, W. F. (1990). Developmental profile of 200 male and 100 female transsexuals in Singapore. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 595- 605.
- Tsoi, W. F. (1992). Male and female transsexuals: a comparison. *Singapore Medical Journal*, 33, 182- 185.
- Tsoi, W. F. (1993). Follow-up study of transsexuals after sex-reassignment surgery. *Singapore Medical Journal*, 34, 515- 517.
- Turan, M. T., Esel, E., Dundar, M. Candemir, Z. Basturk, M. , Sofuoglu, S. & Ozkul, Y. (2000). Female-to-male with 47,XXX karyotype. *Biological Psychiatry*, 48, 1116- 1117.
- Tzuriel, D. (1984). Sex role typing and ego identity in Israeli, oriental and western adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 440- 457.
- Van Goozen, S. H., Slabbekoorn, D., Gooren, L. J., Sanders, G. & Cohen-Kettenis, P. T. (2002). Organizing and activating effects of sex hormones in homosexual transsexuals. *Behavioral Neuroscience*, 116, 982- 988.
- Van Kesteren, P. J., Gooren L. J. & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 589- 600.
- Vergara, A. (1993). Sexo e identidad de género: diferencias en el conocimiento social de las emociones y en el modo de compartirlas. Tesis doctoral. Dpto. de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad del País Vasco.

- Vergara, A. y Páez, D. (1993). Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género. *Revista de Psicología Social*, 8, 133- 153.
- Verschoor, A. M. & Poortinga, J. (1988). Psychosocial differences between dutch male and female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 173- 178.
- Vidal Hagemeyer, A., Gómez Gil, E. y Peri, J.M. (2003). Psicopatología y trastorno de la identidad sexual. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30, 147- 151.
- Voght, J. H. (1968). Five cases of transsexualism in females. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 44, 62- 88.
- Walinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *British Journal of Psychiatry*, 119, 195- 196.
- Walinder, J. , Lundström, B. & Thuwe, I. (1978). Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. *British Journal of Psychiatry*, 132, 16-20.
- Walinder, J. & Thuwe, I. (1975). *A social- psychiatric follow- up study of 24 sex-reassigned transsexuals*. Reports from the Psychiatric Center St Jorgen's Hospital. University of Göteborg, Sweden, 10.
- Weinrich, J. D., Atkinson, J. H., McCutchan, J. A. & Grant, I. (1995). Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in an HIV sample HNRC Group. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 55-72.

- Weitze, C. & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the Germans transsexuals act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 409- 425.
- Westphal, C. (1869). Die conträre Sexualempfindung. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 2, 73-108.
- Whetton, C. y Swindells, T. (1977). A factor analysis of the Bem Sex Role Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 150- 153.
- Wolfradt, U., & Neumann, K. (2001). Depersonalization, self-esteem and body image in male-to-female transsexuals compared to male and female controls. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 301- 310.
- World Health Organization (1938). *International list of causes of death*, 5ª ed. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (1948). *Manual of the International statistical classification of disease, injuries and causes of death*, 6ª ed. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (1955). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death*, 7ª ed. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (1967). *International classification of diseases, injuries and causes of death*, 8ª ed. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (1978). *International classification of diseases*, 9ª ed. Ginebra: WHO (trad. cast.: Madrid, Meditor, 1978).
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases*, 10ª ed. Ginebra: WHO. (trad. cast.: Madrid, Meditor, 1992).

- World Health Organization (2008). *International classification of diseases, 9th ed.* Recuperado de <http://www.icd9data.com/>
- World Professional Association for Transgender Health (2007). *WPATH XX Biennial Symposium*. Chicago. Recuperado de: <http://blog.yam.com/readingintheruins/article/11656759>
- Zhou, J. N. & Hofman, M. A. (1995). Sexual differentiation of the human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. *Trend Neurosci*, 18, 264- 270.
- Zubieta, E., Fernández, I., Vergara, A. I., Martínez, M. D. y Candia, L. (1998). Cultura y emoción en América. *Boletín de Psicología*, 61, 65- 89.
- Zucker, K. J., Green, R., Coates, S., Zuger, B., Cohen- Kettenis, P. T., Zecca, G. M., Lertora, V., Money, J., Hahn- Burke, S. Bradley, S. J. & Blanchard, R. (1997). Sibling sex ratio of boys with gender identity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 543- 551.
- Zucker, K. J., Lightbody, S., Pecore, K., Bradley, S.J. & Blanchard, R. (1998). Birth order in girls with gender identity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 30-35.