



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

TRANSEXUALIDAD: SÍNDROME DE DISFORIA SEXOGENÉRICA

**TESIS DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL QUE
PARA OBTENER LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

HÉCTOR RAÚL CASTILLO ORTIZ

DIRECTORA: MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ

REVISORES:

**MTRA. MARÍA TERESA GUTIÉRREZ ALANÍS
LIC. JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ**



MÉXICO D. F., FEBRERO DE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con mi más profundo agradecimiento
a MIS MAESTRAS y a MIS MAESTROS:

Patricia Paz de Buen Rodríguez
Carlos Fernández Gaos
María Teresa Gutiérrez Alanís
María Isabel Haro Renner
Karina Torres Maldonado
José Manuel Martínez
Maricarmen Montenegro:

Si la mitad de los maestros fueran como ustedes,
la Facultad sería en doble de lo que es...

Para mis hijas Fernanda y Ximena,
a pesar de que no me quisieron comprar
mi mochila de Pooh ni mi lonchera de Tigger...

Índice

Resumen.....	7
Introducción.....	9
Capítulo 1) Las dimensiones del sexo.....	13
1.1) La dimensión biológica del sexo y sus implicaciones.....	13
1.2) La dimensión social del sexo y sus implicaciones.....	15
1.3) La dimensión psicológica del sexo y sus implicaciones.....	18
Capítulo 2) La transexualidad.....	23
2.1) El concepto de transexualidad.....	23
2.2) Definición según el DSM-IV-TR.....	30
2.3) Definición según la CIE-10.....	33
2.4) Antecedentes históricos.....	36
2.5) Diferencias de la transexualidad con otras condiciones sexuales.....	40
2.5.1) La orientación sexual.....	41
2.5.2) El transvestismo.....	44
2.5.3) El transgenerismo.....	52
Capítulo 3) Etiología y prevalencia.....	59
3.1) Aproximaciones biológicas.....	60
3.2) Aproximaciones psicosociales.....	74
3.3) Prevalencia.....	81
Capítulo 4) La disforia de género o sexogenérica a lo largo del ciclo de vida.....	87
4.1) La disforia de género o sexogenérica a lo largo del ciclo de vida.....	87
4.2) Trastornos de la identidad sexual DSM-IV-TR.....	90
4.3) Trayectoria de integración de las personas transexuales.....	97
Capítulo 5) Normas mínimas de atención de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénica y Transexual (<i>World Professional Association for Transgender Health, WPATH</i>) para personas que sufren disforia de género o disforia sexogenérica.....	101
Capítulo 6) La legislación en México y los Derechos Humanos de las personas transexuales.....	129
Capítulo 7) El proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica.....	147
7.1) Intervención del psicólogo.....	161
7.2) Terapia hormonal.....	176
7.3) Reasignación quirúrgica.....	187
7.4) Cirugía cosmética.....	195

Conclusiones.....	205
Bibliografía consultada.....	217
Bibliografía complementaria.....	225
Anexo 1: Inventario combinado de identidad de género y transexualidad.....	227
Anexo 2: Cuestionario de género cruzado H a M.....	245
Anexo 3: Glosario.....	249

Resumen

Este trabajo de investigación documental trata sobre las características del *síndrome de disforia sexogenérica o transexualidad*, que se vincula principalmente con las áreas clínica y social de la psicología, y se realizó a través del análisis de los siguientes temas:

- Es el síndrome de disforia sexogenérica o transexualidad.
- Las teorías biológicas, psicológicas y sociales que tratan de abordar la etiología de esta condición humana.
- Las diferencias y las relaciones entre la transexualidad y otras condiciones como la orientación sexual, el transvestismo y el transgenerismo.
- Las características y las diferencias entre la transexualidad primaria y la transexualidad secundaria a transvestismo.
- La prevalencia estimada de la transexualidad hombre a mujer (mujeres transexuales) y mujer a hombre (hombres transexuales).
- Cómo se va presentando el proceso de la disforia sexogenérica desde la infancia hasta la edad adulta.
- Cómo y con base en qué se diagnostica la transexualidad primaria y la transexualidad secundaria a transvestismo.
- Las normas de atención para que una persona transexual pueda acceder a las diferentes técnicas de reasignación integral para la concordancia sexogenérica.
- El papel del psicólogo relacionado con la atención a una persona transexual.
- La postura de la legislación en México con respecto la transexualidad y los derechos humanos de las personas transexuales.

Todos estos temas se abordaron tomando en consideración las tres dimensiones que interactúan en la manifestación de cualquier conducta del ser humano (biológica, psicológica y social), y realizando una revisión exhaustiva de la literatura especializada en el tema.

Palabras clave: Síndrome de disforia sexogénica, transexualidad, orientación sexual, transvestismo, transgenerismo.

Introducción

La *transexualidad* es una condición humana que se caracteriza por la discordancia entre el sexo biológico y la identidad de género, lo cual tiene como resultado el desarrollo de un síndrome de disforia sexogénica que puede ser variable en cuanto a la presentación de signos, de síntomas y en la intensidad de los mismos, y que puede presentarse desde el inicio de la infancia, durante la adolescencia o en la edad adulta.

Conceptualmente hablando, la persona con síndrome de disforia sexogénica o transexual experimenta una gran incongruencia entre su sexo (características anatómicas) y su identidad sexogénica (características psicológicas): su cuerpo le dice “*soy un hombre*” pero su mente le dice “*soy una mujer*”, y lo mismo en el caso de la mujer. Los transexuales tienen la plena convicción en lo más íntimo y profundo de su ser de pertenecer al sexo reproductivamente complementario al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y con un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente.

A lo largo de la historia moderna y en la actualidad han existido y de hecho siguen existiendo varios mitos, prejuicios y tabúes acerca de la transexualidad relacionados con términos como *enfermedad*, *desviación*, *aberración* o *abominación* por mencionar sólo algunos.

Por ejemplo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA) clasifica a la transexualidad como un *trastorno de la identidad sexual* (F64). Sin embargo, actualmente se ha llegado al consenso de que la transexualidad no obedece a ningún tipo de trastorno sino que simple y sencillamente es una condición sexual, razón por la cual organizaciones transexuales de todo el mundo se manifestaron públicamente el 16 de octubre de 2009 para que en la próxima revisión de este manual (DSM-V) desaparezca la transexualidad como una patología.

También se sigue creyendo que las personas transexuales son homosexuales, y es muy importante diferenciar lo que es la *transexualidad* y lo que es la *orientación sexual*. En cuanto a la orientación sexual, las personas transexuales pueden ser heterosexuales, homosexuales o bisexuales, y esta condición sexual (la transexualidad) no tiene absolutamente nada que ver con la orientación sexual debido a que son dos condiciones diferentes desde cualquier punto de vista. Tal vez uno de los conceptos que han contribuido a esta falsa idea es el siguiente: un hombre con disforia sexogénica que tiene relaciones sexuales con otro hombre no es homosexual como podría pensarse a simple vista, sino que es tan heterosexual (si cabe el término) como cualquier hombre biológico que se relaciona sexualmente con una mujer; y lo mismo puede decirse de una mujer con disforia sexogénica que se relaciona sexualmente con otra mujer, es decir que una mujer con disforia sexogénica que tiene relaciones sexuales con otra mujer no es homosexual como podría pensarse a simple vista, sino que es tan heterosexual (nuevamente, si cabe el término) como cualquier mujer biológica que se relaciona sexualmente con un hombre.

Y no está de más mencionar la influencia de la religión judeo-cristiana al respecto, la cual se ha referido a esta condición sexual como una *aberración* y como una *abominación contra natura* desde que se identificó científicamente por primera vez en 1909. Desde este punto de vista, la Iglesia se ha basado en que un hombre es un hombre, una mujer es una mujer y que ambos son reproductivamente complementarios. Sin embargo, un hombre transexual que llegara a tener relaciones sexuales con otro hombre antes de someterse a un proceso de reasignación integral para la concordancia sexogénica, podría ser tan reproductivamente complementario como cualquier mujer que llegara a tener relaciones sexuales con un hombre; y lo mismo podría decirse de una mujer transexual que llegara a tener relaciones sexuales con otra mujer antes de someterse a un proceso de reasignación integral para la concordancia sexogénica.

Lo que tienen en común estos tres puntos de vista es que únicamente contemplan el sexo biológico de las personas y no su identidad sexual ni su identidad genérica, que es en una primera instancia lo que precisamente define a la transexualidad; y de aquí la importancia de la realización de este trabajo cuyos objetivos fueron los siguientes:

- Analizar la transexualidad y sus implicaciones desde el punto de vista biológico, psicológico y social.
- Diferenciar la transexualidad de otras condiciones como la orientación sexual, el transvestismo y el transgenerismo.
- Y proporcionar los lineamientos correspondientes a las normas mínimas de atención para personas transexuales, con la finalidad de que cuenten con un documento actualizado, libre de mitos, de prejuicios y de tabúes que les permita transitar por esta condición sexual de una manera más ecológica.

Capítulo 1) Las dimensiones del sexo.

Cualquier conducta y entre ellas la sexual, es en última instancia el resultado de la interacción de tres dimensiones del ser humano que son la *biológica*, la *social* y la *psicológica*; y al discutir estas dimensiones de la conducta sexual no trato de implicar que sea necesaria una elección entre ellas, ya que son complementarias más que mutuamente excluyentes.

Dentro de la dimensión biológica se incluyen todos aquellos procesos y estructuras orgánicas que determinan el comportamiento sexual, como son la *anatomía* y la *fisiología*, entre otros. La dimensión social abarca procesos de identificación de grupo que asignan a los integrantes de una cultura determinada, en un tiempo sociohistórico específico, características aceptables de comportamiento, en la cual se incluye el *género*, el *género de asignación* y los *guiones* o los *roles sexuales*. Y la dimensión psicológica del comportamiento sexual agrupa aspectos como la *identidad sexogenérica* y la *orientación sexual* (Katchadourian y Lunde, 1979).

1.1) La dimensión biológica del sexo y sus implicaciones.

El término *sexo* se circunscribe dentro de la dimensión biológica de la sexualidad, y se refiere a la serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una misma especie en algún punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios (Alvarez-Gayou, 1986).

Para los seres humanos, en un extremo se encontrará la mujer con capacidad reproductiva y en el otro el varón con la misma condición; y en caso de darse una relación coital entre ellos, existe la posibilidad de que se lleve a cabo un proceso de fecundación que daría como resultado un nuevo ser (figura 1).

*Pseudohermafrodita o
estado intersexual*

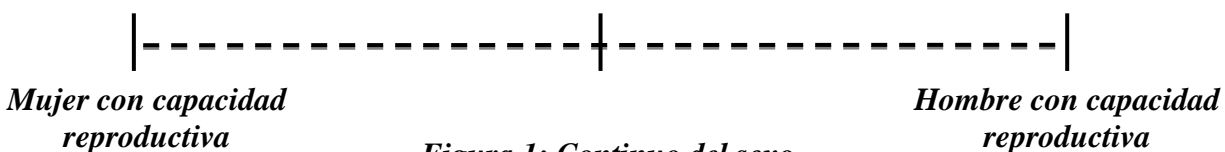


Figura 1: Continuo del sexo.

A lo largo de ese continuo podemos encontrar diferentes puntos intermedios donde se localizan aquellas personas que tienen como peculiaridad el no tener la posibilidad de fecundar o de ser fecundados, como por ejemplo los bebés, los niños y las niñas antes de la pubertad, las mujeres después de la menopausia, los hombres y las mujeres que utilizan o que se han sometido a procedimientos anticonceptivos o contraceptivos temporales o definitivos, o bien que por diversas razones están imposibilitados para reproducirse, etc. De esta manera, todos ellos estarían colocados en diversos puntos sobre esta línea, pero por su incapacidad reproductiva no se ubicarían en los extremos.

Al centro se encuentran las personas denominadas *pseudohermafroditas* o los *estados intersexuales*, del griego *hemaphroditós*, joven de gran belleza hijo de Hermes y de Afrodita de quien estaba enamorada la ninfa Salmacis sin ser correspondida. La mitología cuenta que estando el joven bañándose en una fuente, Salmacis se unió a él sin su consentimiento y pidió a los Dioses que sus cuerpos formasen uno solo, por lo que se le representa como un joven con pecho de mujer o con la figura de Afrodita con genitales masculinos.

Como se habrá podido observar por su definición, el sexo es un concepto puramente biológico, son características heredadas genéticamente que permiten la clasificación de un ser como macho o como hembra según el papel que les corresponde con base en la función reproductiva, y para su estudio se divide en ocho dimensiones distintas:

- El *sexo cromosómico*, que se refiere o se relaciona con los cromosomas sexuales contenidos en el par 23 del genotipo humano (XX mujer o bien XY hombre).

- El *sexo génico* configurado por los genes, origen de todo el fenotipo (apariencia física) y del genotipo (conformación de los genes que estructuran a los cromosomas).
- El *sexo gonadal*, dado por la presencia ya sea de ovarios en el caso de las mujeres o de testículos en el caso de los hombres.
- El *sexo hormonal*, que es el resultado de la acción de las hormonas ya sean “*masculinas*” (andrógenos) o “*femeninas*” (estrógenos y progestágenos).
- El *sexo de órganos sexuales pélvicos internos*, que se refiere a la presencia de los dos tercios internos de la vagina, del útero y de las trompas de Falopio en el caso de las mujeres; o a la presencia de epidídimos, conductos deferentes, vesículas seminales, próstata, uretra prostática y glándulas bulbouretrales en el caso de los hombres.
- El *sexo de órganos sexuales pélvicos externos*, que se refiere a la presencia de la vulva y del tercio externo de la vagina en el caso de las mujeres; o a la presencia del pene y de las bolsas escrotales en el caso de los hombres.
- El *sexo cerebral*, que se refiere a las diferencias neuroanatómicas y funcionales entre el cerebro del hombre y el de la mujer.
- Y el *sexo somático* o de los caracteres sexuales secundarios.

Todo esto forma el sexo, y no sólo los órganos pélvicos externos (Alzate, 1997).

1.2) La dimensión social del sexo y sus implicaciones.

La dimensión social del sexo abarca procesos de identificación de grupo que asignan a los integrantes de una cultura determinada, en un tiempo sociohistórico específico, características aceptables de comportamiento, en la cual se incluye el *género*, el *género de asignación* y los *guiones* o los *roles sexuales*.

El género es el resultado de un proceso de aprendizaje tanto familiar como social, que iniciándose desde el nacimiento clasifica a los seres humanos en hombres o en mujeres, por extensión incluye lo masculino y lo femenino, y tiene como base los atributos culturales del momento sociohistórico que se viva (Gagnon, 1980; Nogués, 2004).

Los seres humanos nacen con un sexo determinado, pero poco a poco van aprendiendo su género; y mientras que el sexo ha existido desde siempre en la evolución de la humanidad, el concepto del género se consolida en el periodo Neolítico donde la división del trabajo, las tareas especializadas, los efectos del asentamiento sedentario, la maternidad y la puericultura establecieron diferencias sustantivas entre hombres y mujeres (Barrios y García, 2008).

Aunque a menudo son coincidentes, el sexo y el género pueden diferir en una misma persona: hay personas con sexo masculino que viven y se representan como femeninas, independientemente de sus órganos sexuales o de sus caracteres sexuales secundarios; y de igual manera, hay seres humanos que son hombres en la cotidianeidad, aunque su anatomía sea de mujer.

Para su estudio también se consideran varias dimensiones del género, que con fines didácticos dividiré en *género de asignación* y en *guión social o sexual*.

El género de asignación se refiere a la condición de ser niño o niña, que es otorgada a las personas en función de la apariencia de sus órganos sexuales externos, y esta asignación ocurre sobre todo en el momento del nacimiento o poco después del mismo; y si bien es cierto que en la gran mayoría de las ocasiones la asignación de género es coincidente con el sexo del recién nacido, también sabemos que en otros casos esta puede no serlo pues existen algunos trastornos genéticos cuyos resultados repercuten por ejemplo en la diferenciación sexual, y que provocan una confusión sobre el sexo de las personas.

Este es, entre otros, el caso de un padecimiento llamado *hiperplasia suprarrenal congénita*, en donde un recién nacido de sexo femenino puede presentar una ambigüedad de sus genitales externos, en donde el clítoris es excesivamente grande pudiéndose confundir en ocasiones con un pene y los labios vulvares mayores presentan una forma y una coloración que los asemejan a las bolsas escrotales. En un caso como este se podría asignar equivocadamente un género masculino, y así en los años subsiguientes esta persona sería conside-

rada hombre con el correspondiente trato y educación que la sociedad reclama como esperado para un varón (Dittmann, 1990; Meyer-Bahlburg et al, 1996).

El género de asignación es un concepto social originado a través de una apreciación de lo biológico, es decir, por la presencia manifiesta o no de órganos sexuales externos masculinos o femeninos (Nogués, 2004).

Y por su parte, el guión o el rol sexual es el comportamiento que los individuos aprenden y adoptan de acuerdo a los requerimientos sociales, en función de su género e implícitamente de su presunto sexo (Nogués, 2004).

Todos los individuos tienen guiones sexuales que varían según sus guiones culturales y varían aún más cuando los ponen en uso en situaciones sexuales concretas, como por ejemplo, cuando un hombre o una mujer coquetean y manifiestan conductas específicas de cada uno de ellos para esa situación en particular.

Los antecedentes de la diferencia de género entre los hombres y las mujeres se encuentran en el libro de Simon de Beauvoir titulado *“El segundo sexo”* (1949), en el cual se plantea que las características humanas consideradas como *“femeninas”* son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse naturalmente de su sexo; y con la afirmación *“uno no nace, sino que se hace mujer”* se le da forma a este constructo genérico de índole social (Lamas, 1996).

El primer autor que estableció la diferencia entre el sexo y el género fue Robert Stoller en su libro titulado *“Sex and gender”* publicado en 1968, y fue a partir del estudio de los *“trastornos de la identidad sexual”* que se definió con precisión este sentido de género.

Stoller examinó casos de niñas con *síndrome adrenogenital*, quienes presentan una masculinización de los genitales externos aún a pesar de tener un sexo genético, anatómico y hormonal femenino, a quienes en virtud de la apariencia de sus genitales externos se les asignó un género y un rol sexual masculino, y este error de rotularlas como niños resultó im-

posible de corregir después de los primeros tres años de edad. También estudió casos de niños genéticamente varones, que por un defecto anatómico o por haber sufrido la mutilación del pene, obtuvieron un género de asignación femenino y esto facilitó el posterior tratamiento hormonal y quirúrgico que los “convertiría” en mujeres (Stoller, 1968).

Con base en estos casos, Stoller supuso que el sexo biológico no es lo que determina la identidad ni el comportamiento de género, sino el hecho de haber vivido durante los primeros tres años de edad las experiencias, los ritos y las costumbres atribuidos al género; y concluyó que tanto la asignación como la adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica (Stoller, 1968).

1.3) La dimensión psicológica del sexo y sus implicaciones.

La dimensión psicológica del comportamiento sexual agrupa aspectos como la *identidad sexual*, la *identidad genérica*, la *identidad sexogenérica* y la *orientación sexual*.

El concepto que de sí mismo pueda tener un individuo depende estrechamente del vivir y del sentir su sexualidad, y de esta relación se desprende su sentimiento de autoestima, su auto-concepto, su sentido de identidad, las formas específicas que utiliza para dar y para recibir afecto, su identidad moral y espiritual, etc. La identidad sexogenérica forma parte de este constructo primordialmente psicológico, y es la identificación psicológica, personal y subjetiva que se va desarrollando en el niño o en la niña para desembocar finalmente en el hecho de sentirse hombre, mujer o ambos. Esta condición una vez que se establece entre los 18 y los 30 meses de edad es inmodificable, ya que en ninguna persona se transforma ni con el tiempo ni con cualquier procedimiento de intervención profesional (Barrios y García, 2008).

Al hablar de identidad sexogenérica estamos manejando tres conceptos que son:

- *Identidad*, que se refiere a la circunstancia de ser efectivamente lo que se dice y lo que se siente ser, o sea, de identificarse.

- *Sexo*, que se refiere al conjunto de órganos reproductivos internos y externos, y que diferencian a los machos de las hembras y viceversa.
- Y *género*, que se refiere a la serie de comportamientos y de roles aprendidos con base en el sexo de asignación, y que diferencian a lo masculino de lo femenino y viceversa.

Para Money la identidad de género es la expresión privada del rol de género, y el rol de género es la expresión pública de la identidad de género; ambos son dos lados de la misma moneda y constituyen la unidad género - identidad o rol. La identidad de género es la identificación, la unidad y la persistencia de la propia individualidad como masculino, como femenino o como andrógino en mayor o en menor grado, fundamentalmente experimentada en un darse cuenta de sí mismo y de la conducta que se expresa; e incluye tanto la respuesta como la excitación erótica y sexual, pero no se limita a ella (Money, 1992).

La identidad sexogenérica de las personas puede ser concordante cuando hay una identificación positiva con su sexo y con su género, conduciendo a una euforia sexogenérica; o discordante cuando hay una identificación negativa ya sea con su sexo, con su género o con ambos, conduciendo a una disforia sexogenérica.

Por ejemplo, los homosexuales masculinos o femeninos son personas que se identifican positivamente tanto con su sexo como con su género, saben que son hombres o que son mujeres, aceptan la presencia de sus genitales internos y externos, obtienen placer de su estimulación, aceptan su comportamiento y su rol social a pesar de que en un extremo los hombres puedan ser muy femeninos o las mujeres muy masculinas, y por lo tanto presentan una identidad sexogenérica concordante y euforia sexogenérica. Las personas transgenéricas se identifican positivamente con su sexo pero no con su género, saben que son hombres o mujeres desde el punto de vista biológico, aceptan la presencia de sus genitales internos y externos, obtienen placer de su estimulación pero no aceptan su comportamiento ni su rol social y por lo tanto presentan una identidad genérica discordante y disforia genérica. Y las personas transexuales no se identifican positivamente con su sexo ni con su género, saben que son hombres o que son mujeres desde el punto de vista biológico pero no aceptan la presencia de sus órganos genitales internos ni externos, cuando menos en un inicio no obtienen

placer de su estimulación, no aceptan su comportamiento ni su rol social y por lo tanto presentan una identidad sexogenérica discordante y disforia sexogenérica.

Con base en la experiencia clínica, en las personas transexuales la identidad sexogenérica es independiente de las experiencias iniciales de aprendizaje social y de crianza. Generalmente las personas son criadas con base en los elementos visibles de su sexo, y la educación formal e informal que procede suele ser de acuerdo con el papel o con el rol de género típico de lo masculino y de lo femenino según sea el caso. Pero si se aceptara que la identidad sexogenérica corresponde únicamente al aprendizaje social y a la crianza para desenvolverse de acuerdo con el sexo, es muy posible que no existiera la condición transexual; y esta reflexión puede sentar las bases de la posible existencia de un sustrato biológico u orgánico en la etiología de esta condición humana.

La identidad sexogenérica se subdivide en tres áreas que son el *núcleo genérico*, la *identidad de rol* y la *elección del objeto sexual*. Stoller fue quien propuso esta clasificación para darle cuerpo conceptual al conjunto de dimensiones psicosociales que incluyen a los sentimientos, a las conductas y a las identificaciones que todo ser humano tiene respecto de la vivencia intrínseca de su sexualidad (Stoller, 1968).

El núcleo genérico es la percepción psicológica a nivel íntimo y profundo de sentirse hombre o mujer. Los niños comienzan a definir su identidad entre los 18 y los 24 meses de edad, a los 2 años de edad por lo general ya comprenden que forman parte de un grupo genérico específico y pueden identificar correctamente a otros miembros de su mismo grupo, a los 3 años de edad tienen un concepto firme y consistente de lo que es su género, pero no es sino aproximadamente hasta los 5 años de edad que están plenamente convencidos de que son miembros permanentes de ese grupo (Hales y Yudofsky, 2008).

No está demás recalcar que nos identificamos sexogenéricamente cuando nuestro sentimiento coincide con nuestros órganos sexuales y con nuestro género (identidad sexogenérica concordante), lo que sucede en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, existen situaciones en las que hay discrepancia entre el sentimiento de pertenencia y el sexo biológico

(identidad sexogenérica discordante), es decir, no coincide la percepción íntima de corresponder a ese sexo ni a ese género. A esta condición se le llama *identidad de género discordante* o más recientemente *disforia genérica* o *sexogenérica*, clínicamente reconocida como *transgenerismo*, *transexualidad primaria* o *transexualidad secundaria* a *transvestismo* dependiendo del caso.

Por su parte, los roles o los guiones son los papeles sociales de hombres y de mujeres, es decir, es todo aquello que una persona dice o hace para indicarle a los demás y a sí misma el grado en que es hombre, mujer o andrógino (Money y Ehrhardt, 1975); o en otras palabras, son la serie de comportamientos sociales que el grupo en que vivimos exige de nosotros, tomando como referencia el sexo que se infiere de acuerdo a nuestra apariencia masculina o femenina, son binarios y mutuamente excluyentes (se es de uno o de otro). Se habla de identidad de rol cuando una persona se ajusta a lo esperado para ella de acuerdo al hecho de ser o de manifestarse como hombre o como mujer, y de lo anterior se desprende el beneplácito social; pero por el contrario, el rechazo, la desaprobación y las críticas negativas emergerán cuando la persona no actúe con base en las expectativas sociales.

Finalmente, la elección del objeto erótico se refiere a los niveles de atracción que poseemos para relacionarnos tanto afectiva como eróticamente con personas, ya sea de nuestro sexo, del sexo reproductivamente complementario o con ambas; y se le considera como un sinónimo de orientación de género, de orientación sexual o de orientación erótico-afectiva que se manifiesta en deseos, en comportamientos, en ideas, en fantasías o en una combinación de estos elementos.

Capítulo 2) La transexualidad.

2.1) El concepto de transexualidad.

La transexualidad es una condición humana o una situación de vida que se caracteriza por la discordancia entre el sexo biológico y la identidad de género (identidad sexogenérica discordante), en la que no coinciden los aspectos somáticos o corporales con la percepción íntima de ser hombre o de ser mujer. Esto tiene como resultado el desarrollo de un síndrome de disforia sexogenérica que puede ser variable en cuanto a la presentación de signos, de síntomas y en la intensidad de los mismos, y que puede presentarse desde el inicio de la infancia, durante la adolescencia o en la edad adulta (Hyde y DeLamater, 2007). Por lo tanto, resulta totalmente comprensible que la persona transexual busque afanosamente la plena concordancia entre su identidad de género y su sexo.

En lo referente a la terminología de esta condición humana, es preferible utilizar el término “*transexualidad*” en vez del término “*transexualismo*” porque estamos hablando de una cualidad o de una característica más que de una corriente de pensamiento o de estudio.

La condición transexual es un punto extremo de inconformidad (disforia) con el sexo biológico y con el género de asignación, pero se habla de un umbral clínico que no siempre se traspasa en la persona transexual, y para que esto ocurra, las dudas, las angustias y las incertidumbres en torno a su identidad sexogenérica deben ser permanentes y tornarse tan intensas que son el tema central de su existencia. Pero también existen personas transexuales que, sin dejar de mostrar insatisfacción, no ubican en la discordancia sexogenérica el aspecto fundamental de su vida, pues si bien este es importante, lo resuelven por sí mismas o con ayuda de un terapeuta simplemente al desempeñar el papel de género que desean, sin necesidad de modificaciones corporales (Becerra, 2003).

Una persona con síndrome de disforia sexogenérica o transexual encuentra que su identidad sexual está en conflicto con su anatomía sexual, es decir que se produce una discon-

formidad entre su sexo biológico, su sexo social y su sexo psicológico: su cuerpo le dice “soy un hombre” pero su mente le dice “soy una mujer”, y lo mismo en el caso de la mujer. Los transexuales tienen la plena convicción en lo más íntimo y profundo de su ser de pertenecer tanto al sexo como al género reproductivamente complementario al que nacieron y al que fueron asignados (hombre-mujer o mujer-hombre), con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y con un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente; y el término *transexual* se utiliza tanto para la persona que decide someterse a estos procedimientos como para la que no toma esta decisión. Ya sea que la persona se someta o no a los procedimientos médico-quirúrgicos de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, lo que la hace ser transexual es el sentimiento, la convicción y su percepción de que su cuerpo no encaja con su ser hombre o con su ser mujer.

Su identidad mental es distinta a su fenotipo genital y a su rol de género, generalmente no muestran trastornos psiquiátricos que distorsionen la percepción de la realidad, y necesitan ser aceptados tanto social como legalmente con base en el sexo y en el género sentido, los cuales son opuestos al sexo de nacimiento y al género de asignación (Becerra, 2003).

Un hombre transexual es una mujer biológica que nace con anatomía femenina, presenta vulva, vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios, y por lo tanto se le asigna un género femenino con su rol correspondiente; pero al crecer, en lo más íntimo y profundo de su ser se asume como hombre porque su sexo cerebral está masculinizado, aunque biológica y genéticamente sea una mujer XX. Y una mujer transexual es un hombre biológico que nace con anatomía masculina, presenta un pene, bolsas escrotales, epidídimos, conductos deferentes, vesículas seminales, próstata, glándulas bulbouretrales, y por lo tanto se le asigna un género masculino con su rol correspondiente; pero al crecer, en lo más íntimo y profundo de su ser se asume como mujer porque su sexo cerebral está feminizado, aunque biológica y genéticamente sea un hombre XY (Saro, 2009; Gómez y Esteva, 2006).

Por lo tanto, una de las principales características de la transexualidad es la preeminencia del sexo psicológico sobre el sexo anatómico y sobre el género de asignación; y uno de los

principales errores que se comenten con las personas transexuales es designarlas con base en su sexo biológico y en su género de asignación correspondiente, mas no con base en el sexo ni en el género con el que se sienten identificadas. Tan es así, que minutos después de iniciar una entrevista con una persona transexual y sin importar lo femenino o lo masculino de su aspecto, se tiene la impresión definitiva e inequívoca de estar hablando con una persona del sexo al que desea reasignarse, es impresionante constatar la identidad de género discordante y no se trata de un transvestismo comportamental o verbal, sino de una cuestión real, genuina e innegable.

Una persona con disforia sexogénica o transexual se siente extraña frente al espejo, y lucha por lograr una congruencia entre su ser interior y su corporalidad, condición a menudo en conflicto con un mundo agresivo y hostil, carente del más elemental respeto a la diversidad humana y a las diferencias que le dan significado al enorme abanico de la sexualidad humana (Barrios y García, 2008).

Algunas personas transexuales desarrollan habilidades para vivir con relativa tranquilidad y eficiencia, sin tener que someterse a todos los procesos de la reasignación integral para la concordancia sexogénica; sin embargo, una proporción importante de personas transexuales sí la requieren.

Actualmente los términos y los conceptos en torno a la transexualidad no están muy consensuados, sobre todo porque se trata de una minoría poco atendida y estudiada; y de hecho, muchas veces en la misma comunidad de personas transexuales tampoco existe un consenso con respecto a los términos.

Por ejemplo, algunos piensan que para considerar a alguien transexual debe haber pasado por operaciones quirúrgicas de reconstrucción genital, o al menos haber comenzado una terapia hormonal; y otros consideran que una persona transexual es aquella que ha completado su proceso de reasignación integral para la concordancia sexogénica. Sin embargo, lo más común es que se considere transexual a la persona que simplemente encuentra una dis-

conformidad entre su sexo psicológico y algunos o todos los demás caracteres sexuales y los correspondientes a su género de asignación.

Existe otro grupo de personas que emplean el término *síndrome de Harry Benjamin*, el cual considera a la transexualidad como un estado intersexual o como una forma de intersexualidad (Bustos, 2008). Al respecto conviene aclarar que los estados intersexuales por definición se refieren a los estados intermedios entre lo masculino y lo femenino, y se deben a diversos trastornos de los cromosomas sexuales como es el caso del síndrome de Klinefelter, del síndrome de Turner o de diversas polisomías X entre otros; o a diversas anomalías genéticas como el pseudohermafroditismo, el síndrome adrenogenital, el síndrome de Morris o testículo feminizante, el síndrome de la República Dominicana entre otros (Pombo, 1997; Cabral, 2005; Thompson, 2006). Sin embargo, la transexualidad no es un estado intersexual, no es un estado intermedio entre lo masculino y lo femenino, y tampoco se debe a ninguna anomalía cromosómica ni genética.

Es muy importante tener en mente que la transexualidad no es una patología, y que sin embargo, es una condición personal y humana que requiere servicios de salud de la misma forma que los necesita una mujer embarazada; y también debemos tener en mente que el concepto de salud es muy amplio y que no debe restringirse a la estrechez del modelo dicotómico tradicional de salud - enfermedad empleado comúnmente en la clínica médica, psiquiátrica y psicológica.

Al respecto, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (ONU, 2006); y tanto para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como para la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) el concepto de salud sexual se refiere a la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad (OPS y WAS, 2000).

De estos conceptos se evidencia que el concepto de salud general no se refiere sólo a la ausencia de enfermedad ni a la ausencia de una disfunción, sino al pleno bienestar de la persona.

La salud no logra ser un fin en sí misma si no va acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre y de la mujer sanos, del disfrute del bienestar y de su contribución productiva al progreso social; es decir, la salud requiere más que una definición biológica: debe tener en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación y en su variación (ecología, ambiente, sociedad, cultura, etc.). Por otro lado, el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y con las ideas de cada época. De aquí que la idea que tiene la gente de su salud no es siempre la correcta, y esa idea siempre está limitada por el marco social en que la gente actúa.

Se reconocen dos modalidades de transexualidad que son la *transexualidad primaria* y la *transexualidad secundaria a transvestismo*, que podrían considerarse como un síndrome y un síntoma respectivamente (Dolan, 1996; Moore y Jefferson, 2005).

La transexualidad primaria engloba a individuos que han presentado una disforia sexogenérica durante toda su vida, por lo general sin presencia de fetichismo transvestista y muchos transexuales primarios que siempre se han sentido que pertenecen al sexo reproductivamente complementario no han tenido deseos ni necesidad de transvestirse, como podría suponerse que sucediera. Para que un episodio pueda considerarse transexualidad primaria, es imperativo encontrar las raíces de la disforia sexogenérica desde la infancia del sujeto.

Usualmente y desde temprana edad, la orientación sexual del transexual primario es homosexual vista desde el sexo anatómico del individuo, y además existe un nulo o casi nulo deseo sexual por el hecho de transvestirse; sin embargo, estos pacientes pueden llamarse a sí mismos heterosexuales, ya que la atracción que tienen hacia una persona parte de sentirse o de percibirse hombre o mujer, que en estos casos no corresponde con su anatomía (*“físicamente soy un hombre homosexual porque me gustan los hombres, pero me siento mujer*

y por lo tanto, al gustarme los hombres soy heterosexual”). Es por estas peculiaridades que la denominación se presta a grandes confusiones no sólo para la opinión pública sino incluso para los profesionales de la salud, por lo que para evitar complicaciones, debe considerarse la orientación sexual de un individuo teniendo como base su identidad sexogenérica, independientemente del sexo anatómico al que pertenezca.

Si un transexual es una mujer y tiene un cuerpo de hombre o viceversa, no puede ejercer su sexualidad como lo que biológicamente es, y nuevamente hay que dejar perfectamente claro que una cosa es el *transvestismo* y otra muy distinta la *transexualidad*, aunque en apariencia mucha gente los ponga en el mismo nivel sólo porque en ambos casos hay un gusto por vestirse con ropas características del sexo reproductivamente complementario al propio sexo biológico. La principal diferencia entre ambas entidades radica en que, aunque el transvestista se viste con ropas femeninas o masculinas nunca pierde de vista que es hombre o mujer respectivamente y no muestra una identidad sexogenérica discordante; mientras que el transexual está verdaderamente convencido en lo más íntimo y profundo de su ser que es una persona del sexo reproductivamente complementario, y por lo tanto muestra una identidad sexogenérica discordante.

Por su parte, se han identificado dos patrones de transexualidad secundaria a transvestismo (Person y Ovesey, 1974; Moore y Jefferson, 2005): uno basado en un trayecto transvestista heterosexual y otro basado en un trayecto previo como homosexual, en donde en ambos casos el transvestismo es la parte primaria y por ende la transexualidad es la parte secundaria. Estos hombres funcionan adecuadamente como transvestistas heterosexuales o como homosexuales (transvestistas o no), hasta que años después algo los empuja o los desestabiliza, momento en el que pueden recurrir a diversos procedimientos de reasignación integral para la concordancia sexogenérica para poder continuar sus vidas.

Para que se presente la transexualidad secundaria a transvestismo el individuo debe pasar por todas las fases anteriores del transvestismo y sin presentar disforia sexogenérica en las primeras etapas de su vida, pues de lo contrario estaríamos hablando de una transexualidad primaria.

Lo que hace que un individuo discurra desde el fetichismo hasta la transexualidad secundaria a transvestismo es el desarrollo de la disforia sexogénica o la identidad de género cruzado, sin embargo, en algunos casos los heterosexuales y los homosexuales tienen un gran deseo de deshacerse de su identidad masculina para resolver sus problemas, basándose en que el rol pasivo femenino es más fácil de cumplir que el incómodo y demandante rol masculino. Inicialmente el transvestismo es una motivación erótica, pero a estas alturas la transexualidad secundaria es una técnica para manejar el estrés, por lo que el transvestirse y la disforia sexogénica aseguran la supervivencia psicológica del individuo (Moore y Jefferson, 2005).

Por razones aún desconocidas, el hecho de transvestirse y de desempeñar el rol femenino les genera sentimientos de satisfacción y de gratificación que no obtienen por ningún otro medio. Estas personas presentan una erosión gradual de su identidad masculina haciendo que su conducta transvestista se vaya reforzando a través de los años, y paralelamente a esto, su identidad femenina progresa (Moore y Jefferson, 2005).

Cuando están desempeñando el rol masculino, el momento de reincorporarse nuevamente al femenino les provoca y les confiere sentimientos de renacimiento, cambios positivos y mayor alegría de vivir. El rol sexual se va refinando y reelaborando siempre en la dirección de las ventajas sociales de ser mujer o de vivir como una de ellas, al mismo tiempo que van relacionando el vivir como hombre con un sentimiento de ansiedad y de conflicto (Moore y Jefferson, 2005).

Antes de abordar la definición a la condición transexual con base en los lineamientos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, DSM-IV y DSM-IV-TR) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA) y con base en los lineamientos de la décima edición de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud, OMS (CIE-10), es muy importante mencionar que la *patologización* es el etiquetamiento de determinados comportamientos como enfermizos, siguiendo de manera mecánica y reduccionista el modelo dicotómico de salud y de enfermedad. A menudo y tratándose sobre todo de comportamientos sexuales, estas etiquetas ideológicas se vuelven diag-

nósticos que simplemente sirven para manifestar desaprobación, rechazo y exclusión del mundo “*normal*” a aquellas personas con cuya sexualidad no se está de acuerdo.

La patologización de la vida sexual fácilmente conduce a ubicar como “*desviados*” a los seres humanos que rebasan el marco de lo “*normal*”, y según Tamar Pitch, la desviación puede entenderse como una conducta discrepante con el término medio de conductas comunes, o bien como un comportamiento que transgrede las reglas normativas de acuerdo con las expectativas de los sistemas sociales, por lo que recibe calificaciones adversas de quienes componen estos sistemas (Pitch, 1980).

La medicalización de la sexualidad y la consecuente patologización de los “*placeres perversos*” son una causa común de estigma para muchas personas, sin que muchas veces esas conductas sexuales tengan absolutamente nada que ver con una “*enfermedad*” como es el caso de las orientaciones sexuales diferentes de la heterosexualidad, del transvestismo, de la transgeneridad y de la condición transexual.

2.2) Definición según el DSM-IV-TR.

En 1980 aparece la *transexualidad* como diagnóstico en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA), para aludir a personas que demostraran cuando menos dos años de un deseo persistente de transformación de los aspectos sexuales de su cuerpo y de su rol de género. Asimismo, se estableció el diagnóstico para otras personas con disforia genérica como trastorno de identidad de género en la adolescencia o en la edad adulta, tipo no transexual o trastorno misceláneo de identidad de género cuando esa condición no se encuadraba en ninguna categoría diagnóstica (APA, 1987).

Posteriormente, en una siguiente revisión de este manual de 1994 (DSM-IV), el término transexualidad fue abandonado y en su lugar apareció el término *trastorno de identidad sexual* (categoría 302.6 si aparece en la niñez, o 302.85 si aparece en la adolescencia o en la

edad adulta) para designar a aquellos sujetos que muestran una fuerte identificación con el género contrario y una insatisfacción constante con su sexo anatómico.

Para el DSM-IV-TR, los criterios para el diagnóstico de F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx] son los siguientes (APA, 2003):

A) Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

- 1) Deseos repetidos de ser o insistencia en que uno es del otro sexo.
- 2) En los niños preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina, y en las niñas insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina.
- 3) Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo, o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
- 4) Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo.
- 5) Preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado(a) como del otro sexo, un deseo de vivir o de ser tratado(a) como del otro sexo, o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B) Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: En los niños, 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; y en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada,

sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la menstruación, o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (por ejemplo pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales, y de esta manera parecerse sexo reproductivamente complementario), o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C) La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D) La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificar según la edad actual:

- F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños [302.6]
- F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o en adultos [302.85]

Codificar si (para individuos sexualmente maduros):

- Con atracción sexual por los varones.
- Con atracción sexual por las mujeres.
- Con atracción sexual por ambos sexos.
- Sin atracción sexual por ninguno.

Sin embargo, la disforia sexogénica o transexualidad no obedece a ningún tipo de trastorno sino que simple y sencillamente es una condición sexual, razón por la cual diversas organizaciones transexuales de todo el mundo se manifestaron públicamente el 16 de octubre de 2009 para que en la próxima revisión de este manual (DSM-V) desaparezca la transexualidad como una patología basándose en los mismos preceptos que eliminaron la homosexualidad.

lidad del DSM-III en 1973, o bien, se propone el cambio de término a *desorden por ansiedad de privación de género* o a *variante biológica atípica de la identidad sexogenérica*, ya que con estas expresiones se refiere la discordancia que tiene una persona entre su sexo biológico (que es el que se asigna a un hombre o a una mujer con base en el tipo de genitales con los que nació), su sexo genético y su sexo cerebral (el hecho de sentirse hombre o mujer independientemente del sexo biológico o genético que se tenga), situación que afecta su identidad sexogenérica.

“A fin de cuentas, solamente los propios niños son quienes deben de identificar quién y qué es lo que son. A nosotros los investigadores nos corresponde escuchar y aprender. Las decisiones clínicas no deben estar basadas en predicciones anatómicas, ni en la “correcta” función sexual y tampoco son una cuestión de moral ni de congruencia social; sino que deben estar basadas en aquel camino que sea el más apropiado para el probable desarrollo del patrón psicosexual del niño. En otras palabras, el órgano que se presenta como crítico para el desarrollo psicosexual y la adaptación no son los genitales externos, es el cerebro” (William Reiner, 151 Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 225, 1997).

2.3) Definición según la CIE-10.

La CIE-10 (décima edición de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud, OMS) señala cinco formas diferentes de trastorno de identidad de género (F64), que son el transexualismo (F64.0), el transvestismo no fetichista (F64.1), el trastorno de la identidad sexual en la infancia (F64.2), otros trastornos de la identidad sexual (F64.8) y trastornos de la identidad sexual sin especificación (F64.9).

- 1) El transexualismo (F64.0) tiene tres síntomas:
 - a) Deseo de vivir y de ser aceptado como miembro del sexo opuesto, generalmente acompañado por el deseo de hacer su cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo de preferencia, a través de la cirugía y del tratamiento hormonal.
 - b) La identidad transexual ha estado presente de forma persistente durante al menos dos años.

- c) El trastorno no es un síntoma de otro trastorno mental ni de una anomalía cromosómica.
- 2) El travestismo no fetichista (F64.1) tiene tres síntomas:
- a) Los individuos visten ropas del sexo opuesto para experimentar temporalmente ser miembros del sexo opuesto.
 - b) Que no exista motivación sexual para el travestismo.
 - c) Los individuos no tienen el deseo de cambiar permanentemente al sexo opuesto.
- 3) Los trastornos de identidad de género en la infancia (F64.2) tienen síntomas separados para niñas y para niños:
- Para niñas: La niña muestra una angustia permanente e intensa sobre el hecho de ser una muchacha y tiene el deseo manifiesto de ser un muchacho, no meramente un deseo por cualquier ventaja cultural percibida de ser un muchacho, o insiste que ella es un muchacho.

Debe estar presente alguno de los siguientes puntos:

- Una marcada aversión permanente para vestir de forma femenina e insistencia en vestir según los estereotipos masculinos.
- Rechazo persistente de las estructuras anatómicas femeninas, como se evidencia por al menos uno de los siguientes puntos:
 - Afirmar que ella tiene o que le crecerá un pene.
 - Rechazo a orinar sentada.
 - Afirmar que ella no desea que se le desarrollen pechos ni menstruar.
 - La niña todavía no ha alcanzado la pubertad.
 - El trastorno debe estar presente durante al menos 6 meses.
- Para niños: Los individuos muestran una angustia intensa y permanente en relación con el hecho de ser un chico, y tienen el deseo de ser una chica o más raramente insisten en que ellos son mujeres.

Debe estar presente alguno de los siguientes puntos:

- Preocupación por las actividades del estereotipo femenino, como se muestra por la preferencia en vestir ropas femeninas o que parezcan femeninas, o por un intenso deseo en participar en los juegos y en los pasatiempos de niñas, y el rechazo de los juguetes, juegos y actividades del estereotipo masculino.
- Rechazo persistente de las estructuras anatómicas masculinas, como se evidencia por al menos una de las siguientes afirmaciones repetidas:
 - Que cuando crezca será una mujer, no meramente vivir el rol de mujer.
 - Que está a disgusto con su pene o con sus testículos, o que desaparecerán.
 - Que se sentiría mejor sin pene o sin testículos.
 - El chico no ha llegado a la pubertad.
 - El trastorno debe estar presente al menos 6 meses.

4) El diagnóstico de “*otros trastornos de identidad de género*” (F64.8) no tiene un síntoma específico.

5) El diagnóstico de “*trastorno de identidad de género sin especificación*” (F64.9) tampoco tiene síntomas específicos.

Cualquiera de los dos diagnósticos anteriores podrían usarse para quienes tienen una condición intersexual.

Actualmente el criterio diagnóstico ya es menos restrictivo que el de algunos investigadores que querían limitar el número de individuos que buscaban ser candidatos a los procedimientos de reasignación integral para la concordancia sexogenérica. Estos profesionales como Ostow (1953) o como Worden y Marx (1951), ambos citados por McConaghy (1993), incluso llegaron a asegurar que todos los transexuales son pacientes que sufren de una condición neurótica, de naturaleza parcial o completamente psicológica, y también terminaban asegurando que después de los procedimientos de reasignación integral para la concordancia sexogenérica seguirían siendo simplemente sujetos neuróticos, lo cual y con base en las

investigaciones más recientes, no ha podido ser demostrado plenamente ni en todos los casos.

La atribución de enfermedad mental o de perversión *per se* que se hace a la transexualidad conduce no sólo a la discriminación y al rechazo transfóbico, sino también a la generación de infinidad de falacias en torno a esta condición, lo cual acentúa el estigma.

2.4) Antecedentes históricos.

Gregersen menciona que el primer reporte de la condición transexual se encuentra en la mitología clásica, ya que Venus Castina era la diosa que tenía por misión atender los anhelos de las almas femeninas que habitaban en cuerpos masculinos; así como diferentes narraciones legendarias aluden a que los dioses solían cambiar de sexo a los mortales, como es el caso de Tiresias, el adivino de Tebas, quien fue convertido en mujer como castigo por haber matado a una serpiente hembra; pero por entregarse a los placeres del erotismo femenino, mucho más exquisito y disfrutable que el de los hombres, de nuevo fue transformado en varón debido a que su castigo había resultado un premio (Gregersen, 1988).

Este autor también menciona un episodio de la vida del emperador romano Nerón, quien ordenó a uno de sus lacayos llamado Sporus que se practicara una operación de “cambio de sexo”. Nerón había asesinado a su esposa Popea que estaba embarazada, se vio presa de los sentimientos de la culpa y quería una esposa muy parecida a ella con el ánimo de sustituirla, por lo que contrajo nupcias con Sporus que en lo sucesivo vivió como mujer (Gregersen, 1988).

Arnott reporta que en la antigua región de Frigia, actual Turquía, los sacerdotes que rendían pleitesía a Atis se arrancaban los testículos, algunos también el pene y todos vivían permanentemente como mujeres (Arnott, 2003).

Hyde y Lamater mencionan que en los albores del movimiento original del cristianismo una serie de mujeres “se convirtieron en hombres” para poder desempeñar sus funciones,

que aún en la actualidad siguen siendo exclusivas para los varones de esa religión. Este fue el caso de Pelagia, quien decidió no contraer nupcias, escapó disfrazada de varón para ingresar a un monasterio y desde entonces vivió como Pelagio, un sacerdote que llegó a ser nombrado Superior del convento (Hyde y Lamater, 2007).

También mencionan el caso de Bárbara La Española, una morisca probablemente transexual, quien en 1498 fue capturada en Roma y su castigo consistió en obligarla a marchar por la calle semidesnuda para exhibir sus órganos genitales masculinos, posteriormente fue ejecutada y su cadáver fue quemado en la vía pública (Hyde y Lamater, 2007).

En distintos lugares del mundo existen individuos que “*transmutan*” el género, específicamente el rol o el papel de género, pudiendo ser personas transgenéricas o transexuales; y esta transición corresponde a costumbres bien acendradas en regiones específicas. Este es el caso por ejemplo de las *mushes* o *muxes* de una región zapoteca de Oaxaca, o el de las *xaniith* en la región de Omán al sureste de Arabia y cuya forma de gobierno actual es una monarquía islámica absolutista (Miano Borroso, 2000; Barrios y García, 2008).

Las oaxaqueñas *mushes* o *muxes* son hombres biológicos que desde la infancia y de manera permanente desarrollan el papel de género femenino con el estímulo familiar y comunitario, desempeñando generalmente tareas de la casa. Contrariamente a la idea de que se podría tratar de un tercer género, en estos casos no hay ninguna transgresión al binarismo genérico puesto que el rol que desempeñan es femenino y estereotipado, pese a que una expresión verbal clásica de las *mushes* o *muxes* es “*no soy hombre ni mujer, soy mushe o muxe*”.

En la región de Juchitán se calcula que en una población de poco más de 160,000 habitantes hay unos 3,000 *mushes* o *muxes*, correspondiendo al 1.87% de la población.

Por otra parte, las *xaniith* son personas que tienen un estatus especial en su comunidad, ya que mientras que se prohíbe a las mujeres biológicas que socialicen con los varones que no sean sus parientes, las *xaniith* son hombres biológicos que pueden confraternizar sin res-

tricciones con las otras mujeres como si fueran sus iguales, y es común en ellas el oficio del trabajo sexual.

Aunque probablemente estas omanenses son personas transgénéricas o transexuales, no hay registradas cirugías para la concordancia sexogenérica para ningún miembro de este grupo humano; y se reporta que en una población constituida por 3,000 varones adultos existen 60 *xaniith*, lo que corresponde a 1 por cada 50 hombres de esa población.

Johannes Friedreich fue el primero en referir en la literatura médica en 1830 a individuos con deseos de asumir el rol del género opuesto (Boix, 2006). En 1876 Carl Westphal publicó la primera historia clínica médica de la atracción erótica entre miembros del mismo sexo, y según este autor existían sentimientos sexuales contrarios en las personas que cursaban con lo que conocemos ahora como transexualidad (Ferrer, 2006), aunque en la actualidad los sexólogos diferencian claramente la homosexualidad de la transexualidad.

Aunque existen algunas vagas referencias en la literatura occidental correspondientes a incipientes cirugías de reasignación integral para la concordancia sexogenérica durante el siglo XIX, está mejor documentada la transición medicamentosa de un hombre llamado Herman Karl, quien antes de 1882 vivía como mujer biológica bajo el nombre de Sophia Hedwig (Potts, 2001).

En 1894, Richard von Krafft-Ebing y Later denominaron “*metamorfosis sexual paranoica*” al hecho de que algunas personas se vestían con ropas del sexo reproductivamente complementario (Ferrer, 2006).

En 1909 Edward Carpenter publica *The intermediate sex: a study of some transitional types in men and women*, lo que abre la gama de la tipología humana al introducir maneras “*intermedias*”, no binarias, de ser hombre y de ser mujer.

En 1910 Magnus Hirschfeld utilizó por primera vez el término “*transvestismo*” en su estudio titulado *Die intersexuelle konstitution*, aunque lo hizo de forma genérica para lo que hoy

denominaríamos transexuales, transvestistas y homosexuales; pero en 1953 Harry Benjamin hizo la clasificación y la separación correspondiente entre estas condiciones.

En 1923, Einar Wegener fue el primero en someterse a una cirugía “*para cambiar de hombre a mujer*” adoptando el nombre de Lili Elbe. Habiendo nacido hombre y después de haber estado casado desde los 20 años de edad, al llegar a los 40 años ya no pudo seguir viviendo sin expresar su yo femenino que le era cada vez más patente, para lo cual acudió a Berlín en donde algunos médicos lo consideraron homosexual y otros atribuyeron causas biológicas al origen de su peculiar situación; y finalmente, por medio de la cirugía le extirparon los testículos y el pene (Hoyer, 1933).

El término “*transexualidad*” se comenzó a conocer a raíz del caso Christine (antes George) Jorgensen, que siendo un infante de marina norteamericano, acudió en el verano de 1952 a médicos en Dinamarca para someterse a una intervención quirúrgica con el fin de “*cambiar de sexo*”; y como dato interesante, durante su infancia George-Christine no tuvo episodios de transvestismo (Potts, 2001; Barrios y García, 2008).

En 1963, Money, Knorr, Edgerton y Jones establecieron la primera clínica de identidad de género en la Universidad Johns Hopkins, en lo que constituyó el primero de muchos esfuerzos posteriores para estudiar y tratar multidisciplinariamente la transexualidad.

En 1966 apareció un libro titulado *El Enigma* escrito por James Morris, una autobiografía que narra con todos sus pormenores la odisea de su proceso de reasignación sexual hasta llegar a ser Jean Morris.

Aunque ya en 1949 Cauldwell había acuñado el término “*transexualidad*” en su *Psicopatía Transsexualis*, fue Harry Benjamin quien hizo popular el concepto y esbozó las características propias de la condición transexual al recopilar en su libro *The transsexual phenomenon* (1966) diversas observaciones sobre la transexualidad y los resultados de las intervenciones médicas. Entra estas características Benjamin mencionó las siguientes:

- 1) Un sentimiento permanente, de toda la vida, de pertenecer al otro género y al otro sexo.
- 2) Conductas y actitudes del otro género y del otro sexo, con aparición temprana y persistente de gusto por vestirse sin erotizarse.
- 3) Disgusto y aversión por sus propios órganos sexuales externos, sin canalizar placer a través de ellos.
- 4) Y desdén por conductas homosexuales, tomando en cuenta la identidad de género.

Además, Benjamin fue el primer clínico que estableció sólidamente que la orientación sexual es absolutamente independiente de la identidad de género.

En 1973 Norman Fisk propuso el término de “*síndrome de disforia de género*” o “*síndrome de disforia sexogenérica*”, que incluye a la transexualidad pero también a otros trastornos de identidad de género, y la “*disforia de género*” o “*disforia sexogenérica*” son los términos utilizados para designar a la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo biológico o asignado (Fisk, 1973).

En 1976 surge la historia de Richard Raskind, un prestigiado oftalmólogo norteamericano que después de su cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica adoptando el nombre de Reneé Richards, se vio lanzado a la fama al encontrarse en medio de una acalorada polémica cuando insistía en participar ya como mujer en un campeonato profesional de tenis femenino.

En 1979 se constituye la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA), aprobando unas directrices asistenciales que se revisan periódicamente y que sirven de guía asistencial para los trastornos de la identidad de género, cuya última revisión es del 2001 (Meyer, 2001).

2.5) Diferencias de la transexualidad con otras condiciones sexuales

Debemos recordar que los elementos constitutivos más importantes de la sexualidad son el sexo (dimensión biológica), el género y los papeles o los roles genéricos (dimensión so-

cial), la identidad sexogenérica (dimensión psicológica) y dentro de esta última la orientación sexual.

2.5.1) La orientación sexual.

En el ámbito de la sexualidad humana, la capacidad responsiva para establecer relaciones interpersonales se da mediante la acción y el efecto de generar fuerzas para la atracción hacia sí o hacia otro, y los niveles de respuesta de un individuo ante los estímulos obtenidos por la imaginación, por la vista, por el contacto con otro ser humano, etc., lo podrían llevar a establecer cierto tipo de relaciones interpersonales o relaciones erótico-sexuales con personas específicas, denominándosele a esta condición “*orientación sexual*” (Hyde y DeLamater, 2007; Arango, 2008).

Es muy importante aclarar que el término “*preferencia sexual*” para referirnos a la orientación sexual está mal empleado, ya que deja entrever que la orientación sexual es una elección voluntaria de la gente, lo cual no es cierto. Por ejemplo, en este momento *qué prefieres* (preferencia) *¿un refresco o un café?* (elección voluntaria).

El término “*preferencia sexual*” se puede emplear para las actividades sexuales que más nos gusten o que prefiramos. Por ejemplo, podemos preferir tener relaciones sexuales en ciertos lugares que en otros, determinados juegos sexuales, tales o cuales posiciones, etc. independientemente del sexo de nuestra pareja y no tiene nada que ver con la orientación sexual; y en el extremo, una preferencia sexual puede ser no mantener relaciones amorosas ni sexuales con nadie. La preferencia, a diferencia de la orientación, sí da lugar a la libertad y a la elección; como por ejemplo, independientemente de nuestra orientación sexual, podemos preferir a gente morena, de ojos verdes, de cabello largo, etc.

También es muy importante aclarar que la orientación sexual no es sinónimo de identidad sexual. La identidad sexual es la identificación de una persona con su sexo biológico, que puede ser concordante o discordante; también se le puede llamar “*identidad sexogenérica*” cuando además de referirse a su sexo se refiere a su género, y esta también puede ser con-

cordante o discordante. Una cosa es identificarse con la envoltura con la que se nació y otra cosa es si a uno le gustan los hombres, las mujeres a ambos.

La orientación sexual puede llevar a la acción de relacionarse con los demás ya sea a nivel no erótico en búsqueda tan sólo de una interrelación afectiva, o bien a nivel erótico cuando esta va aunada a una serie de respuestas fisiológicas que el individuo interpreta como excitación sexual, y en su caso, como orgasmo.

Dependiendo de la persona con la cual nos relacionemos, ya sea hombre, mujer o ambos, el ser humano tiene la posibilidad de moverse en tres diferentes aunque complementarias orientaciones sexuales:

- La *orientación homosexual*, que es la capacidad para relacionarse tanto afectiva como eróticamente con personas de nuestro mismo sexo.
- La *orientación heterosexual*, en donde la atracción se dirige hacia personas del sexo reproductivamente complementario, mal llamado “*sexo opuesto*”.
- Y la *orientación bisexual*, en donde indistintamente o por momentos específicos las personas tienen la capacidad de relacionarse tanto afectiva como eróticamente con miembros de su propio sexo como con los del sexo reproductivamente complementario, y esto puede ocurrir alternadamente o al mismo tiempo (González de Alba, 2003; Hyde y DeLa-mater, 2007; Arango, 2008).

Usualmente la atracción sexual hacia otro ser humano está dada por varios factores, y entre ellos uno muy importante es el género. Conviene recordar que dicha aseveración tiene sustento en el hecho de que, por lo que respecta a la sociedad occidental, lo que percibimos en primera instancia de la otra persona es tan sólo eso, su género, ya que el sexo únicamente podemos suponerlo o inferirlo como consecuencia esperable de lo que observamos.

La orientación sexual determina únicamente el sexo de las personas hacia las que uno se siente atraído(a) o de las que se enamora, por lo que se limita a lo que podemos llamar “e/

área de pareja”; y la capacidad de enamoramiento es la que determina la orientación sexual, mas no la actividad sexual que se realice con una persona.

La orientación sexual de una persona se establece entre los 6 y los 7 años de edad una vez que se ha establecido su identidad sexogenérica, y no cambia ni con terapias, ni con apapachos, ni con cariño, ni con castigos ni con promesas. La orientación sexual no es un capricho de la voluntad, no es el producto de una decepción, no es producto de un abuso sexual, no es producto de una violación sexual ni es algo que se elige, sino que viene con nosotros, la descubrimos y nos acompaña de por vida (González de Alba, 2003; Hyde y DeLa-mater, 2007; Arango, 2008).

La gente no elige ser homosexual, heterosexual ni bisexual: sólo descubre que lo es. De hecho, mucha gente preferiría tener una orientación sexual distinta y un claro ejemplo son los homosexuales de clóset. Yo no he conocido a una sola persona heterosexual, homosexual o bisexual que por voluntad haya decidido o elegido serlo, como las palabras *“preferencia”* u *“opción”* indicarían. Si la orientación sexual se eligiera y si por ejemplo los homosexuales tienen tantos problemas en esta sociedad, *¿por qué simplemente no eligen ser heterosexuales y dejan de tener tantos problemas? ¿Quién elegiría voluntariamente ser objeto de tanto rechazo social?*

Así como la orientación sexual no se elige, tampoco se aprende. Por ejemplo, hay escuelas para puros niños y escuelas para puras niñas y no todos son homosexuales; y también hay escuelas mixtas pero estas tampoco se salvan de la segregación, del *“esto es de niñas y esto es de niños”* y no todos los alumnos son heterosexuales.

¿Por qué a pesar de que la relación entre hombre y mujer muchas veces es muy difícil, tantas y tantas personas se reafirman en su heterosexualidad, y a pesar de los obstáculos se sienten completamente atraídas hacia su sexo reproductivamente complementario? Esta reflexión nuevamente apunta a demostrar que la orientación sexual no se elige, ni se aprende, ni se puede enseñar.

La identidad sexual, la identidad de género, la identidad sexogenérica, el papel o el rol sexual, la orientación sexual, la práctica sexual y el tipo de hombre y de mujer que somos son características independientes una de la otra, y juntas puedan llegar a formar parte de cualquier combinación.

2.5.2) El transvestismo.

Antes de hablar del transvestismo quiero hacer una aclaración que me parece muy importante: La mayoría de las personas, incluyendo a muchos médicos, psicólogos y sexólogos acostumbran referirse a esta condición como *“travestismo”*, y a las personas que la manifiestan como *“travestis”*. El prefijo que se utiliza para denominar a esta condición es *“trans”*, que significa *“más allá”* o *“a través de”*, lo que significa que la persona transexual discurre a través del o de los sexos, la persona transgénica lo hace a través del o de los géneros y la persona transvestista lo hace a través de la vestimenta entre otros aspectos.

Entonces, *¿por qué utilizan y siguen utilizando las palabras “travestismo” y “travestis”?* *¿Por qué no utilizan las palabras “trasexual”* (transexual), *“tragenerismo”* (transgenerismo), *“trasaminasa”* (transaminasa), *“trabordador”* (transbordador), *“tracontinental”* (transcontinental), *“tracribir”* (transcribir), *“tracurso”* (transcurso), etc.?

El transvestismo es una expresión del comportamiento sexual (Álvarez-Gayou, 1986) o una manifestación de la diversidad sexual (Barrios y García, 2008) en la que un individuo obtiene satisfacción al utilizar prendas, manierismos, accesorios o comportamientos que se consideran característicos del otro género, en una cultura y en un tiempo específicos.

Havelock Ellis llamó a esta expresión *“eonismo”* siguiendo el nombre de Chevalier D'Eon (1728-1810), una figura histórica francesa que vivió prácticamente toda su vida transvestido para poder cumplir sus funciones de diplomático y espía en Inglaterra y en Rusia ordenadas por su soberano Luis XV y que fue desenmascarado hasta después de su muerte, pues la autopsia reveló que se trataba de un hombre (Potts y Short, 2001).

Magnus Hirschfeld acuñó el término “*transvestismo*” en 1910 y mencionaba con toda certeza que no todos los homosexuales eran transvestistas ni que todos los transvestistas eran homosexuales, que el transvestismo era un estado que tenía lugar independientemente de la orientación sexual, y que debería ser separado de cualquier anomalía sexual.

Wilhelm Stekl, psicoanalista alemán discípulo de Freud en un inicio y acérrimo enemigo del mismo posteriormente, creía que el transvestismo es una simple manifestación de una homosexualidad latente y mencionaba que pretender separar a los homosexuales de los transvestistas era pretender negar la existencia de ambos.

Para George Henry el transvestismo es homosexualismo o heterosexualismo narcisista, pudiendo ser una meta en sí mismo pero también pudiendo ser la manifestación de frustraciones de un hombre y el retroceso a los deleites de la niñez.

Hacia 1954, Alfred Kinsey postuló que el transvestismo era una desviación psicológica condicionada como resultado de experiencias específicas del medio ambiente sin ninguna causa biológica, que pocos transvestistas son homosexuales, que estos casi nunca pasan por una fase fetichista por indumentaria o por partes anatómicas del sexo reproductivamente complementario, y que la adopción del vestuario no necesariamente modifica la historia sexual del individuo, ya sea que se trate de un heterosexual, de un homosexual o de un bisexual.

Kenneth Walker afirmaba que el transvestismo era un problema causado por el condicionamiento social y no por alguna anomalía heredada, y los que lo sufrían eran por el resultado de las distinciones completamente artificiales dadas socialmente entre hombres y mujeres.

En 1963, el Doctor en psicología Charles Prince (Virginia Prince) mencionó que los transvestistas eran personas que se sentían atraídas por los aspectos sociales de las mujeres, por lo que las imitaban expresando su feminidad en apariencia, ropa, actitudes, etc.

En 1966, el Dr. Harry Benjamin mencionó que la mayoría de los transvestistas eran heterosexuales aunque podía existir una latencia homosexual en ellos, que llevaban una vida social normal, que se sentían hombres y que sólo algunos de ellos al estar vestidos reaccionaban como mujeres a las atenciones de los hombres.

Clásicamente, la persona transvestista o con rol de género cruzado es un hombre que se viste y que actúa como mujer o una mujer que se viste y que actúa como hombre, pero que no muestra una discrepancia entre su identidad de género y su sexo a menos de que se trate de un caso de transexualidad secundaria a transvestismo.

Al igual que la homosexualidad, que la bisexualidad, que la transgenereidad y que la transexualidad, el transvestismo no es una patología ni una enfermedad; simplemente es una condición humana. Para ser calificado como un desorden mental, un patrón de conducta debe tener como resultado una desventaja adaptativa significativa para la persona, y debe causarle un sufrimiento mental y emocional. Pero es muy importante mencionar que al igual que las personas transgénicas, las personas transvestistas no muestran desventajas adaptativas ni sufrimientos por ser transgénicas ni por ser transvestistas, sino como resultado de los mitos, de los prejuicios, de los tabúes, de la discriminación y de la hostilidad que parte de la sociedad hacia ellas. Tan es así, que cuando las personas transgénicas y transvestistas se encuentran en un clima respetuoso y empático, sus “*desventajas adaptativas*” y sus “*sufrimientos*” se ven ausentes.

Y por otra parte, al igual que sucede con la condición transgénica, la mayor parte del conocimiento sobre el transvestismo se deriva de la medicina, del modelo clínico y de su concepción de enfermedad, siendo que ambas condiciones humanas simple y sencillamente solamente eso: condiciones humanas.

El DSM-III-R caracterizaba al transvestismo con cuatro condiciones: Varón heterosexual que se viste repetida y persistentemente con ropas de mujer, utilización de ropas del sexo opuesto con el propósito de obtener excitación sexual por lo menos al iniciarse el trastorno,

frustración intensa cuando la conducta es interferida, y el trastorno no tiene los criterios de transexualismo.

El DSM-IV-TR contempla al transvestismo dentro del grupo de las parafilias (transvestismo fetichista), y menciona que la característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban: 1) objetos no humanos, 2) el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o 3) niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses (Criterio A).

Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafílico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual. En otros casos las preferencias de tipo parafílico se presentan sólo episódicamente (por ejemplo durante periodos de estrés), mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías y sin estímulos de este tipo. El comportamiento, los impulsos sexuales o las fantasías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B).

Sin embargo, es muy importante recalcar que el término parafilia como lo explica el DSM-IV sólo alude a la parte sexual que se presenta en el transvestismo, por lo que resulta reduccionista a lo erótico-sexual.

Para el DSM-IV-TR, la característica esencial del fetichismo transvestista consiste en vestirse con ropas del otro sexo. Por lo general, el individuo guarda una colección de ropa femenina que utiliza intermitentemente para transvestirse; cuando lo ha hecho, habitualmente se masturba y se imagina que es al mismo tiempo el sujeto masculino y el objeto femenino de su fantasía sexual. Este trastorno ha sido descrito sólo en varones heterosexuales. El diagnóstico no debe realizarse en los casos en los que el transvestismo aparece en el transcurso de un trastorno de la identidad sexual. Los fenómenos transvestistas comprenden desde llevar ropa femenina en solitario y de forma ocasional, hasta una involucración extensa en la subcultura transvestista. Algunos hombres llevan una pieza de ropa femenina (por ejemplo

ropa interior o lencería) bajo su indumentaria masculina, y otros visten completamente como una mujer y llevan maquillaje. El grado con el que el individuo transvestido parece ser una mujer varía y depende de los gestos, del hábito corporal y de la habilidad para transvestirse. Cuando el individuo no se encuentra transvestido, por lo general tiene un aspecto completamente masculino.

Aunque la preferencia básica es heterosexual, estas personas tienden a poseer pocos compañeros sexuales y en ocasiones han realizado actos homosexuales. Un rasgo asociado a este trastorno puede ser la presencia de masoquismo sexual. El trastorno comienza típicamente con el transvestismo en la infancia o a principios de la adolescencia. En muchos casos el acto transvestista no se realiza en público hasta llegar a la edad adulta. La experiencia inicial puede suponer un transvestismo parcial o total, y cuando es parcial progresa a menudo hacia un transvestismo completo.

Un artículo favorito de vestido puede transformarse en un objeto erótico en sí mismo y utilizarse habitualmente primero para la masturbación y después para las relaciones sexuales. En algunos individuos la excitación que produce el transvestirse puede cambiar a lo largo del tiempo, de manera temporal o permanente, tendiendo a disminuir o a desaparecer. En estos casos el transvestismo se convierte en un antídoto para la ansiedad o para la depresión, o contribuye a obtener una sensación de paz y de tranquilidad. En otros individuos puede aparecer disforia sexual, especialmente en situaciones de estrés, con o sin síntomas de depresión. Para un reducido número de personas, la disforia sexual se convierte en una parte fija del cuadro clínico y se acompaña del deseo de vestir y de vivir permanentemente como mujer, así como de la búsqueda de un cambio hormonal o quirúrgico de sexo.

Los individuos con este trastorno a menudo buscan tratamiento cuando aparece la disforia sexual. El subtipo con disforia sexual ha sido establecido con el fin de permitir al clínico anotar la presencia de esta característica como parte del fetichismo transvestista.

Y finalmente, el DSM-IV-TR menciona los criterios para el diagnóstico de F65.1 Fetichismo transvestista [302.3], que son:

- A) Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse, en un varón heterosexual.
- B) Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si se presenta con disforia sexual si el individuo presenta malestar persistente con su papel o con su identidad sexual.

Para la CIE-10 el transvestismo no fetichista (F64.1) consiste en llevar ropas del sexo opuesto durante una parte de la propia existencia a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto, pero sin ningún deseo de llevar a cabo un cambio de sexo permanente y menos aún de ser sometido a una intervención quirúrgica para ello. Debe ser distinguido del transvestismo fetichista, en el que hay una excitación sexual acompañando a estas experiencias de cambio de vestido (F65.1), incluye el trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la edad adulta de tipo no transexual y excluye el transvestismo fetichista (F65.1).

Como puede observarse en la descripción de los párrafos anteriores, se contempla a esta condición sexual como un trastorno, como una patología y en ocasiones se incluye tanto al transgenerismo como a la transexualidad; pero en la práctica clínica no ocurre de esta manera ya que una condición muy frecuente en las peticiones de los consultantes transvestistas es la necesidad de saber el porqué, el origen y la causa de su transvestismo, pues los sentimientos ambivalentes de placer y de vergüenza son la principal causa de su ansiedad y de su angustia; pero curiosamente, los consultantes transvestistas no incluyen la petición de “cura” durante las entrevistas clínicas.

Se cree que los patrones de conducta en el transvestismo van siendo elaborados desde un esquema fetichista a través de los años y de las experiencias, sin quedar muy claro qué determina la formación de cada patrón y su acceso al siguiente, si es que se da.

En personas de orientación heterosexual el transvestismo puede incluir cinco formas de manifestación que son las siguientes (Fernández, 2004; Faber, 2008):

- 1) Fetichismo: El individuo fetichista sólo busca usar determinadas prendas parcial y aisladamente, nunca se viste completamente con ropas del otro sexo y lo hace con el único fin de conseguir estimulación y gratificación sexual; pero no piensa hacerse público ni “pasar” (pasar desapercibido o desapercibida y confundirse con una mujer o con un hombre en la calle), está confinado a su espacio íntimo, no tiene pensamientos cruzados de identidad de género y al terminar su episodio fetichista por lo general después del orgasmo usualmente por masturbación, abandona todas las características transvestistas.

- 2) Transvestismo fetichista: Se presenta cuando el individuo tiene más oportunidades para transvestirse por tener mayor privacidad o mayor seguridad económica, aumentando la frecuencia y la intensidad del transvestismo. Busca intensamente “pasar” en público y esto le causa una gran gratificación. Estas personas usualmente se casan y no presentan mayores problemas psicológicos con excepción del estrés del transvestismo, y en ocasiones inexplicablemente no se presenta el paso a la siguiente fase.

- 3) Transvestismo marginal: Son individuos fetichistas que manifiestan una disforia cuyas principales características son las siguientes:
 - Presentan una menor excitación sexual al transvestirse que los transvestistas fetichistas.
 - Sus episodios transvestistas todavía son periódicos, aunque más frecuentes que en el caso de los transvestistas fetichistas.
 - Tienen un sentimiento de disforia genérica que los hace buscar apoyo hormonal para feminizarse o para masculinizarse.
 - Buscan información acerca de los posibles pasos hacia la transexualidad y desean o experimentan vivir transgénericamente por episodios, pero sin ser transvestistas transgeneristas.

- Buscan la compañía de individuos transexuales y valoran menos el matrimonio que los transvestistas fetichistas, aunque más que los transvestistas transgeneristas.

- 4) Transvestismo transgenerista: Estas personas casi todo el tiempo viven transvestidas, presentan una intensa disforia genérica por lo general buscan opciones para modificar su voz y acercarse tanto al tono como al timbre femenino o masculino, recurren a procedimientos para eliminar por completo el vello facial y corporal, a tratamientos hormonales de feminización y a cirugías estéticas pero no llegan a la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica. Pueden cambiar su género diariamente trabajando como hombres y viviendo en casa como mujeres, y manteniendo su transvestismo durante los fines de semana y hasta durante todo un periodo de vacaciones que incluye semanas o meses.
- 5) Y la transexualidad secundaria a transvestismo, en la cual el individuo debe pasar por todas las fases anteriores del transvestismo y sin presentar disforia genérica en las primeras etapas de su vida, de lo contrario estaríamos hablando de una transexualidad primaria.

En personas de orientación homosexual el transvestismo puede incluir tres formas de manifestación que son las siguientes (Fernández, 2004; Faber, 2008):

- 1) Vestidas: Es un modismo aplicable a los hombres homosexuales que usualmente trabajan “*de mujeres*” en estéticas, como meseros en bares o en discotecas, prostituyéndose, etc. Aunque muchos de ellos buscan la feminización a través de la administración de hormonas y de cirugía estética, pocos son realmente candidatos comprobables para los procedimientos de reasignación integral para la concordancia sexogenérica. Paradójicamente, los que acceden a la cirugía son mal vistos por sus compañeros no operados además de que por lo general los clientes pierden el interés en ellos, pues se ha visto que lo que realmente buscan es la presencia oculta del pene, y en consecuencia, la falta del mismo no conlleva ya la misma motivación.

- 2) Imitadores femeninos de escenario: Son un grupo de hombres comúnmente estigmatizados por la comunidad homosexual, pues a veces se les recrimina su deslealtad a los hombres por disfrazarse como mujeres. Generalmente son homosexuales que han disfrutado transvestirse durante años y algunos han vivido de tiempo completo como mujeres.
- 3) Y transexualidad secundaria de tipo homosexual: Estas personas generalmente son homosexuales, con o sin transvestismo, y con ausencia de disforia genérica de largo plazo o desde la infancia; sin embargo, cuando esta se presenta aparece varios años antes de que surja el deseo de transvestirse. Menos del 10% del grupo homosexual tiene antecedentes de transvestismo fetichista en comparación con el 80% del grupo heterosexual, aunque pueden presentar otros tipos de expresión como imitadores femeninos o prostitutos.

Finalmente, es muy importante aclarar que la persona transvestista nunca pierde de vista que es un hombre o que es una mujer (o sea que presenta una identidad sexual concordante), que puede o no presentar una identidad de género discordante durante los episodios transvestistas, que su transvestismo le produce una fuerte excitación emocional independiente de la presencia o de la ausencia de excitación sexual y de actividad sexual, y que se siente a gusto con su sexo por lo que en raras ocasiones buscaría modificar su cuerpo en dirección a su sexo reproductivamente complementario (o sea que no presenta una disforia de sexo), a menos que se tratara de un caso de transexualidad secundaria a transvestismo.

2.5.3) El transgenerismo.

El concepto de transgénero fue acuñado por Virginia Prince (Charles Prince) en la década de 1970, y se le considera la iniciadora del movimiento transgenérico. El transgenerismo o la transgenereidad es la condición humana en la que, independientemente de que exista o no una concordancia del sexo con la identidad de género, hay una vivencia permanente en un papel o en un rol de género que no coincide con el con el género originalmente asignado (Maffía, 2003). Este sería el caso por ejemplo de un hombre biológico que vive, se viste y actúa como lo haría una mujer en nuestra cultura los 365 días del año; o el caso de una mujer

biológica que todo el tiempo usa ropa masculina y cuyas actitudes y manerismos corresponden a lo que en nuestro medio se entiende por masculino.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial Para la Salud Sexual (WAS), la identidad de género define el grado en el que cada persona se identifica como masculina o como femenina, o como alguna combinación de ambas. Es el marco de referencia interno construido a través del tiempo que permite a los individuos organizar un autoconcepto de su propio género, y determina la forma en que las personas experimentan su género.

Con base en lo anterior, se puede decir que la identidad de género representa una vivencia subjetiva, íntima, profunda y personal de pertenencia y de identificación con un determinado género, la cual puede ser representada por alguna de las siguientes expresiones: *“Me siento y me considero hombre, soy hombre”*, *“Me siento y me considero mujer, soy mujer”* o *“No me siento ni me considero hombre ni mujer”*.

Al igual que la homosexualidad, que la bisexualidad, que el transvestismo y que la transexualidad, la transgeneridad no es una patología ni una enfermedad; simplemente es una condición humana. Nuevamente, para ser calificado como un desorden mental, un patrón de conducta debe tener como resultado una desventaja adaptativa significativa para la persona, y debe causarle un sufrimiento mental y emocional. Pero es muy importante mencionar que al igual que las personas transvestistas, las personas transgénicas no muestran desventajas adaptativas ni sufrimientos por ser transvestistas ni por ser transgénicos, sino como resultado de los mitos, de los prejuicios, de los tabúes, de la discriminación y de la hostilidad que parte de la sociedad hacia ellas. Tan es así, que cuando las personas transvestistas y transgénicas se encuentran en un clima respetuoso y empático, sus *“desventajas adaptativas”* y sus *“sufrimientos”* se ven ausentes.

Y por otra parte, al igual que sucede con el transvestismo, la mayor parte del conocimiento sobre la condición transgénica se deriva de la medicina, del modelo clínico y de su con-

cepción de enfermedad, siendo que ambas condiciones humanas simple y sencillamente solamente eso: condiciones humanas.

Existen dos grupos diferentes de personas transgenéricas (Cava, 2004).

- 1) Las que presentan una condición definitiva que además de la vestimenta pueden optar por conseguir cambios corporales y cosméticos parciales, como por ejemplo un hombre biológico que se realiza un implante de pechos o una cirugía de feminización, pero que de ningún modo sustituiría su pene por una vulva.
- 2) Y las que viven la transgenereidad como un periodo transitorio de su condición transexual, previa a la consecución de un estado más satisfactorio, como la reasignación total o parcial de órganos sexuales o cirugía de reasignación sexual.

Podría considerarse que la palabra “*transgénero*” tiene dos significados: Uno que se refiere a una conducta intermedia entre el transvestismo y la transexualidad, y otro como un concepto general que abarca varios tipos distintos de conducta que tienen en común el hecho de tomar elementos o conductas del otro género.

Se habla de una “*identidad transgenérica*” cuando la persona desarrolla un sentido de ser que la ubica en un género diferente al que las convenciones socio-temporales le asignan en el momento del nacimiento, cuando la persona ha establecido una serie de identificaciones con los roles que en su sociedad son considerados propios y exclusivos del otro género, y cuando ha internalizado esas pautas que han contribuido a formar su personalidad (Coleman, 1990; Mejía, 2006).

El término “*transgénero*” surgió entre la publicación del DSM-III y la publicación del DSM-IV, algunos lo utilizaron para referirse de forma no valorativa (sin una connotación de psicopatología) a aquellas personas con identidades de género inusuales, y otros utilizaron este término para referirse a aquellas personas con algún tipo de identidad de género derivada; pero es muy importante aclarar que el término “*transgénero*” no es un diagnóstico formal, y que es una condición humana ausente de patologías *per se*. Si bien pueden haber estados

de enfermedad concomitantes con algunas condiciones transgénéricas o en algunas personas transgénéricas, las condiciones transgénéricas en sí mismas no son una enfermedad.

El DSM-IV-TR incluye al transgenerismo dentro de los trastornos de la identidad sexual [302.xx], de los cuales hablaré en el capítulo 5.

La existencia de personas transvestistas y transgénéricas se presenta como una transgresión en los sistemas donde sólo existen dos formas de comportamiento posibles: el ser hombre hombre, y el ser mujer mujer; y tanto las personas transvestistas como las transgénéricas toman elementos de ambos y los mezclan o los combinan en distintas proporciones.

Finalmente, es muy importante mencionar una vez más y tener en mente que las condiciones humanas como la transexualidad, el transvestismo y la transgenereidad son total y absolutamente independientes de la orientación sexual; o sea que las personas transexuales, transvestistas o transgénéricas pueden ser heterosexuales, homosexuales o bisexuales dependiendo si tienen la capacidad para enamorarse de una persona de su mismo sexo, de su sexo reproductivamente complementario o de ambos, sin que estas condiciones humanas sean las que definen la orientación y sin que la orientación sexual sea la que defina a estas condiciones humanas.

Con base en estas distinciones entre la orientación sexual, el transvestismo, el transgenerismo y la transexualidad, podemos esperar que generalmente se presente una primera aproximación desde el punto de vista clínico de la siguiente forma:

- Una persona con orientación heterosexual puede tener un sexo biológico de hombre o de mujer, su género de asignación es masculino o femenino respectivamente, su rol sexual es masculino o femenino respectivamente, su identidad sexogenérica es concordante, con base en su orientación sexual si es hombre se relacionará eróticamente con mujeres y si es mujer lo hará con hombres, por tener una identidad sexogenérica concordante en su momento se espera que pueda ejercer su sexualidad si problemas, no presentará nin-

gún trastorno biológico ni psicológico ni social, y podrá ejercer de hecho su capacidad para enamorarse.

- Una persona con orientación homosexual puede tener un sexo biológico de hombre o de mujer, su género de asignación es masculino o femenino respectivamente, su rol sexual es masculino o femenino respectivamente, su identidad sexogenérica es concordante, con base en su orientación sexual si es hombre se relacionará eróticamente con hombres y si es mujer lo hará con mujeres, por tener una identidad sexogenérica concordante en su momento se espera que pueda ejercer su sexualidad si problemas, no presentará ningún trastorno biológico, pero dependiendo de la asunción personal de su orientación sexual podrá o no tener un trastorno psicológico, social o ambos, y podrá o no ejercer de hecho su capacidad para enamorarse.

- Una persona con orientación bisexual puede tener un sexo biológico de hombre o de mujer, su género de asignación es masculino o femenino respectivamente, su rol sexual es masculino o femenino respectivamente, su identidad sexogenérica es concordante, con base en su orientación sexual tendrá la capacidad para relacionarse eróticamente tanto con hombres como con mujeres, por tener una identidad sexogenérica concordante en su momento se espera que pueda ejercer su sexualidad si problemas, no presentará ningún trastorno biológico, pero dependiendo de la asunción personal de su orientación sexual podrá o no tener un trastorno psicológico, social o ambos, y podrá o no ejercer de hecho su capacidad para enamorarse.

Las características mencionadas en los tres puntos anteriores se presentan en forma resumida en el siguiente cuadro:

	Heterosexual	Homosexual	Bisexual
Sexo	Varón o Hembra	Varón o Hembra	Varón o Hembra
Género de asignación	Masc o Fem	Masc o Fem	Masc o Fem
Rol sexual	Masc o Fem	Masc o Fem	Masc o Fem

Identidad sexogenérica	Concordante	Concordante	Concordante
Orientación sexual	Mujer u Hombre	Hombre o Mujer	Con ambos
Ejercicio de su sexualidad	SÍ	SÍ	SÍ
Trastorno biológico	NO	NO	NO
Trastorno psicológico	NO	Probable	Probable
Trastorno social	NO	Probable	Probable
Enamoramiento (de hecho)	SÍ	Probable	Probable

- Una persona transexual con orientación heterosexual (Tr Ht) puede tener un sexo biológico de hombre o de mujer, su género de asignación es masculino o femenino respectivamente, su rol sexual femenino o masculino respectivamente, su identidad sexogenérica es discordante, con base en su orientación sexual si es un hombre biológico (mujer transexual) se relacionará eróticamente con hombres y si es una mujer biológica (hombre transexual) lo hará con mujeres, por tener una identidad sexogenérica discordante no se espera que pueda ejercer su sexualidad sin problemas, no presentará ningún trastorno biológico, pero es muy probable que por su condición presente un trastorno psicológico, social o ambos, y por lo mismo cuando menos en una primera instancia no podrá ejercer de hecho su capacidad para enamorarse.
- Una persona transexual con orientación homosexual (Tr Hm) puede tener un sexo biológico de hombre o de mujer, su género de asignación es masculino o femenino respectivamente, su rol sexual femenino o masculino respectivamente, su identidad sexogenérica es discordante, con base en su orientación sexual si es un hombre biológico (mujer transexual) se relacionará eróticamente con mujeres y si es una mujer biológica (hombre transexual) lo hará con hombres, por tener una identidad sexogenérica discordante no se espera que pueda ejercer su sexualidad sin problemas, no presentará ningún trastorno biológico, pero es muy probable que por su condición presente un trastorno psicológico, social o ambos, y por lo mismo cuando menos en una primera instancia no podrá ejercer de hecho su capacidad para enamorarse.

- Y finalmente, una persona transexual con orientación bisexual (Tr Bi) puede tener un sexo biológico de hombre o de mujer, su género de asignación es masculino o femenino respectivamente, su rol sexual femenino o masculino respectivamente, su identidad sexogenérica es discordante, con base en su orientación sexual independientemente de si es un hombre biológico (mujer transexual) o una mujer biológica (hombre transexual) tendrá la capacidad de relacionarse eróticamente tanto con hombres como con mujeres, por tener una identidad sexogenérica discordante no se espera que pueda ejercer su sexualidad sin problemas, no presentará ningún trastorno biológico, pero es muy probable que por su condición presente un trastorno psicológico, social o ambos, y por lo mismo cuando menos en una primera instancia no podrá ejercer de hecho su capacidad para enamorarse.

Las características mencionadas en los tres puntos anteriores se presentan en forma resumida en el siguiente cuadro:

	Tr Ht	Tr Hm	Tr Bi
Sexo	Varón o Hembra	Varón o Hembra	Varón o Hembra
Género de asignación	Masc o Fem	Masc o Fem	Masc o Fem
Rol sexual	Fem o Masc	Fem o Masc	Fem o Masc
Identidad sexogenérica	Discordante	Discordante	Discordante
Orientación sexual	Hombre o Mujer	Mujer u Hombre	Con ambos
Ejercicio de su sexualidad	NO	NO	NO
Trastorno biológico	NO	NO	NO
Trastorno psicológico	SÍ	SÍ	SÍ
Trastorno social	SÍ	SÍ	SÍ
Enamoramiento (de hecho)	Poco probable	Poco probable	Poco probable

Capítulo 3) Etiología y prevalencia.

Desde hace décadas se ha tratado establecer la causa o la etiología de la transexualidad y se han realizado cientos de estudios que se han centrado en diversas aproximaciones biológicas, psicológicas y sociales; pero hasta la fecha, ninguna de estas investigaciones ha sido concluyente como tampoco lo han sido las que han tratado de demostrar la etiología de la heterosexualidad, de la homosexualidad, de la bisexualidad, del transvestismo ni de la transgeneridad. Al respecto de la incesante búsqueda de la etiología de la transexualidad y de estas otras condiciones sexuales cabrían las siguientes preguntas: *¿Para qué? ¿Para curarlas? ¿Será una mera curiosidad científica? ¿Sus propósitos podrían ser la empatía o un mero afán patologizante?*

Existen dos grandes grupos de explicaciones científicas tentativas: las que se refieren a los aspectos biológicos y las que tienen que ver con lo social y con lo psicológico, es decir, con la crianza y con el aprendizaje; aunque con base en los resultados obtenidos, al parecer las aproximaciones biológicas van tomando la delantera significativamente.

Por ejemplo, Simon LeVay afirma que la identidad de género o que la identidad sexogenérica, cuando menos en las personas transexuales, es independiente de las experiencias de aprendizaje y de la crianza. Esta afirmación tiene su sustento en que en las historias clínicas de personas transexuales se encuentra como un dato común que un niño biológico es educado y tratado como hombre y una niña biológica es educada y tratada como mujer, y ambos desarrollan disforia de sexo o disforia sexogenérica sin que existan modos atípicos de aprendizaje ni de crianza en su vida (LeVay, 1999).

Y en lo relacionado con las aproximaciones psicológicas, aunque algunos análisis de familias de personas transexuales han mostrado lo que sus autores llaman un excesivo acercamiento físico con la madre y un padre ausente, preferencia de los padres por una persona del sexo contrario al que nació, abuso sexual o violación sexual en la niñez, homosexualidad reprimida, que tuvieron juguetes del otro género, o la consabida y casi estandarizada explica-

ción del complejo de Edipo mal resuelto, estos datos son inconsistentes por ser interpretativos, parciales, no contrastados con la población general e incompletos, ya que la mayoría de ellos sólo explicarían la situación de los hombres biológicos con disforia de género o con disforia sexogenérica, es decir, de las mujeres transexuales.

Con base en lo anterior, podemos destacar nuevamente que no hay ninguna razón de peso para considerar patológica la condición transexual, que no hay ninguna voluntariedad en la presencia de la condición transexual, que simplemente esta se presenta sin elección, en la mayoría de los casos muy tempranamente en la vida de las personas como es el caso de la transexualidad primaria, y que hasta el momento no se conoce plenamente su etiología.

3.1) Aproximaciones biológicas.

La existencia misma de la transexualidad apoya fuertemente la idea de que la identidad de género no está necesariamente determinada por las experiencias de la vida. La mayoría de los transexuales simplemente no tienen historias de experiencias, de relaciones ni de enfermedades traumatizantes que pudieran explicar de algún modo un alejamiento tan radical de lo convencional. Los transexuales no parecen estar mentalmente enfermos, y hay un abismo de diferencias entre un hombre que insiste en que es una mujer y el que insiste en que es Jesucristo reencarnado: este delata su locura en cada frase que pronuncia, mientras que el anterior está tan evidentemente cuerdo que consigue muchas veces convencer al cirujano de que le extirpe el pene.

En 1985, Hoening (citado por González, 2004) reportó que era posible que la transexualidad tuviera su origen en la presencia de anomalías en el sistema límbico, basándose en sus hallazgos electroencefalográficos encontrados entre el 13% y el 48% de los casos analizados.

El esquema primario de la naturaleza es femenino y para que el producto sea masculino algo debe ser agregado, es decir un cromosoma Y. Además, este debe contener intacta la porción que contiene el gen del brazo corto del cromosoma Y conocido como *factor determi-*

nante testicular (TDF por sus siglas en inglés) que ha sido propuesto como un poderoso determinante de los atributos relacionados al sexo en la etapa fetal; pero sin ello y aún con el cromosoma Y, el embrión será femenino (Segen, 1992 citado por González, 1994). Algunos estudios han reportado una respuesta antigénica atípica al TDF (antígeno H - Y) en los transexuales masculinos y en los femeninos en rangos del 65% y del 93% en las dos series reportadas, y en algunos estudios de gemelos y de hermanos algunos señalan concordancia para la condición transexual pero no llegan a ser decisivos pues, aún en los gemelos idénticos, no hay una probabilidad de expresión establecida si alguno es transexual (Migeon y Wisniewski, 1998).

En este mismo estudio se reporta que para el embrión masculino la naturaleza se encarga de un primer “*baño hormonal de testosterona*” alrededor de la doceava semana de la gestación, y esto se repite posteriormente entre la segunda y en la doceava semana después del nacimiento. Lo anterior lleva a la reflexión de que el origen de la disforia sexogenérica pudiera deberse a un monto inadecuado, retrasado o demasiado anticipado incluso de alguno de los dos “*baños de testosterona*”, produciéndose así un mapa de género desfasado o no coincidente con el sexo del producto (Migeon y Wisniewski, 1998).

Eugen Steinach (citado por Botella y por Fernández de Molina, 1998) implantó testículos y ovarios en animales castrados del sexo reproductivamente complementario con el objeto de estudiar los efectos de dicha intervención en su comportamiento sexual, y observó que el comportamiento de apareamiento específico de cada sexo y los papeles sexuales se veían influidos realmente por los factores endocrinos procedentes de las gónadas. Tras una castración prepuberal seguida de la implantación de las gónadas del sexo reproductivamente complementario, consiguió cierta masculinización del comportamiento psicosexual en las hembras y cierta feminización en los machos, e informó que dichos efectos eran tanto más intensos cuanto más tempranamente se realizaba la gonadectomía y el posterior trasplante de las gónadas del sexo reproductivamente complementario con respecto a la pubertad.

Vera Dantchakoff (citada por Botella, y por Fernández de Molina, 1998) demostró que la administración de andrógenos antes y después del nacimiento en cobayas hembra provoca-

ba una masculinización de su comportamiento sexual postpuberal, y este descubrimiento fue posteriormente confirmado y complementado por Phoenix y colaboradores, quienes distinguieron entre un periodo de organización prenatal y postnatal temprano dependiente de las hormonas sexuales, y un periodo de activación postpuberal del cerebro. En realidad, se trata de una inducción bioquímico-clínica de transexualidad.

Paradójicamente, la que tiene a cargo la masculinización cerebral no es una hormona sexual "*masculina*" sino una hormona sexual "*femenina*": un estrógeno llamado estradiol. La administración de esta hormona tanto en ratas hembra como en ratas macho ha dado como resultado la masculinización de muchas características cerebrales sexualmente dimórficas cuando se aplica en la etapa crítica de diferenciación neuronal, debido a que la síntesis bioquímica del estradiol parte originalmente de una molécula de testosterona (Allen y Gorski, 1990a). La transformación de testosterona (una pro-hormona androgénica y masculinizante) en estradiol (una hormona sexual "*femenina*" del grupo de los estrógenos) se lleva a cabo por un proceso de aromatización de la testosterona por medio de la enzima estrógeno sintetasa o aromatasa dando lugar al 17 β -estradiol. La síntesis de estradiol a testosterona no ocurre en los organismos vivos, por lo que la aromatización de la testosterona que da como resultado estradiol es indispensable para que se dé la masculinización, aunque el exceso puede provocar feminización.

Un grupo de autores del Instituto de Endocrinología Experimental en la Universidad Humboldt de Berlín (citado por Botella, y por Fernández de Molina, 1998), ha reportado los siguientes descubrimientos sobre la organización sexual del cerebro gracias a la realización de numerosos experimentos con animales y de numerosos estudios clínicos.

- Se ha descubierto que existen diferentes regiones del cerebro responsables del comportamiento sexual masculino y femenino: la región preóptica anterior del hipotálamo en el caso de los comportamientos masculinos, y la región nuclear ventromedial en el caso de los comportamientos femeninos.

- Las alteraciones de los niveles de hormonas sexuales específicos de cada sexo, cuando se producen durante periodos críticos del desarrollo del cerebro, provocan modificaciones estructurales o bioquímicas permanentes en las regiones del cerebro anteriormente mencionadas, modificaciones que se piensa pueden ir asociadas a la homosexualidad, a la bisexualidad o a la transexualidad. Mientras tanto, Allen y colaboradores también demostraron la existencia de cierto dimorfismo sexual en el cerebro humano. Además Swaab y Hofman, LeVay, así como Allen y Gorski, observaron la existencia de estructuras de tipo femenino en regiones específicas del cerebro de varones homosexuales y en sus experimentos con animales han provocando un déficit de andrógenos en los machos o un exceso de los mismos (o incluso de estrógenos) en las hembras, desarrollando bisexualidad u homosexualidad si dicho déficit o exceso se produce durante el periodo de organización sexual del cerebro.

- Este tipo de retroalimentación positiva puede observarse en el caso de hombres homosexuales tras una inyección única de estrógenos, en contraste con lo que se observa en el caso de hombres heterosexuales. Este descubrimiento sugiere que los hombres homosexuales poseen, al menos en parte, un cerebro diferenciado predominantemente en sentido femenino. Estos datos fueron posteriormente confirmados por Gladue, Green y Hellman y simultáneamente fue posible inducir una retroalimentación positiva por estrógenos en varones transexuales homosexuales que se consideraban a sí mismos mujeres, pero no en el caso de varones transexuales bisexuales ni heterosexuales que se consideraban a sí mismos mujeres.

- Se observó que los animales sometidos a estrés durante el período prenatal mostraban durante la edad adulta un comportamiento bisexual o incluso homosexual. En ratas macho sometidas a estrés durante el período prenatal se midieron niveles reducidos de testosterona durante el periodo de organización del cerebro, en tanto que en ratas hembra sometidas a estrés durante el citado período prenatal se midieron niveles anormalmente elevados de androstenodiona. Posteriormente se observó la existencia de una frecuencia significativamente elevada de acontecimientos prenatales estresantes en el caso de varones bisexuales, transexuales y sobre todo homosexuales en comparación con sujetos he-

terosexuales. Además, se tomó como referencia que en Alemania durante el estresante periodo bélico de la Segunda Guerra Mundial, nació un número significativamente más elevado de hombres homosexuales que durante los años inmediatamente anteriores y posteriores a dicho periodo. Estos descubrimientos sugieren que el estrés experimentado por las madres durante el periodo de embarazo puede representar un cofactor etiogenético que provoque el desarrollo de diferencias sexuales en la descendencia.

- En animales se ha descubierto que el efecto de las hormonas sexuales en el desarrollo del cerebro está mediado, al menos en parte, por la actividad de los neurotransmisores que actúan como organizadores del cerebro, dependientes de los genes y del ambiente. De ahí que los efectos de los genes, de hormonas sexuales y del ambiente psicosocial sobre los procesos de diferenciación sexual, maduración y funcionamiento del cerebro no representen factores alternativos sino complementarios, tanto más cuanto que todos ellos son mediados al menos en parte por la actividad de los neurotransmisores.

García-Cabazos menciona que durante la gestación (etapa fetal y perinatal) se presentan dos tipos de diferenciación sexual que son la diferenciación primaria y la secundaria (García-Cabazos, 2002).

La diferenciación primaria incluye las etapas del sexo cromosómico, del sexo génico y del sexo gonadal. El sexo cromosómico se basa en la presencia de los cromosomas sexuales XX o XY, el sexo génico se determina con base en qué espermatozoide fecunda al óvulo, y en lo referente al sexo gonadal, desde el punto de vista embriológico se sabe que los seres humanos tienden a la feminización y se observa que antes de la sexta semana de gestación no hay diferenciación fenotípica, la cual ocurre por la presencia y por la acción, o por la ausencia de hormonas masculinizantes. Estas últimas se generan cuando el gen SRY localizado en el cromosoma sexual Y da la señal para formar únicamente hombres fenotípicamente hablando alrededor de la sexta semana de gestación, pero si no existe este gen no habrá ninguna señal y el curso de este embrión corresponderá a una mujer fenotípicamente hablando.

Por su parte, la diferenciación secundaria incluye las etapas hormonal y neuronal, que son los momentos clave para la diferenciación sexual cerebral, para la formación de los genitales internos (vesículas seminales y conductos eyaculadores en los hombres, y los dos tercios internos de la vagina y el útero en las mujeres), de los genitales externos (pene y bolsas escrotales en los hombres, y clítoris y labios vulvares en las mujeres) y del sexo social (el que se le asigna a una persona en el momento del nacimiento con base en su fenotipo o en sus genitales externos).

Según García-Cabazos, con base en lo anterior hipotéticamente lo que sucede en una persona transexual es que su diferenciación primaria ocurre de manera normal, y la etapa hormonal de la diferenciación secundaria que es la que da como resultado la diferenciación de los genitales aparentemente no cursa con alteraciones. Sin embargo, en la etapa neuronal de la diferenciación secundaria “*algo*” ocurre en la hipófisis que invierte el sexo cerebral y lo hace diferente a los sexos génico, cromosómico y gonadal que se desarrollaron durante la diferenciación sexual primaria.

Puede pensarse que la clave de esta diferencia está en el baño hormonal que ocurre en la hipófisis y en el núcleo sexual dimórfico del área preóptica situada en la parte anterior del hipotálamo, donde la cantidad de hormonas sexuales influye más tarde en la diferenciación sexual durante el desarrollo prenatal.

Otros estudios han mostrado que en las ratas la administración perinatal de interleucina-1B, de la que se sabe se secreta en grandes cantidades durante enfermedades infecciosas por el estrés que producen, también es capaz de afectar los niveles de hormonas sexuales y de neurotransmisores durante el periodo de organización del cerebro, así como a la orientación sexual durante fases posteriores de la vida (Pombo, 1997; Levy, 2003).

No obstante, los factores genéticos pueden resultar incluso más importantes para el desarrollo de la orientación sexual que los factores ambientales, sobre todo si se tienen en cuenta los numerosos estudios del grupo de María New, según los cuales entre el 5% y el 10% de

los seres humanos parecen manifestar una deficiencia parcial de 21-hidroxilasa (21-OHD) o de 3B- hidroxisteroide deshidrogenasa (3B-HSDD) (New, 2006).

En los fetos masculinos, niveles elevados de estrógenos placentarios producidos por el precursor natural de los estrógenos, la dihidroepiandosterodiona (DHEA) en las glándulas suprarrenales maternas o fetales, pueden provocar la inhibición de los testículos fetales y consiguientemente una disminución de andrógenos testiculares (dihidrotestosterona, DHT), traducándose esto en una desmasculinización parcial del cerebro.

En una muestra, el 100% de varones homosexuales, el 54% de mujeres homosexuales así como el 56% de madres de varones homosexuales mostraron una 21-OHD disminuida, en contraste significativo con lo observado entre heterosexuales, en los que se observó la citada deficiencia sólo en 2 de los 42 controles estudiados (25 varones y 17 mujeres). En el mismo sentido, el 40% de los varones transexuales que se consideraban mujeres y el 56% de las mujeres transexuales que se consideraban varones también mostraron cifras bajas de 21-OHD. Finalmente, el mismo hallazgo se obtuvo en el 25% de los varones con oligospermia idiopática y en el 28% de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

El 32% de los varones homosexuales y el 22% de las mujeres homosexuales mostraron indicios de padecer una disminución de 3B-HSDD. Lo mismo se vio en el 47% de los varones transexuales que se consideraban a sí mismos mujeres, en el 35% de las mujeres transexuales que se consideraban a sí mismas hombres, en el 28% de los varones aquejados de oligospermia idiopática y en el 60% de las mujeres con ovario poliquístico, en contraste significativo con lo observado en los individuos heterosexuales fértiles utilizados como control, en los que no se observaron indicios de una disminución de 3B-HSDD en ninguno de los 39 casos estudiados (23 varones y 16 mujeres).

También, utilizando estudios moleculares sobre los genes, se observó la existencia de deleciones homocigóticas en el gen CYP21A de 2 de los 4 hombres homosexuales aquejados de deficiencia de 21-OHD, y de deleciones heterocigóticas en el gen CYP21B de 2 de los 5 hombres transexuales que se consideraban mujeres, resultados ambos significativamente di-

ferentes de los observados en los 37 hombres heterosexuales, ninguno de los cuales presentaba dichas deleciones (Thompson, 2006).

Adicionalmente, utilizando la técnica de determinación de la secuencia de bases del ADN del gen CYP21B, en el tercero de los 5 hombres transexuales que se consideraban mujeres aquejados de una deficiencia de 21-OHD, se observaron anomalías que afectaban al proceso de corte y de empalme del ARN pre-mensajero. Recientemente, y mediante la aplicación de la técnica de determinación de la secuencia de bases del ADN, se ha observado una mutación puntual en el intrón número 2 en el cuarto de los 5 transexuales estudiados. Por otro lado, en el caso del gen CYP21B, se detectó la existencia de mutaciones heterocigóticas de dicho gen en 4 de los 5 transexuales con deficiencia de 21-OHD (Thompson, 2006).

Basándose en estos resultados preliminares, puede decirse que las mutaciones homocigóticas o heterocigóticas compuestas del gen CYP21A pueden provocar una disminución de 21-OHD y parecen representar una base biológica de las variaciones sexuales y de la homosexualidad. Por su parte, las mutaciones heterocigóticas graves del gen estructural CYP21B también pueden provocar una disminución de 21-OHD y constituir un factor de predisposición a la transexualidad, como consecuencia de la alteración de los niveles de hormonas sexuales que provocan durante el periodo de organización sexual del cerebro. De esta forma, una serie diversa de mutaciones de los genes CYP21A y CYP21B parecen actuar como factores etiogenéticos de la homosexualidad y de la transexualidad respectivamente.

Con base en estos hallazgos, los comportamientos típicamente sexuales y las funciones gonadales se encuentran predominantemente determinadas por factores biológicos, es decir, por la cantidad y por la calidad de las hormonas sexuales y de los neurotransmisores; así como de los receptores correspondientes presentes durante la fase de organización sexual del cerebro, sobre todo durante el periodo prenatal de diferenciación sexual del citado órgano, aunque también de forma adicional durante sus periodos de maduración sexual, especialmente en la fase postnatal temprana y durante la pubertad. Los niveles de hormonas sexuales y de neurotransmisores presentes durante dichos periodos de sensibilidad dependen de factores genéticos y sociales, y los factores sociales pueden resultar especialmente efectivos

cuando se combinan con deficiencias enzimáticas específicas, como es el caso de la deficiencia de 21-OHD o de 3B-HSD.

A la vista de estos descubrimientos puede decirse que en la diferenciación sexual del ser humano se distinguen cuatro etapas:

- 1) El *sexo genético o gonosómico*, que se encuentra determinado en general por la presencia de un cromosoma X o Y en el espermatozoide fecundante.
- 2) El *sexo gonadal*, que se diferencia posteriormente bajo el control de una serie de genes determinantes del sexo.
- 3) El *sexo somático o genital*, que se diferencia entre el segundo y el cuarto mes de vida prenatal bajo el control de la sustancia inhibidora de los conductos de Müller (MIS) por un lado, y de los andrógenos por otro.
- 4) Y el *sexo neuronal*, es decir, que la secreción de gonadotropinas de tipo femenino o masculino, la orientación sexual y los comportamientos relacionados con los papeles sexuales se organizan posteriormente durante el trimestre central del embarazo bajo el control de las hormonas sexuales; y este proceso es mediado, al menos en parte, por los neurotransmisores. Los periodos críticos para la diferenciación sexual específica de los correspondientes centros cerebrales (los denominados centros del sexo, del apareamiento y de los papeles sexuales), no son completamente idénticos aunque se solapan. Además una serie de diferentes hormonas sexuales parecen ser responsables, al menos en parte, de la organización de la secreción de gonadotropinas específicas de cada sexo y de la orientación de los comportamientos relacionados con los papeles sexuales.
 - a) Los “*centros del sexo*” que controlan la secreción de las gonadotropinas de tipo femenino o masculino se organizan bajo el control exclusivo de los estrógenos que, sin embargo, se sintetizan fundamentalmente a partir de los andrógenos en el mismo cerebro.
 - b) Los “*centros de apareamiento*” que controlan la orientación sexual, están bajo el control tanto de los estrógenos como de los andrógenos.

- c) Y finalmente, los “*centros de los papeles sexuales*” que controlan los comportamientos sexuales de tipo masculino o femenino, se organizan bajo el control de los andrógenos.

De esta forma, los niveles absolutos de hormonas sexuales no son los únicos responsables de la diferenciación sexual específica del cerebro, sino que también lo son la relación entre los niveles de andrógenos y de estrógenos. Consiguientemente, existen varias combinaciones o disociaciones posibles entre la secreción de gonadotropinas dependiente de las hormonas sexuales, la orientación sexual y los comportamientos relacionados con los papeles sexuales.

Estas conclusiones extraídas fundamentalmente a partir de experimentos realizados con animales parecen concordar con los descubrimientos adicionales realizados en el caso de los seres humanos, como es el caso de la feminización testicular o del síndrome de Imperato-McGinley en el que los individuos XY no acaban de formar genitales externos masculinos al nacer, y con los datos obtenidos por los grupos de Meyer-Bahlburg y de Erhardt a partir de sujetos expuestos a la acción del dietilestilbestrol durante el desarrollo prenatal, así como con los datos obtenidos por LeVay, Allen y Gorski y por el grupo de Swaab.

A la vista de estos datos, pueden concebirse los siguientes mecanismos de acción conducentes a la aparición de una organización atípica del cerebro:

En los fetos humanos femeninos los andrógenos son producidos fundamentalmente por las glándulas suprarrenales, y en los fetos humanos masculinos durante el periodo de diferenciación sexual del cerebro los testículos producen aproximadamente 3 veces más cantidad de andrógenos que las glándulas suprarrenales. Como consecuencia de ello, durante el trimestre central del periodo de gestación en los fetos humanos masculinos existe de 3 a 4 veces la cantidad de andrógenos biológicamente activos (especialmente testosterona libre) que la existente en los fetos humanos femeninos como consecuencia del hecho de que la secreción de andrógenos por parte de los ovarios fetales resulta mínima; en tanto que en los hombres adultos se detecta entre 20 y 30 veces más cantidad de testosterona libre que la

detectada en las mujeres adultas. Debido a esto, resulta más sencillo alcanzar niveles de hormonas sexuales de tipo masculino en las mujeres (inducidos por un exceso de producción de andrógenos por parte de las glándulas suprarrenales) y niveles de hormonas sexuales de tipo femenino en los hombres (inducidos por la inhibición de la producción testicular de andrógenos) durante el periodo prenatal que durante la vida adulta.

En el caso de los fetos humanos femeninos, el exceso de producción de andrógenos por parte de las glándulas suprarrenales hasta alcanzar niveles próximos a los que se dan en el caso de los fetos humanos masculinos puede ser provocado por el estrés o por diferentes formas de deficiencias de 21-OHD o de 3B-HSDD. En los fetos humanos masculinos la inhibición de la secreción testicular de andrógenos hasta alcanzar niveles próximos a los que se observan en los fetos humanos femeninos, puede ser provocada por el estrés prenatal o por deficiencias maternas o fetales de 21-OHD o fetales de 3B-HSDD. Estas deficiencias parciales, especialmente cuando se combinan con acontecimientos estresantes, dan origen a una superproducción de estrógenos en la placenta con base en andrógenos que se transforman en estrógenos por adición de grupos aromáticos y que se conjugan para formar sulfatos de estrógenos. Por ejemplo, el sulfato de estrona como se ha demostrado en experimentos realizados con animales, es capaz de inhibir de forma significativa la producción testicular de andrógenos durante la fase de organización del cerebro, lo que se traduce en una feminización del mismo más o menos acentuada, y consiguientemente en la aparición de una orientación sexual y de unos comportamientos relacionados con los papeles sexuales de tipo más femenino en el caso de los machos.

Dittmann, Kappes y Kappes (1990) estudiaron a mujeres con hiperplasia suprarrenal congénita, una condición que es causada por la exposición prenatal a un nivel relativamente alto de andrógenos, con el objetivo de determinar si podía desarrollarse una identidad de género masculina en individuos con cromosomas sexuales XX criadas como mujeres. Como resultado de sus investigaciones, se reportaron unos cuantos casos en los que efectivamente se presentaba este fenómeno; sin embargo, en la mayoría de los casos las mujeres se concibieron como mujeres y no desarrollaron la condición transexual.

Ehrhardt, Meyer-Bahlburg y Rosen (1990) no observaron el desarrollo de la condición transexual en hombres ni en mujeres que fueron expuestos a progestágenos *in útero*, los cuales pueden tener un efecto antiandrogénico en los hombres o androgénico en las mujeres; y tampoco observaron el desarrollo de la condición transexual por la exposición de drogas estrogénicas como el dietilestilbestrol (DES). Sin embargo, observaron algunos aspectos atípicos relacionados con conductas de rol de género, aunque estos no fueron significativos.

Dorner y su grupo de colaboradores (1983) encontraron que un grupo de mujeres transexuales (hombres biológicos) presentaban un aumento en los niveles de hormona luteinizante (LH) después de la estimulación estrogénica como consecuencia de la exposición prenatal a esteroides sexuales, y también encontraron el fenómeno opuesto en los hombres transexuales (mujeres biológicas). Sin embargo, otros estudios que han utilizado una metodología endocrinológica más rigurosa no han podido replicar sus hallazgos.

Allen y Gorski (1990a y b) reportaron la presencia de algunos núcleos hipotalámicos que son sexualmente dimórficos con respecto al tamaño o a la forma: un núcleo límbico sexual dimórfico (SDN) del área preóptica del hipotálamo (SDN-POA61), dos grupos celulares en el hipotálamo anterior (INAH-262-64 e INAH-362), un componente posteromedial del núcleo de la estría terminal (BNST-dspm), el núcleo supraquiasmático (SCN) y la subdivisión central del núcleo de la estría terminal (BSTc). Estos investigadores piensan que las diferencias sexuales en el hipotálamo son las responsables de las diferencias en la identidad de género y en la orientación sexual.

En un estudio de Zhou, Hofman, Gooren y Swaab (1995) del Instituto Holandés de Investigación Cerebral en Ámsterdam, se indican similitudes estructurales y neuroquímicas o neuroendocrinas entre el cerebro de las personas transexuales y el cerebro típico de las personas del sexo con el que se sienten identificadas. Este equipo realizó observaciones acerca de que la persona transexual que es varón biológico presenta una estructura cerebral "*femenina*" en la zona de la estría terminal de la amígdala, y postula que la identidad de género desarrollada de manera "*inversa*" es el resultado de la intervención de las hormonas sexuales en el desarrollo cerebral.

La estría terminal cerebral es básica para el comportamiento sexual porque es un centro nervioso de fundamental importancia que tiene receptores para estrógenos y para andrógenos, al mismo tiempo que mantiene conexiones con la amígdala cerebral y con el núcleo pre-óptico del hipotálamo, elemento muy importante para las funciones diferenciadas de los cerebros masculino y femenino; y según estos investigadores, la conclusión parcial que se desprende de sus hallazgos es que la estructura cerebral de las mujeres transexuales (varones biológicos) es de tipo femenino.

En el estudio realizado con seis personas transexuales que habían realizado la transición de hombre a mujer (mujeres transexuales), se examinó el núcleo basal de la estría terminal (NBET) y se pudo demostrar que el volumen de ese núcleo era menor en individuos transexuales, que siendo hombres biológicos originalmente eran subjetivamente mujeres desde su identidad genérica. El volumen del NBET era más pequeño en individuos transexuales que realizan la transición de hombre biológico a mujer, con sólo el 52% del volumen que tenían los hombres control. El volumen del NBET era de 1.73 mm^3 en mujeres heterosexuales, de 2.81 mm^3 en hombres heterosexuales y homosexuales, y de 1.30 mm^3 en mujeres transexuales (que habían sido hombres biológicos).

No hubo diferencias significativas del volumen del NBET en las personas transexuales estudiadas ni en el que se midió en mujeres biológicas.

La diferencia del volumen del citado NBET no fue significativa al compararla con el volumen medio de las mujeres, pero en contraste, el volumen del NBET según datos de las mediciones previas era mayor en los hombres heterosexuales y homosexuales. También pudieron observar que el volumen de ese núcleo basal en hombres heterosexuales era 44% mayor que el de las mujeres heterosexuales, y que el volumen del NBET en hombres heterosexuales y homosexuales no difirió estadísticamente, pero fue un 62% mayor en hombres homosexuales que en mujeres heterosexuales.

Aunque esta investigación de Zhou y colaboradores fue sujeta a diversas objeciones relacionadas con su metodología, un segundo proyecto de Kruijver (2000) presentó idénticos re-

sultados e incluyó controles que ayudaron a resolver los defectos que se alegaban en el estudio original.

El estudio de Kruijver y colaboradores indica que en el caso de la transexualidad el núcleo basal de la estría terminal (NBET) tiene una estructura sexo-invertida. Esto significa que en el caso de las mujeres transexuales (n=7), una vez estudiados el tamaño de este núcleo y su número de neuronas se encontraban en el mismo rango que en los controles femeninos (n=13), y por lo tanto, de las mujeres en la población general. En el único cerebro disponible de un hombre transexual, el volumen y la estructura de este núcleo se encontraban en el rango de los controles masculinos (n=21), y por lo tanto, de los hombres en la población general. Se presume que el NBET varón-like también estará presente en hombres transexuales. Estos resultados fueron independientes de la orientación sexual y del uso de hormonas sexuales exógenas. En todos los 42 cerebros humanos recogidos para este estudio se encontró que el NBET tiene una estructura concordante con la identificación psicológica como hombre o como mujer, se deduce que el NBET es una pieza importante del circuito neuronal sexual, y que está implicado en el desarrollo de la identidad del género (Kruijver, 2000).

Otras investigaciones como las de Diamond y Hawk (2004) han demostrado una fuerte tendencia a la herencia en lo referente a la etiología biológica de la condición transexual.

Como conclusión, con esta información quizá algún día se pueda promover, con la ayuda de unas interpretaciones correctas, honradas y humanitarias, la desaparición de los fenómenos de discriminación, de criminalización y de patologización que afectan a las personas transexuales y a quienes presentan conductas atípicas de la identidad sexual, y conduzca consiguientemente a la plena tolerancia y a la aceptación.

Finalmente, también se han realizado estudios sobre la transexualidad en animales, pero estos no son comparables a los humanos debido a que la transexualidad animal difiere de la transexualidad humana. Por ejemplo, existen algunas especies donde una hembra “*cambia de sexo*” y se comporta como macho cuando el número de machos disminuye, y un macho se comporta como hembra cuando el número de estas disminuye; pero ambos luego pueden

cambiar nuevamente su sexo. Obviamente esta situación no corresponde a la de los humanos, ya que las personas transexuales están en discordancia sexogenérica permanentemente y no en unos momentos sí y en otros no.

3.2) Aproximaciones psicosociales.

Como la mayor parte de los seres humanos presentan una concordancia entre su identidad de género y su sexo, podría suponerse con cierta lógica que la identidad sexogenérica surge a partir de poseer determinados órganos sexuales y de vivir en un contexto sociocultural reforzador de esa biología; es decir, que la identidad sexogenérica se forma por las experiencias de vida y por la crianza, así como por los modelos sociales circundantes. Sin embargo, si esto fuese así, es posible que no existieran las personas transexuales a partir de los modelos parentales y educativos que se tienen, y además, *¿existirían las personas transexuales y las personas transgénicas si no hubiera roles o papeles de género estereotipados?*

Algunos autores piensan que el género, tanto en su componente de identidad genérica como en el de rol genérico, tiene su origen en los modelos que presentan las figuras de autoridad y la amplia influencia del medio cultural en el que se vive; y que la socialización diferencial consiste en que los niños y las niñas son tratados y educados de modos completamente distintos, pues lo que se espera de unos y de otras es totalmente opuesto.

De esta manera, tanto la madre como el padre y como otras figuras importantes son imitadas por los niños. Por ejemplo, una niña será gratificada si copia satisfactoriamente el comportamiento y las actitudes de su madre; y por su parte un niño será recompensado igualmente si replica las conductas de su padre. Entonces, por un refuerzo conductista no siempre consciente se irán consolidando la identidad y el rol genéricos (Barrios y García, 2008).

Sin embargo, según Kaplan y Sydney (citados por Masters, Johnson y Kolodny, 1987), las niñas y los niños no imitan el comportamiento del mundo adulto para ser gratificados, sino sencillamente para conseguir la identidad personal.

Por su parte, la propuesta de Kohlberg (citado por Masters, Johnson y Kolodny, 1987) plantea que el desarrollo de la identidad de género está completamente acorde con el avance cognoscitivo y con el desarrollo del pensamiento abstracto de los niños, quienes antes de los 5 o de los 6 años de edad tienen un concepto muy sencillo y casi objetal de lo que son los géneros; y aproximadamente un año después logran captar que la condición de género es permanente, consolidando su identidad de género.

Stoller (1968 y 1996), basándose en observaciones y en especulaciones psicoanalíticas, elaboró la hipótesis acerca de los papeles que tienen la madre y el padre en el origen de la transexualidad. Para este autor, las madres dominantes y los padres débiles o ausentes, junto con el miedo a la castración y a una serie de actitudes paternas, pueden condicionar o propiciar la transexualidad; y mencionó que otro factor importante era el empeño de los padres en que sus hijos o sus hijas realizaran actividades contrarias a las establecidas como “*normales*” para su sexo, promoviendo con ello conductas femeninas en sus hijos o masculinas en sus hijas.

Sin embargo, es necesario mencionar que hasta la fecha no hay evidencias científicas al respecto, y suponiendo que estas afirmaciones fueran ciertas cabrían las siguientes preguntas entre muchas otras semejantes: *¿Por qué la prevalencia de la condición transexual no es mucho mayor si este esquema familiar es tan frecuente en muchos hogares mexicanos y en otros sitios del mundo? ¿Por qué hay personas transexuales con esquemas familiares inversos o muy distintos al descrito? ¿Por qué existen las personas transexuales a pesar de que fueron abandonadas al nacer o de que vivieron en la orfandad?*

Bowlby (1969 y 1973 citado por González, 1994) considera que la ansiedad debida a una separación temprana es el factor principal del desarrollo de la transexualidad, aunque se vuelve más complicado explicar cómo un trastorno de separación-individuación da lugar a la transexualidad y no a una condición psicopatológica.

En Suecia, en un estudio de 12 hombres y de 12 mujeres transexuales comparados con conscriptos del ejército y con mujeres nulíparas embarazadas (primer embarazo), Udden-

berg, Walinder, y Hojerback (1979) encontraron diferencias significativas entre los transexuales y los otros dos grupos de adultos jóvenes: hubo una mayor incidencia de relaciones insatisfactorias con los padres en los transexuales que en los adultos jóvenes. El elemento descrito por Stoller de una relación intensa con el padre del sexo opuesto, únicamente se reportó en la mitad de los hombres transexuales y en ninguna de las mujeres transexuales. Estos investigadores concluyen que los dos padres son importantes en la definición de la identidad de género y en la orientación sexual. Igualmente al respecto de la feminidad en el niño, esta puede ser un factor importante o puede no existir en absoluto.

Buhrich and McConaghy (1978 y 1985) encontraron que la única variable familiar significativa encontrada en transvestistas y en transexuales, es que la madre quería una niña al momento de su nacimiento; pero es importante aclarar que este reporte no ha vuelto a aparecer en grupos de estudios controlados.

Person y Ovesey (1974) presentaron otra teoría psicosocial de la transexualidad con base en sus estudios de 10 hombres transexuales primarios. Aunque todos ellos envidiaban a las mujeres y presentaron una conducta transvestista que comenzó entre los 3 y los 10 años de edad, ninguno de ellos creyó que era mujer y 9 de ellos no tuvieron una historia de comportamiento femenino. Fueron personas solitarias, con muy pocos amigos y amigas y tuvieron sentimientos de ansiedad, de depresión y de soledad; fueron asexuales y presentaron una disconformidad con sus características masculinas, deseaban ser mujeres pero con base en la fantasía de una fusión simbiótica con sus madres en un intento de lidiar con su ansiedad de separación, por lo que se encontraron en el punto diagnóstico limítrofe de los desórdenes mentales.

Beitel (1985, citado por González, G., 1994) presentó una propuesta derivada de la teoría de las relaciones objetales para explicar la transexualidad, y su hipótesis recalca la existencia de serias dificultades en la formación del sí-mismo (*self*) y en los procesos de identificación centrados en la figura materna, una falla para articular y para distinguir elementos del sí-mismo bueno y del sí-mismo malo, y de los objetos buenos y malos durante las fases de se-

paración y de individuación. Con base en esto, para este investigador el transexual sería una masa psíquica pobremente diferenciada y casi caótica en su funcionamiento mental.

Al respecto de estas teorías psicológicas y psicosociales sobre la etiología de la condición transexual, es muy importante recordar que la gran mayoría de los conceptos clínicos especialmente de la teoría psicoanalítica freudiana se basan en supuestos y en interpretaciones personales, por lo que no alcanzan para ser aplicados desde el punto de vista científico.

No todos los transexuales vivieron durante su infancia condiciones psíquicas idénticas ni aún semejantes, por lo que no todos los transexuales son verdes, ni azules, ni amarillos.

John Money sostuvo que antes del tercer año de vida se establecía el núcleo genérico o la identidad genérica esencial básicamente como producto del aprendizaje, a partir del cual se desarrolla la identidad de género, y una vez establecida no cambia a lo largo de la vida. Este investigador acuñó el término “*mapa de género*” (*gender map*) para referirse a la creación de los elementos que acompañarán al individuo durante toda su vida, ya que estos se crean en su cerebro debido a mecanismos aún no bien entendidos, situación que da como resultado la masculinidad, la feminidad y la androginia en su caso (Money, 1975a).

Money, en colaboración con Ehrhardt, estableció una afirmación paradigmática y llegó a la conclusión de que la identidad de género derivaba de la crianza de los infantes de acuerdo con un determinado género, muy aparte del sexo de nacimiento. Por ejemplo, si a un niño se le criaba como niña tendría una identidad genérica femenina, y si a una niña se la criaba como niño desarrollaría una identidad de género masculina (Money, 1975b).

No obstante, el paradigma presentado cayó en cierto desprestigio según el neurobiólogo Simón LeVay por el hecho de que no se midieron los niveles hormonales prenatales y post-natales de las personas estudiadas, y debido a esa circunstancia no se supo si los sujetos del estudio de uno y otro sexo habían tenido una influencia hormonal equivalente. Otra variable que pudo sesgar los resultados de la investigación fue que el género o el “*sexo de crian-*

za” fueron reforzados en muchas ocasiones con la administración conveniente de hormonas, particularmente en la etapa puberal.

Money y Ehrhardt asesoraron el tratamiento de la reasignación integral para la concordancia sexogenérica en un bebé, gemelo idéntico de otro, que por un accidente quirúrgico sufrió la destrucción del pene durante la circuncisión, y al que le sustituyeron sus órganos sexuales externos masculinos por vagina y vulva. A diferencia de su hermano este bebé fue criado y educado como niña, y a los reportes iniciales de que se desarrolló como una persona muy femenina en contraste con su gemelo, aparecieron otros acerca de que dicha niña siempre se comportó genéricamente hablando como varón (Money, 1975c).

Parecía que de esta forma se comprobaba su línea de pensamiento, sin embargo, Milton Diamond y H. Keith Sigmundson (1997), presentan el seguimiento al tan conocido caso traducido y resumido en los siguientes términos:

“Este informe es el seguimiento de un clásico de la literatura pediátrica, psiquiátrica y sexológica. En este caso el pene de un individuo XY, gemelo de otro niño también hombre biológico, fue dañado accidentalmente durante el tratamiento de una fimosis a los 7 meses de edad, en tal forma que fue quirúrgicamente reasignado y criado como mujer. Los informes iniciales decían que se estaba desarrollando como una niña normal, pero los hallazgos presentes muestran que el individuo no aceptó este sexo progresivamente a lo largo de su despertar sexual. A la pubertad este individuo cambió a manifestarse como hombre y ha vivido como tal con éxito desde ese momento hasta el presente. En los casos de daño peneano extenso había sido normal la recomendación de reasignarlo y criarlo como mujer, sin embargo, los casos subsecuentes deben ser manejados a la luz de esta nueva evidencia. Creemos que cualquier individuo 44XY, nacido con su sistema nervioso normal y por ende con el supuesto de su sistema psicosexual formado neonatalmente, debe ser criado como hombre realizando las intervenciones quirúrgicas necesarias para restablecer su apariencia y su función como tal. La decisión no es simple y con seguridad seguirá provocando controversia”.

McCauley and Ehrhardt (1977) reportan que contrastaron a 15 mujeres quienes requerían la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica y se presentaron a la clínica para seguimiento psicoandrológico, contra 15 lesbianas voluntarias de grupos homosexuales locales. Las pruebas de la función cognoscitiva no mostraron diferencia alguna entre los dos grupos, pero en los estudios de personalidad las transexuales eran más estereotípicamente hombres y las lesbianas fueron más andróginas. Las transexuales tomaban trabajos típicamente masculinos, las lesbianas tomaban trabajos con roles neutros, y los autores especularon que la personalidad estereotípica de las transexuales responde al deseo de ser hombres.

De un estudio de Bullough (1983) se obtuvieron resultados compatibles con que:

- Las personas transvestistas y transexuales generalmente crecen en familias encabezadas por una mujer.
- Las personas transvestistas y transexuales están menos relacionados con las actividades típicas de los niños.
- Las personas transexuales reportan menos felicidad en su infancia que otros grupos.
- Las personas transexuales reportan mayores dificultades académicas que otros grupos.

De este estudio también se desprende que es muy interesante observar que el grupo que comenzó con transvestismo a menor edad es el de transvestistas más que el de transexuales inclusive, y esto denota que el foco principal de los transexuales primarios no es la ropa, además de que existe un grupo de personas transexuales que son una auténtica paradoja: los invidentes de nacimiento, cuyo caso crea un reto para explicar la etiología psicosocial.

En este estudio se observó que los transexuales son más infelices en su infancia que los otros grupos y que buscan empleos de bajo estatus, muchos de ellos ejercidos por mujeres. La infelicidad en la infancia seguramente se debe al deseo de pertenecer al sexo y al género reproductivamente complementario, y a las presiones de los padres de llenar el rol sexual genético y el rol del género asignado. Esta presión psicológica también podría explicar los problemas escolares de los transexuales.

Meyer (1983) mencionó que la identidad de género o que la identidad sexogenérica está determinada por las experiencias intrafamiliares cotidianas.

Green (1985) planteó que los adultos transexuales suelen decir que desde pequeños eligen en sus juegos los artículos y la vestimenta contrarias a lo que se esperaría según su sexo biológico y su género de asignación, y que esta elección no es una etapa transitoria como la que generalmente presentan los niños y las niñas, sino que más bien es una necesidad permanente en la que cualquier esfuerzo de los padres o de los maestros por modificar su conducta está condenado al fracaso. Este autor concluye que las conductas de rol de género cruzado en las actividades lúdicas de la infancia pueden ser predictivas de la condición transexual.

Y por su parte, Cohen y Gooren (1999) reportan que diversas influencias ambientales en periodos críticos del desarrollo como el embarazo, la infancia o la pubertad pueden influenciar la conducta y la orientación sexual; y que el estrés prenatal, la relación materno-filial de las primeras etapas de la vida, las influencias familiares o los abusos sexuales durante la infancia o durante la pubertad pueden determinar la conducta sexual adulta.

Al respecto de estas teorías psicosociales sobre la etiología de la condición transexual, es muy importante recordar que en las historias clínicas de personas transexuales se encuentra como un dato común que un niño biológico es educado y tratado como hombre y una niña biológica es educada y tratada como mujer, y ambos desarrollan disforia de sexo o disforia sexogenérica sin que existan modos atípicos de aprendizaje ni de crianza en su vida.

Nuevamente, no todos los transexuales vivieron durante su infancia condiciones sociales, ni de crianza, ni de aprendizaje idénticas ni aún semejantes, por lo que no todos los transexuales son verdes, ni azules, ni amarillos.

3.3) Prevalencia.

La prevalencia es el número de casos presentes en una población dada en un momento determinado. Por ejemplo, si hay 1 caso de alguna condición en una muestra de 1,000 personas, entonces la prevalencia allí en ese momento es de 1 en 1,000 (1:1,000). Las cifras han aparecido desde siempre en la literatura oficial para dar cuenta de la “*magnitud*” o de la “*importancia*” de un evento o de un caso, y al respecto de la transexualidad esas cifras varían ampliamente de unos países a otros en función del diferente clima social y cultural en el abordaje de esta condición; y por otro lado, los estudios de prevalencia publicados utilizan diferentes métodos de recogida de datos y diferente definición de los casos. Por ejemplo, algunos consideran como transexuales a aquellas personas que demandan reasignación de sexo, incluyendo en el mismo grupo a otros trastornos de identidad genérica o sexogenérica que no siempre son transexuales; y probablemente esta sea una de las causas por las que sólo se acepta para intervención aproximadamente a una de cada diez demandas de reasignación integral para la concordancia sexogenérica (Best y Stein, 1998).

Según el DSM-IV-TR la prevalencia de los casos de transexualidad es de 1 en 30,000 hombres (hombre a mujer, o mujeres transexuales) y de 1 en 100,000 mujeres (mujer a hombre, u hombres transexuales), existiendo cifras mayores de acuerdo a otros estudios.

En el informe “*Trastornos de identidad de género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento*” elaborado en el 2002 por el Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, se hace referencia a los últimos datos del equipo de Ámsterdam que hablan de una prevalencia de 1 en 11,900 hombres (hombre a mujer, o mujeres transexuales) y de 1 en 30,400 mujeres (mujer a hombre, u hombres transexuales); y estos casos eran en población mayor o igual a 15 años de edad y en aquellas personas que ya habían comenzado un tratamiento hormonal.

En la siguiente tabla se muestra el resultado de diversos estudios correspondientes a la prevalencia de la condición transexual en diversas partes del mundo de 1968 a 1993:

Autor	Año	País	H a M	M a H
Pauly et al	1968	Estados Unidos	1 : 100,000	1 : 400,000
Walinder et al	1971	Suecia	1 : 37,000	1 : 103,000
Hoenig y Kenna	1974	Reino Unido	1 : 30,000	1 : 100,000
Eklund et al	1980	Holanda	1 : 45,000	1 : 200,000
Eklund et al	1983	Holanda	1 : 26,000	1 : 100,000
Eklund et al	1986	Holanda	1 : 18,000	1 : 54,000
Bakker et al	1993	Holanda	1 : 11,900	1 : 30,400

Existen cuatro observaciones, que aunque todavía no están apoyadas en estudios sistemáticos, aumentan esta prevalencia a cifras probablemente más altas con base en los siguientes hechos:

- a) Los problemas sexogénicos no reconocidos se diagnostican por casualidad cuando los pacientes son vistos por tener ansiedad, depresiones, trastornos de conducta, abuso de sustancias, trastornos disociativos de identidad, trastornos límite de la personalidad o por otros trastornos sexuales o estados intersexuales.
- b) Algunos transvestistas masculinos, no pacientes, imitadores de mujeres, gente transgénerica y hombres y mujeres homosexuales, pueden tener una forma de trastorno de identidad sexogénica.
- c) La intensidad de los trastornos de identidad sexogénica de algunas personas, fluctúa un poco por arriba y por debajo del umbral clínico.
- d) Las variaciones del comportamiento de género entre personas con anatomía femenina tienden a ser relativamente invisibles para la sociedad en general, y particularmente para los profesionales de salud mental y para los científicos.

Lyn Conway, mujer transexual de fama en los Estados Unidos pionera de los estudios actuales y de la apertura de la transexualidad en su país y poco a poco en todo el orbe, gracias a la Internet en la página <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/conway-Spanish.html> ofre-

ce cifras verdaderamente interesantes, pues nos dice que la prevalencia real de la transexualidad al menos en los Estados Unidos se puede medir de la siguiente forma: Para el momento de su recuento existían al menos de 30,000 a 40,000 mujeres transexuales post-operadas, y el estudio minuciosamente llevado a cabo (ella es ingeniera, inventora e investigadora en las áreas cibernéticas, lo que le da fiabilidad a su destreza con los números) se obtuvo mediante encuestas con los cirujanos que se dedican a este tipo de reasignación sexual de hombre a mujer entre residentes sólo de los Estados Unidos:

Décadas	1960	1970	1980	1990 al 2002
Número de cirugías	1,000	6,000 a 7,000	9,000 a 12,000	14,000 a 20,000

Considerando conservadoramente que al año 2005 la cifra fue de 32,000 personas reasignadas y si el número aproximado de hombres estadounidenses de entre 18 y 60 años de edad es de 80 millones, si se dividen los 80 millones entre 32,000 el resultado es que al menos una persona nacida hombre en los Estados Unidos por cada 2,500 es una mujer transexual que ya se ha reasignado sexualmente (transexual hombre a mujer).

Si consideramos que esto ocurre tan sólo en los Estados Unidos y que contempla a las personas que ya se han sometido a cirugía, el número podría multiplicarse por 3 o por 5 veces más por los que no se han sometido a cirugía por temor, por desconocimiento, por falta de recursos, etc., lo que quizá nos implicaría otras 100,000 a 200,000 personas más que resultaría en 1 varón de cada 500.

En España y en Inglaterra se han replicado estos estudios, resultando en ambos casos cifras muy cercanas a las de Lin Conway.

Respecto a la enorme diferencia entre las cifras oficiales y las mostradas aquí, tan lejos de la posible realidad, las posibilidades de explicación podrían resolverse mediante las siguientes afirmaciones:

- Las cifras oficiales benefician a un grupo profesional polarizado negativamente (psiquiatras), que tiene interés en presentar números bajos y en la consecuente no permisividad hacia la transexualidad (ponen en el mismo paquete a la homosexualidad masculina y femenina, al transvestismo, al transgenerismo y a la transexualidad). Por lo tanto, ya es tiempo de que los psiquiatras confronten la realidad de la amplia naturaleza de las condiciones transgeneristas y transexuales, pues mientras más se difunda el conocimiento de que el transgenerismo y la transexualidad no son tan infrecuentes y que mucha gente joven ha hecho su transición con éxito, es más probable que la gente transgenerista y transexual se auto-identifique antes, *“salgan del closet”* por sí mismas y en promedio busquen apoyo mucho más pronto de lo que lo hubieran hecho antes.
- Al calificarlo como un trastorno mental, cualquier patrón conductual puede dar como resultado una desventaja adaptativa significativa para la persona y causar un sufrimiento mental personal. El DSM-IV-TR y la CIE-10 han definido centenares de enfermedades mentales que varían en su aparición, duración, patogénesis, incapacidad funcional y tratabilidad.

Ahora, *¿por qué hay más mujeres transexuales que varones con esta condición?* Algunos investigadores piensan que esto se debe a que la diferenciación cerebral masculina prenatal es mucho más compleja que la de las mujeres, debido a la facilidad embriológica de la feminización casi automática que se produce en muchos mamíferos, incluyendo a la especie humana. Por lo tanto, habrá una mayor dificultad hacia la diferenciación masculina del cerebro, el cual en alguna proporción se feminizaría.

Por su parte, la situación de los hombres transexuales cuyo origen biológico es femenino correspondería a una mayor atipicidad, puesto que no se ratificaría su feminización cerebral prenatal. Aquí por un lado se estaría inhibiendo el mecanismo hormonal de feminización, y por otro lado estaría ocurriendo la exposición a una serie de factores que en alguna proporción masculinizarían en cerebro.

Los enfoques sociológicos mencionan que la disparidad numérica entre mujeres y hombres transexuales puede que sea un problema vinculado con el género, debido a que las personas que han nacido como mujeres biológicas y que son hombres transexuales, antes de comenzar una transición generalmente tienen más restricciones impuestas para solicitar ayuda profesional y para atenderse. En cambio, las personas que han nacido como hombres biológicos y que son mujeres transexuales tienen una mayor movilidad social, y con menos dificultades adoptan la decisión de procurar la atención que requieren.

Otro hecho muy importante desde el punto de vista social, es que en nuestra cultura, independientemente de cuál sea la identidad de género o la identidad sexogenérica, resulta mucho más aceptable que una mujer biológica socialmente se desempeñe tanto en el rol como en la vestimenta como desee; pero no sucede así con un hombre biológico, al cual se le obliga a cumplir con el rol y con la vestimenta masculina con mayor rigor y con mayores sanciones sociales.

Esto implicaría que un hombre transexual pudiera desempeñar su rol genérico o sexogenérico con más flexibilidad, con más libertad y en cierta armonía con su identidad de género o con su identidad sexogenérica; en cambio, la mujer transexual exacerbaría su disforia de género o su disforia sexogenérica, y por lo tanto en la mayoría de los casos demandaría atención profesional con más apremio.

Capítulo 4) La disforia de género o sexogenérica a lo largo del ciclo de vida.

Generalmente la mayoría de la gente jamás se cuestiona el porqué de haber tenido el sexo que tiene, mientras que para otros esta pregunta reviste la mayor interrogante y el mayor dolor en su vida. La edad típica en la que aparece esta pregunta en los transexuales primarios es por lo general a los 4 años, y para la mayoría de ellos el sentimiento de pertenecer al sexo reproductivamente complementario y de tener el cuerpo equivocado (disforia sexogenérica) viene y va a lo largo de toda su vida, puede que desaparezca por horas, por días o incluso por meses, pero irremediablemente regresará permeando todos los aspectos de su vida. La gente que no puede o que teme expresar sus más íntimos sentimientos de feminidad o de masculinidad desarrolla una ansiedad que aumenta con el tiempo, llevándola por lo general a estados de desesperación y de depresión profunda, y no son raros los intentos de suicidio ni los suicidios consumados.

4.1) La disforia de género o sexogenérica a lo largo del ciclo de vida.

Vitale, en un estudio de 18 años seguidos de entrevistas y de consejería a individuos con disforia sexogenérica, menciona que son fácilmente identificables cinco estadios de la vida en donde puede encontrarse la disforia, que son la infancia, la adolescencia, la adultez temprana, la mediana edad y en los adultos mayores; y también asegura que si esta condición no es tratada, los individuos van siendo cada vez más presa de ataques de ansiedad (Vitale, 1982).

El género juega un papel muy importante en la vida de un niño, ya para la edad de dos años y medio comienza a presentar una conducta concurrente con su sexo, para los tres años de edad se refieren a sí mismos como niño o niña, y los adultos a quienes se les pregunta al respecto de su disforia genérica aseguran y coinciden en que fue a los cuatro años de edad cuando supieron que algo estaba mal.

Para un niño que expresa su disforia sexual, su disforia genérica o su disforia sexogenérica es difícil recibir algo diferente que no sea un castigo; mientras que para las niñas hay más benevolencia y laxitud si muestran una actitud masculina, pues generalmente se espera que *“con el tiempo desaparezca”*. Sin embargo, cada vez está más claro que una vez que aparece el género sentido no hay manera de corregirlo sea la edad que sea, por muy temprano que parezca.

Los niños con disforia sexogenérica aseguran que *“si Dios les dio ese sentimiento, solo él puede corregirlo”*, y por ende es común escuchar las historias de deseos solicitados al apagar las velas del pastel de cumpleaños o en sus rezos de antes de dormir. Ya desde ese entonces se estima que si Dios hace el cambio, los papás no tendrían otra cosa que refutar o que hacer, ya que por decirlo así, *“el niño no tuvo la culpa”*.

La adolescencia es el siguiente momento de la vida en que se esperaba *“un milagro”*, los transexuales entrevistados coinciden en que en la medida que por la escuela iban sabiendo de sus órganos sexuales y de sus efectos, todos esperaban el momento en que se *“descubrieran”* los *“verdaderos”* órganos sexuales que habían estado ocultos en su cuerpo, y que les dieran las ansiadas características sexuales secundarias de su cuerpo y así *“todo se aclarará”*.

Al mismo tiempo esta etapa obliga a los varones a enfrentar la oleada de testosterona, que los lleva ya sea a masturbarse con o sin sesiones transvestistas, en mayor medida que sus pares (como única forma de desfogue del deseo de tener otro cuerpo o de ser otra persona), o bien, que públicamente y por protección adoptan el extremo hiperviril estereotipado. La situación es mucho menos compleja para las mujeres, quienes siguen siendo vistas indulgentemente como *“raras”*, pero a quienes *“ya se les pasará al conocer al muchacho adecuado”*.

Al llegar a sus veintes la situación para el transexual no sufre mayor cambio, salvo para una pequeña porción de los mismos que ya buscan ayuda profesional, sobre todo al enterarse de la posibilidad de la reasignación integral para la concordancia sexogenérica. Para este

momento los hombres transvestistas o transexuales, han sufrido varias purgas deshaciéndose de su guardarropa femenino (nótese que esto es simplemente impensable para los individuos femeninos), se habrán afiliado a clubes hipermasculinos, se habrán integrado al ejército o a su equivalente, y lo más probable es que se habrán casado; paradójicamente quizá muestren claras actitudes homofóbicas o machistas, y todo esto es parte de la dolorosa mascarada del intento de cambio. Nuevamente las mujeres disfóricas sólo tendrán quizá que vérselas seriamente con sus familiares, en lo demás prácticamente sólo serán “*raras*” y por lo tanto no tendrán necesidad de crearse actitudes homofóbicas ni transfóbicas.

Dentro del desarrollo psicológico generalmente se habla del período de los 28 a los 33 años de edad como el momento en que los individuos van ya alcanzando sus ideales y sus aspiraciones, y esto coincide con los momentos en que estadísticamente se generan más cambios en el hacer de estos individuos, porque se aventuran más como una urgencia o porque buscan apoyo de cualquier tipo. La necesidad disfórica se sitúa por encima de cualquier otro tipo de actividad ya sea con la familia, con los hijos, en el área laboral, en las diversiones, etc. (Vitale, 1982).

En la edad adulta media, el más trágico de los eventos que puede aparecer es el suicidio, que aparece al ver el individuo que ya ha conformado una posición social, familia, hijos, una imagen en el ánimo de evitar lo inevitable, y sin embargo, todo sigue presente y aún con más fuerza. La disparidad entre romper con todo (con el daño que implica también para los otros) lo hace considerar vehementemente la idea de mejor desaparecer.

Y finalmente, los individuos que llegan a la edad adulta madura con su disforia sexogénica no resuelta son casi invariablemente varones, ya que usualmente las mujeres desde tiempo atrás ya resolvieron su proceso. Generalmente, los varones que fluctúan entre inicios de sus cincuentas hasta inicios de sus setentas sienten la apremiante necesidad de hacer algo con sus últimas dos o tres décadas de vida que les resta.

4.2) Trastornos de la identidad sexual (DSM-IV-TR).

La cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) menciona que existen dos componentes en el trastorno de la identidad sexual que deben estar presentes a la hora de realizar el diagnóstico. Debe haber pruebas de que el individuo se identifica de un modo intenso y persistente con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser o la insistencia en que uno es del otro sexo (Criterio A).

Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales, sino que también deben existir pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo (Criterio B).

El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual como por ejemplo síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita (Criterio C), y para realizar el diagnóstico deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).

En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales, pueden preferir vestirse con ropa de niña o de mujer, o pueden confeccionarla ellos mismos a partir de material disponible cuando no poseen ropa femenina. A menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o cabellos largos. Existe una atracción fuerte hacia los juegos y hacia los pasatiempos típicos de las niñas. Les gusta especialmente jugar a la mamá y al papá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo sus juguetes son las muñecas, y las niñas constituyen sus compañeros. Cuando juegan al papá y a la mamá estos niños realizan el papel femenino, generalmente “*el papel de madre*”, y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres. Evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, por los camiones

o por otros juguetes no violentos pero típicos de los niños. Pueden asimismo expresar el deseo de ser una niña y asegurar que crecerán para ser una mujer. A la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, escondiéndoselo entre las piernas. Más rara vez los niños con trastorno de la identidad sexual pueden afirmar que encuentran su pene o sus testículos horribles, que quieren operárselos o que tienen o desearían tener vagina.

Las niñas con trastornos de la identidad sexual muestran reacciones negativas intensas hacia los intentos por parte de los padres de ponerles ropa femenina o cualquier otra prenda de mujer. Algunas llegan a negarse a ir a la escuela o a reuniones sociales donde sea necesario llevar este tipo de prendas, prefieren la ropa de niño y el pelo corto, y a menudo la gente desconocida las confunde con niños y piden que se les llame por un nombre de niño. Sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman. Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deportes, juegos violentos y juegos propios para niños. Muestran poco interés por las muñecas o por cualquier tipo de vestido femenino o actividad relacionada con el papel de la mujer. Las niñas que padecen este trastorno rehúsan en ocasiones orinar sentadas en la taza del baño, pueden explicar que poseen o que se dejarán crecer un pene, rechazan los pechos desarrollados o la menstruación y también pueden asegurar que crecerán para ser un varón. Estas niñas revelan una identificación con el otro sexo muy pronunciada en los juegos, en los sueños y en las fantasías.

Los adultos con trastorno de la identidad sexual muestran el deseo de vivir como miembros del otro sexo, y esto se manifiesta por un intenso deseo de adoptar el papel social del otro sexo o de adquirir su aspecto físico, ya sea mediante tratamiento hormonal o quirúrgico. Los individuos con este trastorno se sienten incómodos si se les considera como miembros de su propio sexo o si su función en la sociedad no es la correspondiente al otro sexo. La adopción del comportamiento, la ropa y los movimientos del otro sexo se realiza en diferentes grados. En privado estos individuos pueden pasar mucho tiempo vestidos como el otro sexo, esforzándose para conseguir la apariencia adecuada y muchos intentan pasar en público por personas del sexo opuesto. Vistiendo como el otro sexo y con tratamiento hormonal (y para los varones electrólisis), muchos individuos con este trastorno pasan inadvertidamente

como personas del otro sexo. La actividad sexual de estos individuos con personas del mismo sexo se encuentra generalmente restringida, porque no desean que sus parejas vean o toquen sus genitales. En algunos hombres con este trastorno en etapas más avanzadas de la vida (a menudo después del matrimonio), la actividad sexual con una mujer se acompaña de la fantasía de ser amantes lesbianas o de que la pareja es un hombre y él una mujer.

En los adolescentes las características clínicas pueden parecerse tanto a las de los niños como a las de los adultos según el nivel de desarrollo del individuo, por lo que los criterios tendrán que aplicarse de acuerdo con el nivel de desarrollo. En un adolescente joven puede ser más difícil establecer un diagnóstico exacto debido a la cautela del individuo. Las dificultades pueden ser mayores si el adolescente se encuentra indeciso en cuanto a su identificación con el otro sexo o si la familia no lo aprueba. El adolescente puede ser enviado a un centro médico porque los padres o los profesores están preocupados por el aislamiento social, el rechazo y las burlas de sus amigos. En estas circunstancias, el diagnóstico debe reservarse para los adolescentes que parecen identificarse con el otro sexo por la manera de vestir y por su comportamiento, por ejemplo depilarse las piernas en los hombres. El esclarecimiento del diagnóstico en los niños y en los adolescentes puede necesitar un seguimiento durante un largo período de tiempo.

El malestar y la discapacidad de los individuos con trastorno de la identidad sexual se manifiesta de diferente manera a lo largo de la vida. En los niños el malestar se manifiesta por un descontento patente hacia su sexo, y la preocupación por transvestirse interfiere a menudo con las actividades cotidianas del individuo. En los niños más grandes el fracaso en contraer amistades y habilidades propias de individuos del mismo sexo a menudo conduce a aislamiento y a malestar, algunos niños se niegan a ir a la escuela debido a la obligación de vestir con la ropa de su sexo y a las burlas de los compañeros. En los adolescentes y en los adultos la preocupación por transvestirse interfiere muy frecuentemente con las actividades habituales de la persona, son comunes las dificultades de relación y también puede verse afectado el rendimiento en la escuela o en el trabajo.

Muchos individuos con trastorno de identidad sexual acaban socialmente aislados, este aislamiento y el ostracismo conducen a una autoestima negativa y pueden contribuir a sentir aversión por la escuela y a abandonarla. El rechazo y las burlas de los compañeros producen secuelas frecuentes que persisten en los niños con este trastorno, y a menudo muestran rasgos y patrones de expresión femeninos muy acusados.

La alteración puede ser tan acusada que la vida de algunos individuos se centre solamente en estas actividades, que por otra parte intentan disminuir el malestar sexual. A menudo se preocupan por su aspecto físico, en especial en las primeras etapas de la transición para adoptar el papel del otro sexo. La relación con los padres también puede verse muy afectada. Algunos hombres con este trastorno llegan a auto-tratarse con hormonas y muy raramente se castran o se amputan el pene. Especialmente en las ciudades algunos individuos se dedican a la prostitución, además de que los trastornos relacionados con sustancias, los intentos de suicidio y los suicidios consumados se encuentran frecuentemente asociados a este cuadro.

Los niños con trastorno de la identidad sexual pueden manifestar al mismo tiempo trastorno de ansiedad por separación y síntomas depresivos. Los adolescentes están predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer intentos de suicidio. En los adultos puede haber síntomas de ansiedad y de depresión, y algunos varones adultos tienen una historia de fetichismo transvestista así como otras parafilias. Los trastornos de la personalidad asociados son más frecuentes en los varones que en las mujeres según observaciones realizadas en centros especializados.

No hay ningún test diagnóstico específico para el trastorno de la identidad sexual. En presencia de una exploración física normal no está indicado realizar un cariotipo de los cromosomas sexuales ni determinaciones de las hormonas correspondientes. Los tests psicológicos pueden revelar una identificación o unos patrones de comportamiento del otro sexo.

Los individuos con trastorno de la identidad sexual tienen genitales normales, en contraste con los genitales ambiguos o con el hipogonadismo encontrados en las enfermedades físi-

cas intersexuales. Los varones adolescentes y los adultos con este trastorno pueden presentar ginecomastia como consecuencia de la administración de hormonas, falta de vello debido a la depilación temporal o permanente, y otros cambios físicos como resultado de diversos procedimientos, como son la rinoplastia o la escisión del cartílago tiroideos (reducción quirúrgica de la manzana o de la nuez de Adán). En las mujeres que usan sujetadores se pueden observar pechos distorsionados o eritemas debido al uso de prendas de compresión. Las complicaciones posquirúrgicas que pueden presentarse en estas mujeres son cicatrices marcadas en la pared torácica, y en los varones estructuras vaginales, fístulas rectovaginales, estenosis uretrales y desviación del flujo urinario. Las mujeres con este trastorno tienen una probabilidad más alta de presentar el síndrome del ovario poliquístico.

Las mujeres con trastorno de la identidad sexual generalmente experimentan menos ostracismo debido a los intereses por el otro sexo, y pueden sufrir menos rechazo por parte de las amigas al menos hasta la adolescencia. Se ha observado que aproximadamente cinco chicos por cada chica que padecen este trastorno son enviados a centros especializados, pero en el caso de los hombres y de las mujeres, estos duplican o triplican el número de ingresos en estos centros. En los niños el sesgo con respecto a los varones puede reflejar parcialmente el mayor estigma que el comportamiento del otro sexo supone para niños y niñas.

El inicio de las actividades y del interés por el otro sexo en los niños que son enviados a centros especializados se presenta generalmente entre los 2 y los 4 años de edad, y algunos padres afirman que su hijo siempre ha presentado inclinaciones hacia el otro sexo. Sólo un pequeño número de niños con este trastorno continuará presentando síntomas que cumplan los criterios para el trastorno de la identidad sexual en las etapas avanzadas de la adolescencia o en la vida adulta. Frecuentemente, se envía a los niños a centros especializados a la edad de ir a la escuela, cuando los padres están preocupados porque lo que consideraban “*un período transitorio*” no parece remitir. La mayoría de los niños con trastorno de la identidad sexual muestran con el tiempo menos comportamientos típicos del otro sexo, menos preocupación por parte de los padres y menos rechazo por parte de los amigos. En las etapas avanzadas de la adolescencia o de la vida adulta, aproximadamente tres cuartas partes de los niños que han tenido una historia de trastorno de la identidad sexual afirman tener una

orientación homosexual o bisexual, pero sin ningún trastorno de la identidad sexual concurrente. La mayor parte del resto afirma ser heterosexual, también sin trastornos de la identidad sexual concurrentes. Los porcentajes correspondientes a la orientación sexual de las niñas no se conocen. Algunos adolescentes presentan una identificación más clara con el otro sexo y solicitan cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, o pueden continuar con confusión sexual o con disforia sexual de manera crónica.

En los varones adultos existen dos evoluciones diferentes en el trastorno de la identidad sexual. El primero es una continuación de este trastorno, que se inició en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, y son los individuos que se encuentran en la última etapa de la adolescencia o en la edad adulta. En la segunda forma los signos más evidentes de identificación con el otro sexo aparecen más tarde y de manera más gradual, con un cuadro clínico presente en las primeras etapas o en las etapas intermedias de la vida adulta frecuentemente después de, o algunas veces junto a fetichismo transvestista. El grupo de inicio más tardío puede fluctuar más en el grado de identificación del otro sexo, mostrar mayor ambivalencia en cuanto a la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, presentar una mayor probabilidad de sentir atracción por las mujeres y una menor probabilidad de satisfacción después de la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica. Los hombres con este trastorno que sienten atracción por otros hombres tienden a presentar, durante la adolescencia o en las primeras etapas de la vida adulta, antecedentes de disforia sexual. Por el contrario, quienes se sienten atraídos por las mujeres, por los hombres y por las mujeres, o por ninguno de ellos, tienden a ser detectados más tarde y a presentar antecedentes de fetichismo transvestista. Si el trastorno de la identidad sexual aparece en la etapa adulta tiende a tener un curso crónico, aunque algunas veces se han observado remisiones espontáneas.

El trastorno de la identidad sexual puede diferenciarse del comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo por la magnitud y por la extensión de los deseos, de los intereses y de las actividades propias del otro sexo. Este trastorno no se refiere al comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo, como por ejemplo los comportamientos de “*marimacho*” en las niñas y de “*afeminado*” en los niños. Por el contrario, el trastorno

representa una profunda alteración del sentido de identidad del individuo con respecto a la masculinización o a la feminización. Al comportamiento de los niños que no se corresponde con el estereotipo cultural de masculinidad o de femineidad no debe asignársele el diagnóstico de este trastorno a no ser que se dé todo el síndrome, con malestar y con deterioro.

El fetichismo transvestista aparece en hombres heterosexuales o bisexuales, para quienes el comportamiento transvestista tiene como finalidad la excitación sexual. Aparte del transvestismo, la mayoría de los individuos con fetichismo transvestista no presentan una historia de comportamientos típicos del otro sexo durante la infancia. Los varones con un cuadro clínico que cumpla todos los criterios para el trastorno de la identidad sexual, así como para el fetichismo transvestista, deben ser diagnosticados de ambos trastornos. Si aparece disforia sexual en un individuo con fetichismo transvestista, pero no se cumplen todos los criterios para el trastorno de la identidad sexual, puede usarse entonces la especificación con disforia sexual.

Puede usarse la categoría de trastorno de la identidad sexual no especificado para los individuos que tienen un problema de identidad sexual junto a una enfermedad intersexual congénita concurrente, como por ejemplo, síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita.

En la esquizofrenia rara vez hay ideas delirantes de pertenecer al otro sexo y la insistencia por parte de un 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. Sin embargo, en casos muy raros coexisten la esquizofrenia y el trastorno de la identidad sexual.

La categoría de *trastorno de la identidad sexual no especificado* se incluye para codificar los trastornos de la identidad sexual que no se clasifican como un trastorno de la identidad sexual específico. Los ejemplos incluyen:

- 1) Enfermedades intersexuales, como por ejemplo, síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita, y disforia sexual acompañante.
- 2) Comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés.
- 3) Preocupación persistente por la castración o por la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.

Y finalmente, la categoría de *trastorno sexual no especificado* se incluye para codificar los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico y que no constituyen una disfunción sexual ni una parafilia. Los ejemplos incluyen:

- 1) Sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual o a otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o de femineidad.
- 2) Malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados.
- 3) Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual.

4.3) Trayectoria de integración de las personas transexuales.

La trayectoria de integración se refiere al proceso por el que pasan las personas transexuales para aceptarse, ajustarse y expresar la identidad que les es propia, y está integrada por cinco fases que son la génesis, la determinación, la emancipación, los ajustes físicos y los ajustes posteriores (Zúñiga, 2003).

- 1) Génesis: La génesis alude al primer momento en el que una persona toma conciencia de la identidad con que se vive, ya sea como niño o como niña, como hombre o como mujer. Esta identidad es censurada por las personas de su entorno por no corresponder, según las convenciones comunes, al sexo biológico ni al género de asignación con el que se le ha etiquetado desde el nacimiento. Generalmente esto lo sumirá en una serie de crisis, y la persona se tratará de ajustar a lo que el medio social le demanda y a lo que experimenta como verdadera identidad, la mayoría de las veces con confusión, con miedo y con incertidumbre, culpando y aborreciendo su anatomía y su fisiología, luchando entre expre-

sar cautelosa y tímidamente conductas que él o que ella considera adecuadas o soportar estoicamente, actuando según las demandas sociales, tratando de ganar aprobación y tratando de entender qué es lo que está mal con él o con ella.

- 2) Determinación: Es el momento en el cual la persona, pese a las censuras del medio social y a lo que pudieran indicar unos órganos sexuales que no reconoce como propios, da por hecho que la identidad escondida que reconoce como propia es la más importante, y que por circunstancias que no entiende del todo se ve obligado u obligada a llevar una vida de apariencias, se resigna por lo menos en parte a cumplir con el papel que le demandan, sabiéndose en el fondo diferente y aguardando pacientemente el momento, difuso y a veces pensando en términos mágicos, en el que su cuerpo cambiará de alguna manera y en algún momento. Aunque pueda aún haber confusiones o no haber una claridad total, para la persona es un hecho que desea modificar su cuerpo y su vida, y que tratará de dar pasos en la dirección de este cambio.
- 3) Emancipación: Aquí la persona transexual ha decidido vivir de acuerdo con su sentir, aunque esto le implique ponerse en contracorriente con el mundo, y comienza a experimentar con vivirse públicamente con las ropas y con los comportamientos correspondientes al sexo y al género que siente que le va mejor. Esto puede considerarse como el primer paso hacia una transformación mayor en la vida que ha tenido hasta el momento.
- 4) Ajustes físicos: En esta etapa se llevan a cabo modificaciones hormonales y quirúrgicas, con la idea de ajustar el cuerpo a la mente, es decir, a la imagen sexogenérica proclamada.
- 5) Ajustes posteriores: En general, aquí entrarán los ajustes que se requerirán después de una cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, o de no realizarse esta, ajustes que se requieran después de que la persona se ha asumido y ha vivido en el sexo y en el género proclamado por más de un año.

Entre las etapas intermedias puede darse cierto traslapamiento, particularmente en las personas que presentan la transexualidad secundaria a transvestismo. Por ejemplo, una persona puede comenzar a experimentar con hormonas o a aparecer en forma ocasional con vestimentas de un sexo y de un género transpuesto antes de llegar a la claridad de considerarse una persona transexual y buscar modificaciones físicas.

Capítulo 5) Normas mínimas de atención de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénerica y Transexual (*World Professional Association for Transgender Health, WPATH*) para personas que sufren disforia de género o disforia sexogénica.

El principal propósito de los estándares de tratamiento es el de articular el consenso internacional de las organizaciones profesionales sobre el manejo psiquiátrico, psicológico, médico y quirúrgico de los trastornos de identidad de sexogénica (WPATH, 2001).

El objetivo general de los procedimientos psicológicos, endocrinos y quirúrgicos para personas con trastornos de identidad sexogénica, es el de conseguir la congruencia con su propia identidad sexual y de género, con la finalidad de aumentar su bienestar psicológico y su autorrealización.

Estas normas incluyen los preceptos mínimos para la atención profesional de las personas transexuales y están estructuradas en cinco etapas o en cinco aspectos fundamentales que son un diagnóstico preciso dentro de un umbral clínico, psicoterapia de acompañamiento, la administración de hormonas, la experiencia de la vida real y diversos procedimientos quirúrgicos.

Se traspasa el umbral clínico subyacente cuando las inquietudes, las incertidumbres y las interrogantes sobre la identidad sexogénica persisten durante el desarrollo de una persona, volviéndose tan intensas que parecen ser el aspecto más importante de su vida o cuando impiden el desarrollo de una identidad sexogénica relativamente sin conflictos.

Los conflictos de esa persona son entonces reconocidos como un problema de identidad sexogénica, como una disforia sexogénica o como una condición transexual. Todos estos conflictos se sabe que ocurren desde la edad preescolar hasta la vejez, y tienen diversas formas alternativas. Estas variadas formas reflejan varios grados de insatisfacción personal con la identidad sexual, con la anatomía característica de cada género, con el rol de género, con la identidad de sexogénica y con las percepciones de los demás sobre esa persona.

Cuando estas insatisfacciones personales reúnen los criterios especificados en una de las dos clasificaciones oficiales que son la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), a estas personas se les diagnostica como individuos que sufren un trastorno de identidad de sexo, un trastorno de identidad de género o un trastorno de identidad sexogenérica; y algunas personas con estos trastornos sobrepasan cualquier límite, estando permanentemente dominados por el deseo de transformar quirúrgicamente sus cuerpos.

Principalmente, hay dos colectivos con trastorno de identidad sexogenérica: Los hombres biológicos y las mujeres biológicas. El sexo de un paciente siempre es un factor fundamental para el manejo de los trastornos de identidad sexogenérica, y los profesionales de la salud deben tener en cuenta de manera separada por cada sexo las diferencias biológicas, sociales, psicológicas e incluso las diferencias económicas de cada uno de ellos. En todo caso, todos los y las pacientes deberán seguir los estándares de tratamiento.

Una vez realizado el diagnóstico de trastorno de identidad sexogenérica, las medidas terapéuticas generalmente incluyen tres elementos o fases (etiquetadas por algunos como terapia trifásica):

- 1) La experiencia de vivir la vida real en el rol sexogenérico deseado.
- 2) La administración de hormonas del género o del sexo al que se aspira.
- 3) Y la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, además de cambiar otras características sexuales secundarias.

Hay cinco observaciones, aún no firmemente establecidas desde el punto de vista científico, que deben poner en guardia a los clínicos antes de prescribir la secuencia del tratamiento trifásico para no basarse sólo en el diagnóstico:

- Algunas personas, pese a estar cuidadosamente diagnosticadas, cambian espontáneamente sus aspiraciones.

- Otras personas consiguen una acomodación más satisfactoria a su identidad sexogenérica sin recurrir a intervenciones médicas.
- Otras personas renuncian a seguir el tratamiento trifásico durante la psicoterapia.
- Algunas clínicas de identidad sexogenérica tienen inexplicables tasas altas de renuncias.
- Y el porcentaje de pacientes que no se benefician con el tratamiento trifásico varía ampliamente de un estudio a otro.

Muchas personas con trastorno de identidad sexogenérica desearán seguir las tres fases de la terapia, y típicamente las tres fases de la terapia llevan el siguiente orden: hormonas, experiencia de la vida real y cirugía; o bien otras veces: experiencia de vida real, hormonas y en tercer lugar la cirugía. En el caso de mujeres biológicas, la secuencia preferida puede ser: hormonas, cirugía de las mamas y en tercer lugar la experiencia de vida real.

Por otra parte, el diagnóstico de trastorno de identidad sexogenérica conlleva la consideración de una variedad de opciones terapéuticas, de las cuales la terapia trifásica completa es sólo una de esas opciones. Los clínicos deberán tener mucho cuidado para entender que no todas las personas con trastornos de identidad sexogenérica necesitan o quieren los tres elementos de la terapia trifásica.

Incluso si los estudios epidemiológicos establecieran que hay una proporción similar en cuanto a la existencia de trastornos de identidad sexogenérica en todo el mundo, es posible que las diferencias culturales de un país a otro puedan alterar las expresiones del comportamiento de personas con esta condición. Además, el acceso al tratamiento, el costo de este, las terapias ofrecidas, la actitud social con los afectados e incluso los profesionales que les prestan asistencia pueden variar ampliamente de un lugar a otro.

Los profesionales de la salud mental que trabajan con individuos que padecen trastornos de identidad sexogenérica pueden ser consultados con regularidad para realizar varias de estas actuaciones profesionales:

- Diagnosticar correctamente el trastorno sexogenérico del individuo.

- Diagnosticar correctamente cualquier condición psiquiátrica o psicológica comórbida y asegurar su tratamiento apropiado.
- Aconsejar al individuo sobre las diversas posibilidades de tratamiento y sobre sus implicaciones.
- Ocuparse de la psicoterapia.
- Determinar la elegibilidad y la disponibilidad para las intervenciones hormonales y quirúrgicas.
- Hacer informes profesionales a colegas médicos y cirujanos.
- Documentar la historia relevante de sus pacientes en un informe clínico.
- Estar integrado en un equipo de profesionales con interés en los trastornos de identidad sexogenérica.
- Educar a los miembros de la familia, a los empleados y a las instituciones sobre los desórdenes de identidad sexogenérica.
- Y realizar el seguimiento de pacientes previamente vistos.

La formación del profesional de la salud mental que se especializa en trastornos de identidad sexogenérica de adultos está basada en poseer competencias clínicas generales en el diagnóstico y para el tratamiento de los trastornos mentales o emocionales. La formación clínica básica puede encontrarse en cualquier disciplina reconocida oficialmente, como por ejemplo psicología, psiquiatría, trabajador social, orientador psicopedagógico o enfermería. Los siguientes puntos son los requisitos mínimos para conseguir una aptitud especial con los trastornos de identidad sexogenérica:

- Grado de licenciatura o su equivalente en un campo científico relacionado con el comportamiento. Este grado, o superior, debe estar acreditado por una institución reconocida regional o nacionalmente. El profesional de salud mental debe tener acreditaciones escritas por un servicio de formación apropiado y un título.
- Formación especializada y competencia en la evaluación de los trastornos sexuales del DSM-IV-TR o de la CIE-10, no solamente de los trastornos de identidad sexogenérica.
- Formación supervisada y documentada, y aptitud en psicoterapia.

- Formación continua en el tratamiento de los trastornos de identidad sexogenérica que puede incluir asistencia a reuniones profesionales, talleres de trabajo, seminarios o participación en investigaciones relacionadas con el tema de los problemas identidad sexogenérica.

El profesional que evalúa y que ofrece terapia a un niño o a un adolescente con trastorno de identidad sexogenérica inicial, debe tener formación en el desarrollo de la psicopatología de la infancia y de la adolescencia. El profesional debe ser competente para diagnosticar y para tratar los problemas habituales de los niños y de los adolescentes, y se entiende que estos requerimientos son además de los que tiene el especialista de adultos.

Los estándares de tratamiento proporcionan requisitos de elegibilidad para el tratamiento hormonal y quirúrgico, y sin cumplir primero los requisitos de elegibilidad, el paciente y el terapeuta no deben solicitar tratamiento hormonal ni quirúrgico. Un ejemplo de requisito de elegibilidad es que una persona debe vivir de tiempo completo en el género sentido durante doce meses antes de la cirugía de reconstrucción genital; y para cumplir con este criterio, el profesional necesita informarse que la experiencia de vida real se ha realizado durante este tiempo. Cumplir los criterios de disponibilidad (cualquier consolidación en la evolución de la identidad sexogenérica o mejora de la salud mental en el rol sexogenérico nuevo o confirmado) es más complicado, porque se basa tanto en el juicio del médico como en los deseos del paciente.

Los profesionales de la salud mental que recomiendan terapia hormonal y quirúrgica, al realizar esa decisión comparten la responsabilidad legal y ética con el médico que prescribe el tratamiento. El tratamiento hormonal con frecuencia puede aliviar la ansiedad y la depresión en las personas sin el uso adicional de medicamentos psicotrópicos, sin embargo, algunos individuos de todas formas necesitan medicación psicotrópica antes de, o en concurrencia con la toma de hormonas o con la intervención quirúrgica.

Se espera del profesional de la salud mental que tome estas decisiones y que se encargue de que se den al paciente los medicamentos psicotrópicos apropiados. La presencia de

comorbosidades psicológicas o psiquiátricas no excluye necesariamente el tratamiento hormonal ni el quirúrgico, pero algunos diagnósticos poseen dilemas que dificultan el tratamiento y pueden retrasar o excluir el uso de ambos tratamientos.

Los informes del profesional de la salud mental para la terapia hormonal o quirúrgica deben especificar sucintamente:

- 1) Las características generales de identificación del paciente.
- 2) El género sexual inicial y evolucionado, y otros diagnósticos clínicos.
- 3) La duración de su relación profesional, incluyendo el tipo de psicoterapia o de evaluación a la que se halla sometido el paciente.
- 4) Los criterios de elegibilidad que se han cumplido y los razonamientos del profesional de la salud mental para la terapia hormonal o quirúrgica.
- 5) El grado en que el paciente ha seguido el protocolo de atención médica y su probable conformidad en el futuro.
- 6) Si el autor del informe es parte de un equipo sexogenérico.
- 7) Que el autor del informe acepte recibir una llamada telefónica para verificar que ha escrito el informe, tal y como se describe en este documento.

La organización y la perfección de estos informes proporcionan al médico que prescribe las hormonas y al cirujano un importante nivel de garantía de que el profesional de la salud mental es un entendido en los temas sexogenéricos y competente en su papel de profesional de la salud mental.

Es suficiente un informe de un profesional de la salud mental, incluyendo los siete puntos mencionados anteriormente, dirigido al profesional médico que será responsable del tratamiento endocrinológico del paciente para instituir la terapia hormonal o para remitirlo a cirugía de los pechos, como por ejemplo mastectomía, reconstrucción de los pechos o mamoplastia de aumento.

La cirugía genital para hombres biológicos puede incluir orquiectomía, penectomía, clitoroplastia, labioplastia o creación de una neovagina; y para mujeres biológicas puede incluir histerectomía, salpingooforectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia, colocación de prótesis testiculares o creación de un neofalo.

Lo ideal es que el profesional de la salud mental dirija sus actividades y su informe de estos procesos periódicamente a un equipo de otros profesionales de la salud mental y a médicos no psiquiatras. Un informe al médico que realiza la cirugía genital deberá ser suficientemente extenso y detallado, y firmado por dos profesionales de salud mental.

De todas formas, lo más común es que los informes suelen ser de profesionales de la salud mental que trabajan solos, sin colegas experimentados con los trastornos de identidad sexogenérica. Se requieren dos informes antes de iniciar el tratamiento hormonal o el tratamiento quirúrgico, porque los profesionales que trabajan independientemente pueden no tener la ventaja de la consulta a un profesional que esté familiarizado con casos sexogenéricos. Si el primer informe es de una persona con grado de licenciatura, el segundo informe deberá ser de un psiquiatra o de un psicólogo clínico, ambos con nivel de doctor, y de quienes puede esperarse una valoración adecuada de las condiciones psiquiátricas comórbidas. Si el primer informe es del psicoterapeuta del paciente, el segundo informe debe ser de una persona que sólo ha jugado un papel evaluativo con el paciente. De todas formas se espera de cada autor que cubra los mismos tópicos. Al menos uno de los informes deberá ser extenso y detallado. El autor del segundo informe, habiendo leído el primer informe, puede limitarse a hacer un breve resumen y de acuerdo con la recomendación del primer informe.

El esfuerzo del especialista en salud mental infantil es el de suministrar una evaluación y un tratamiento como más ampliamente señalan las siguientes líneas:

- 1) El profesional debe reconocer y aceptar el problema de la identidad sexogenérica, ya que la aceptación y la eliminación del secretismo puede proporcionar notable alivio.
- 2) La evaluación debe explorar la naturaleza y las características de la identidad sexogenérica del niño, de la niña o del o de la adolescente. Debe realizarse tanto un psicodiagnósti-

co completo como una evaluación psiquiátrica. Para que el diagnóstico se complete debe incluir una valoración de la familia, debido a que son muy comunes otros problemas emocionales y del comportamiento y no pueden resolverse frecuentemente en el medio ambiente en que se desenvuelve el niño o la niña.

- 3) La terapia debe dirigirse a mejorar cualquiera de los problemas comórbidos de la vida del niño o de la niña, y en reducir la angustia que experimenta sobre su problema de identidad sexogenérica y sobre otras dificultades. El niño o la niña y su familia deben ser apoyados en la difícil decisión que se ha presentado y que permitirá al niño o a la niña asumir un rol sexogenérico congruente con su identidad sexogenérica. Esto incluye aspectos como si es conveniente informar a otros de su situación y de cómo los demás deberán responder ante esta situación en la vida de estos chicos; por ejemplo, se trata de si los chicos deberán acudir a la escuela usando nombre y vestimentas contrarios al de su sexo biológico. También debe ayudárseles a aguantar la incertidumbre y la ansiedad en relación con la expresión sexogenérica de los niños y cómo manejarlos mejor; y las reuniones del equipo profesional pueden ser muy útiles para encontrar soluciones adecuadas a estos problemas.

Antes de la consideración de cualquier intervención física, debe realizarse una extensa exploración con respecto a los aspectos psicológicos, familiares y sociales. Las intervenciones físicas deben ser dirigidas en el contexto del desarrollo del adolescente. El desarrollo de la identidad sexogenérica en los adolescentes puede evolucionar rápida e inesperadamente. El cambio hacia una conformidad con su sexo y con su género puede ocurrir en el adolescente simplemente por agrandar a su familia, y puede no persistir o no reflejar un cambio permanente en su identidad sexogenérica.

Los sentimientos de identidad en los adolescentes pueden ser tan firmemente expresados y sostenidos que dan lugar a una falsa impresión de irreversibilidad, para posteriormente volverse más flexibles en épocas posteriores. Por estas razones, las actuaciones de tipo irreversible deben ser retrasadas hasta que sean clínicamente adecuadas. Las presiones para realizar actuaciones de carácter físico por el nivel de distrés del adolescente pueden ser grandes,

y en esas circunstancias hay que considerar el envío del individuo a un servicio especializado multidisciplinario en los sitios donde este exista.

Las actuaciones de carácter físico se pueden clasificar en tres categorías:

- a) Actuaciones médicas totalmente reversibles, que comprenden el uso de los agonistas del factor liberador de la hormona luteinizante (LHRF) o de la medroxiprogesterona para suprimir la producción de estrógenos o de testosterona respectivamente, y en consecuencia detener los cambios físicos de la pubertad.
- b) Actuaciones médicas parcialmente reversibles, en las que se incluyen prescripciones hormonales que masculinizan o feminizan el cuerpo, como la administración de testosterona a mujeres biológicas y de estrógenos a hombres biológicos.
- c) Actuaciones irreversibles, que básicamente son las intervenciones quirúrgicas.

Se recomienda actuar escalonadamente usando algunas de las opciones previstas en las dos primeras categorías, y no se debe pasar de una a otra hasta después de un tiempo adecuado para que el o la joven y su familia asimilen totalmente los efectos de las primeras actuaciones.

Los adolescentes pueden ser elegibles para que se les prescriba hormonas que detengan el desarrollo de la pubertad tan pronto como aparezcan las primeras señales de esta. En razón de que los adolescentes y sus padres tengan y adopten una decisión informada acerca de la detención de la pubertad, se recomienda que estos adolescentes experimenten la aparición de la pubertad en la de su sexo biológico cuando se encuentren, al menos, en el estadio segundo de la escala de Tanner del desarrollo físico puberal. Si por razones clínicas se cree conveniente actuar en interés del paciente en estadios clínicos más tempranos, se debe contar con el consejo del endocrinólogo pediátrico y con más de una opinión de psiquiatras.

Esta actuación se justifica por dos objetivos: ganar tiempo para posteriores exploraciones de la identidad sexogenérica y de otros asuntos relacionados con la psicoterapia, y hacer el cambio más fácil si el adolescente continúa en su deseo de conseguir la reasignación integral

para la concordancia sexogenérica. En orden a suministrar hormonas a un adolescente que detengan la pubertad, deberán tenerse en cuenta estos criterios:

- Que a lo largo de su infancia el adolescente haya mostrado un cuadro persistente e intenso identidad sexogenérica cruzada y un sentimiento de aversión por el papel de género que le toca desempeñar.
- Que la incongruencia entre el sexo y el género se haya incrementado significativamente desde el inicio de la pubertad.
- Y que la familia consienta y participe en la terapia.

Los adolescentes pueden ser elegibles para comenzar la terapia hormonal de masculinización o de feminización como muy pronto a los 16 años de edad, preferiblemente con el consentimiento de sus padres. En muchos países los 16 años es la edad legal para poder tomar decisiones médicas y no se requiere el consentimiento de los padres. La participación de los profesionales de la salud mental es un requerimiento de elegibilidad para iniciar la terapia trifásica durante la adolescencia, y para llevar a cabo la experiencia de vida real o la terapia hormonal el profesional de la salud mental debe participar con el paciente y con la familia durante un mínimo de seis meses.

Por otra parte, el número de sesiones durante este periodo de seis meses queda a juicio del clínico, intentando que tanto la experiencia de vida real como las hormonas sean consideradas cuidadosamente y periódicamente en todo momento. En aquellos pacientes que ya han comenzado la experiencia de vida real antes de ser vistos, el profesional debe trabajar muy estrechamente con ellos y con sus familias, con un seguimiento muy atento de qué es lo que ha venido sucediendo.

No se debe realizar ninguna intervención quirúrgica antes de la edad adulta, o antes de realizar la experiencia de vida real durante dos años en el papel del género al que se aspira. El umbral de los 18 años de edad debe ser visto como un criterio de elegibilidad y no como una indicación por sí misma de una intervención activa.

Muchos adultos con trastornos de identidad sexogenérica encuentran formas positivas y eficaces de vida que no requieren aplicar todos los componentes de la secuencia de tratamiento trifásico. Aunque algunas personas consigan hacerlo por sus propios medios, el acompañamiento psicológico o en su caso la psicoterapia puede ser de gran utilidad para desencadenar los procesos madurativos y de descubrimiento que permitan al individuo sentirse bien consigo mismo.

En los adultos la psicoterapia no es un requisito indispensable para la terapia trifásica ya que no todos estos pacientes adultos necesitan psicoterapia previa a la experiencia en la vida real, al tratamiento hormonal o a la cirugía. Los programas deben diseñarse en función de la necesidad de psicoterapia que sienta el individuo, y cuando la evaluación inicial del profesional de la salud mental aconseje recurrir a la psicoterapia, el médico deberá especificar cuáles van a ser los objetivos del tratamiento y determinar su frecuencia y su duración. No se requiere un número mínimo de sesiones de psicoterapia previas a la ingesta de hormonas, a la experiencia de la vida real o la cirugía por tres razones:

- a) Los pacientes manifiestan grandes diferencias individuales en cuanto a su capacidad para lograr metas similares en un mismo periodo de tiempo.
- b) Se suele introducir un número mínimo de sesiones para separarlo del verdadero crecimiento personal.
- c) Y el profesional de la salud mental puede ser un importante apoyo para el paciente a lo largo de todas las fases de la transición sexogenérica.

A partir de programas individuales se pueden establecer criterios que ayuden a tomar una decisión sobre el número mínimo de sesiones o de meses de psicoterapia.

El profesional de la salud mental que realice la evaluación inicial no tiene por qué ser el psicoterapeuta. Si los miembros de un equipo de identidad sexogenérica no hacen psicoterapia, el psicoterapeuta debe ser informado de que debe emitir un informe en el que se describa el tratamiento seguido por el paciente para que este pueda proseguir con su siguiente fase de tratamiento.

Muchas veces la psicoterapia proporciona información sobre una serie de opciones sobre las que el paciente quizás no haya reflexionado. En las sesiones se hace hincapié en la necesidad de fijar metas realistas para el trabajo y para las relaciones en la vida. Asimismo, se intentan aclarar y aliviar los conflictos del paciente de manera que este pueda tener un estilo de vida estable.

El primer paso para lograr el éxito en la labor del profesional de la salud mental es establecer una relación de confianza con el paciente, y para este fin suele realizarse una exploración adecuada y sin juicios de valor con el paciente sobre su situación sexogenérica durante la evaluación diagnóstica inicial. Posteriormente se pueden tratar otros temas, una vez que el paciente comience a ver que el profesional de la salud mental tiene interés y que comprende su situación. Lo ideal es que el trabajo del profesional de la salud mental trate de abordar toda la complejidad de la persona, sin limitarse a definir su sexo ni su género.

El objetivo de la terapia, el de ayudar al individuo a vivir más a gusto dentro de su cuerpo adoptando un rol sexogenérico, también supone afrontar con eficacia los problemas no relacionados con el género. El profesional de la salud mental generalmente trata de facilitar la adaptación laboral del paciente y de lograr que este sea capaz de entablar o de mantener relaciones de apoyo mutuo. El concepto de la identidad sexogenérica del facultativo debe ser más amplio, puesto que constituye un aspecto íntimamente relacionado con todos los ámbitos de la vida.

Además de que se logren estos objetivos iniciales, los profesionales de la salud mental deben hablar con el paciente sobre la posibilidad de que a pesar de los tratamientos educativos, psicoterapéuticos, médicos o quirúrgicos, no se pueden erradicar de forma permanente todos los vestigios del sexo biológico, del género de asignación ni de las experiencias previas que ha tenido en ese género.

La psicoterapia no intenta curar el desorden de identidad sexogenérica, y su fin último es lograr que la persona tenga un estilo de vida estable a largo plazo con posibilidades reales

de éxito en sus relaciones, en su educación, en su trabajo así como en la expresión de su identidad sexogenérica.

El terapeuta debe dejar claro que el paciente tiene derecho a elegir entre distintas opciones, e incluso si lo desea puede ir experimentando con diversos métodos. El terapeuta debe estar seguro de que el paciente comprende los conceptos de elegibilidad y de disponibilidad, dado que ambos deben cooperar para determinar cuáles son los problemas del paciente y para evaluar los progresos realizados. La colaboración impide que se llegue a un punto muerto en el que el terapeuta parezca que evita hacer recomendaciones de forma innecesaria y que el paciente sienta una profunda desconfianza que no le permita compartir libremente con él sus pensamientos, sus emociones, sus sentimientos, sus sensaciones, sus experiencias y sus relaciones.

La psicoterapia puede resultar muy beneficiosa en todas las fases de la evolución de la identidad sexogenérica, y esto incluye el periodo postquirúrgico cuando se suprimen los obstáculos anatómicos que impiden a la persona encontrarse a gusto con su propio sexo y con su propio género, pero sin embargo, sigue sin sentirse bien y no es capaz de vivir con su nuevo rol sexogenérico.

Las actividades y los procesos que se indican a continuación, aplicadas en distintas combinaciones, han ayudado a muchas personas a encontrar un mayor confort personal. Estas adaptaciones pueden aparecer de manera espontánea o bien durante la psicoterapia. Encontrar una nueva forma de adaptarse al sexo y al género sentido no quiere decir que la persona en el futuro no vaya a tener tratamiento hormonal, la experiencia de la vida real o la cirugía genital.

▪ Actividades:

a) Hombres biológicos:

- Llevar indumentaria propia del otro sexo, como ropa interior discreta de estilo unisex o claramente femenina.

- Introducir modificaciones corporales como depilación por electrólisis o con cera, intervenciones quirúrgicas cosméticas o plásticas menores, etc.
 - Cuidar su aspecto, su vestuario y su expresión verbal.
- b) Mujeres biológicas:
- Llevar indumentaria propia del otro sexo, como ropa interior discreta de estilo unisex o claramente masculina.
 - Cambiar su cuerpo vendándose el pecho, haciendo ejercicios con pesas, aplicándose vello facial para actores, etc.
 - Poniéndose relleno en la zona genital o llevando una prótesis de pene.
- c) Para ambos sexos:
- Informándose sobre la reasignación sexual por medio de grupos de apoyo y de identificación sexual, comunicación con personas con condiciones similares a través de Internet, estudiando estos estándares de asistencia, consultando bibliografía divulgativa y profesional relevante sobre sus derechos legales relativos al trabajo, a las relaciones y a la vestimenta del género contrario.
 - Participación en actividades lúdicas propias del sexo y del género al que aspiran.
 - Y vivir episodios como transexual.
- Métodos:
- a) Aceptar las fantasías y las conductas (orientación) personales homosexuales o bisexuales como algo distinto de las aspiraciones de actuar según el rol del otro sexo.
- b) Aceptar la necesidad de mantener su puesto de trabajo, de responder a las necesidades emocionales de los hijos, de cumplir posibles compromisos matrimoniales o tratar de no hacer daño a un miembro de la familia; todo esto con el fin de demostrar que antepone una serie de prioridades a su deseo personal de mostrarse constantemente como si perteneciera al otro sexo.
- c) Integrarse con identidad masculina o femenina en la vida diaria.
- d) Buscar los factores que despiertan más sus ansias de cambiar de sexo y responder a ellos de forma eficaz. Por ejemplo, mejorar sus habilidades de autoprotección, de autoafirmación y vocacionales para progresar en su trabajo y resolver posibles disputas interpersonales con el fin de fortalecer las relaciones importantes.

Los tratamientos hormonales del otro género son muy importantes en la reasignación integral para la concordancia sexogenérica, tanto en el proceso de transición anatómico como en el psicológico de adultos con trastornos de la identidad sexogenérica convenientemente seleccionados. Estas hormonas son necesarias desde el punto de vista médico para una vida exitosa de la persona en su nuevo género, permiten mejorar la calidad de vida y reducen la morbilidad psiquiátrica asociada que suele darse en los casos en que no se aplica este tratamiento. Cuando el médico administra andrógenos a las mujeres biológicas y estrógenos, progestágenos o agentes bloqueadores de la testosterona a varones biológicos, los pacientes se sienten y tienen un aspecto más similar a los miembros del sexo y del género al que aspiran.

La administración de hormonas no debe tomarse a la ligera debido a sus riesgos tanto médicos como sociales, y para ello conviene tener en cuenta tres criterios:

- a) Tener al menos 18 años de edad.
- b) Poseer conocimientos demostrables sobre lo que se puede esperar de las hormonas desde el punto de vista médico y sobre lo que no, así como sobre sus ventajas y sus riesgos sociales.
- c) Tener:
 - Una experiencia en la vida real documentada durante al menos tres meses antes de comenzar con la administración de hormonas.
 - O bien, un periodo de psicoterapia cuya duración debe determinar el profesional de la salud mental tras una evaluación inicial (generalmente un mínimo de tres meses).

En circunstancias muy concretas puede ser aceptable el hecho de suministrar hormonas a pacientes que no han cumplido totalmente el último criterio, por ejemplo, para facilitar el suministro de terapia monitorizada usando hormonas de calidad conocida, como alternativa a que este paciente concretamente las compre en el mercado negro o las use de modo inaceptable.

Existen tres criterios de disponibilidad que son los siguientes:

- a) Que el paciente haya demostrado una mayor consolidación de su identidad sexogenérica durante la experiencia en la vida real o en la psicoterapia.
- b) Que el paciente haya realizado algún progreso para controlar otros problemas con el fin de mejorar o de mantener una salud mental estable (esto implica la ausencia de problemas como sociopatías, abuso de sustancias, psicosis, tendencias suicidas, etc.).
- c) Y que las hormonas se vayan a tomar de una forma responsable.

Se pueden administrar hormonas a personas que rechazan la cirugía o la experiencia en la vida real, pero siempre tras un diagnóstico y un tratamiento de psicoterapia con un profesional de la salud mental cualificado, siguiendo las normas mínimas antes indicadas. La terapia hormonal les puede suministrar un mayor confort a los pacientes no desean vivir en el otro género o someterse a cirugía, o que están incapacitados para hacerlo. En algunos de estos pacientes la terapia hormonal les puede suministrar suficientes datos sintomáticos para poder obviar la necesidad de vivir en el otro género o de someterse a cirugía.

Los máximos efectos físicos de las hormonas pueden no ser evidentes hasta por lo menos dos años de tratamiento continuo. Las limitaciones de carácter hereditario reducen la capacidad de los tejidos para responder a las hormonas y esto no puede obviarse simplemente aumentando las dosis. Realmente, el grado de efecto obtenido en la actualidad varía de uno a otro paciente.

Los hombres biológicos tratados con estrógenos pueden tener expectativas realistas de conseguir los siguientes resultados: crecimiento de las mamas, cierta redistribución de la grasa corporal más parecida a la del cuerpo femenino, reducción de la fuerza física de la parte superior del cuerpo, piel más suave, disminución del vello corporal, retardo o interrupción del proceso de caída del cabello, reducción de la fertilidad y del tamaño de los testículos, y erecciones menos firmes y frecuentes. La mayoría de estos cambios son reversibles, aunque el aumento del tamaño de las mamas no lo será totalmente aunque se interrumpa el tratamiento.

En las mujeres biológicas tratadas con testosterona pueden esperarse los siguientes cambios de carácter permanente: tono de voz grave, hipertrofia del clítoris, atrofia mamaria leve, incremento del vello facial y corporal, y alopecia de distribución similar a la masculina. Los cambios reversibles incluyen el aumento de la fuerza muscular, aumento de peso, mayor interés social y sexual, mayor capacidad de excitación y descenso en el volumen adiposo de las caderas.

Los pacientes con problemas médicos o con riesgo de tener una enfermedad cardiovascular, pueden más fácilmente tener consecuencias graves o hasta morir con el tratamiento de hormonas del otro sexo. Por ejemplo fumar, la obesidad, la edad avanzada, las enfermedades cardíacas, la hipertensión, las alteraciones de la coagulación de la sangre, los procesos malignos y ciertas alteraciones endocrinas contraindican relativamente el tratamiento hormonal. Por otra parte, hay pacientes que por lo que sea no toleran el tratamiento hormonal y por lo tanto, aunque las hormonas pueden ser beneficiosas para la salud, también tienen ciertos riesgos. Conviene que el médico que las prescribe y el paciente que las recibe valoren la relación riesgo-beneficio y actúen en consecuencia.

Los efectos secundarios indeseables en varones biológicos tratados con estrógenos y con progestágenos, son los de producir un aumento de la coagulabilidad de la sangre (dando lugar a trombosis venosas, con riesgo de que se produzca una embolia pulmonar letal), también el desarrollo de prolactinomas pituitarios benignos, infertilidad, aumento de peso, labilidad emocional, enfermedades hepáticas, formación de cálculos en la vesícula, somnolencia, hipertensión y diabetes mellitus.

En las mujeres biológicas tratadas con testosterona, los efectos secundarios más frecuentes son infertilidad, acné, labilidad emocional, aumento del deseo sexual, cambio en los perfiles lipídicos como en los niveles normales en varones, con lo que se incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares y la posibilidad de desarrollar tumores hepáticos benignos o malignos y/o disfunciones en este órgano.

Las hormonas tienen que ser prescritas por un médico y no deben ser administradas sin una correcta evaluación psicológica y médica, antes y durante el tratamiento. Los pacientes que no conozcan los requisitos de elegibilidad y de disponibilidad, así como los que no conozcan los estándares de tratamiento deben recibir la información correspondiente. Esta sería una buena ocasión para que sean remitidos a profesionales de la salud mental con experiencia en trastornos de la identidad sexogenérica.

No es necesario que el médico que prescriba el tratamiento hormonal y que realiza la supervisión médica sea especialista en endocrinología, pero sí que conozca perfectamente los aspectos médicos y psicológicos relevantes que conlleva el tratamiento de personas con problemas de identidad sexogenérica.

Tras realizar un historial clínico completo, una exploración física y un examen de laboratorio, el médico debe revisar de nuevo los efectos beneficiosos e indeseables del tratamiento hormonal, especialmente aquellas complicaciones que puedan amenazar seriamente la vida del paciente. Evidentemente, el paciente debe tener la capacidad para valorar los beneficios y los riesgos del tratamiento, tener respuesta a sus preguntas y estar de acuerdo con que se le controle el tratamiento. El historial médico debe contener un consentimiento informado en el que se reflejará que se han comentado los riesgos y los posibles beneficios de la terapia hormonal.

Los médicos tienen amplio margen para prescribir una gran variedad de hormonas así como sus vías de administración, según los diferentes pacientes. Las opciones disponibles varían desde preparados por vía oral, inyectables, hasta parches transdérmicos. El uso de parches de estrógenos es una opción que debe ser tomada en cuenta en los pacientes mayores de 40 años de edad y en los que presenta un historial de anomalías de la coagulación o un historial de trombosis venosas. La testosterona en parches se usa en mujeres que no quieren inyectarse.

En ausencia de cualquier otra patología médica, quirúrgica o psiquiátrica, el control médico básico debería comprender exámenes físicos en serie que fueran poniendo de manifiesto

los efectos del tratamiento y los efectos indeseables, los signos vitales antes y durante el tratamiento, controles del peso y datos del laboratorio. Los pacientes con problemas de identidad sexogenérica, estén tomando hormonas o no, deben ser monitoreados para el control de procesos malignos pélvicos como los demás pacientes.

Para los pacientes que reciben estrógenos, los controles mínimos de laboratorio deben consistir en medir el nivel de testosterona antes de comenzar el tratamiento, la glucosa en ayunas, una prueba de funcionamiento hepático y un recuento completo de células sanguíneas, que deberán repetirse a los 6 meses, a los 12 meses y luego al menos anualmente. También, antes de comenzar el tratamiento debe conocerse el nivel de prolactina y repetirlo al año, a los 2 años y a los 3 años. Si no aparece una hiperprolactinemia en este tiempo, no hay porqué realizar determinaciones posteriores.

Los hombres biológicos sometidos a tratamiento con estrógenos deben ser monitoreados con el objeto de detectar cáncer de mama, así como ser instruidos en las técnicas de autoexamen de sus pechos. También, cuando se vayan haciendo mayores, deben ser controlados para detectar el cáncer de próstata si no se realizó la extirpación de este órgano.

Para las personas que reciben andrógenos, los controles mínimos de laboratorio deben consistir en el estudio de la función hepática antes de comenzar el tratamiento así como un recuento sanguíneo completo, mismos que se repetirán a los 6 meses, a los 12 meses y luego anualmente. Una palpación anual del hígado también debe ser tomada en cuenta.

Los médicos deben proporcionar a sus pacientes un documento escrito señalando que el o la portadora está sometido(a) a tratamiento médico que incluye la administración de hormonas; y durante las primeras etapas del tratamiento hormonal, el o la paciente debe ser advertido(a) de portar consigo siempre este documento para evitar problemas con la policía o con otras autoridades.

Las dosis de estrógenos en los pacientes sometidos a una orquiectomía en muchas ocasiones se pueden reducir en 1/3 o a la mitad y aún así mantener el nivel de feminización, la

reducción de las dosis de testosterona después de la ooforectomía debe realizarse con cuidado teniendo en cuenta el riesgo de osteoporosis, y en ambos tipos de pacientes suele ser necesario mantener el tratamiento hormonal durante toda la vida.

Algunos individuos obtienen hormonas por medios ajenos al médico, como por ejemplo a través de amistades, de familiares o de farmacias de otros países. El uso de hormonas sin control expone a los pacientes a graves riesgos para su salud y para su vida. Se sabe que hay personas que además de tomar hormonas bajo supervisión médica, toman por su cuenta dosis adicionales excesivas de hormonas obtenidas ilícitamente. Estos tratamientos excesivos producen mayores efectos secundarios, no se hallan bajo control médico y exponen a la persona a más riesgos en el organismo.

Los profesionales de la salud mental y los médicos prescriptores deben preguntar a los pacientes si han aumentado las dosis por su cuenta, y tratar en la medida de lo posible de que se ajusten a la dosificación prescrita para reducir al mínimo la morbilidad. No va contra la ética médica el hecho de rechazar cualquier responsabilidad médica y legal respecto de pacientes que se ponen a sí mismos en situación de riesgo por incumplimiento del régimen hormonal prescrito.

El tratamiento hormonal, cuando es bien tolerado, debe preceder a cualquier intervención de cirugía genital. La satisfacción por los efectos hormonales consolida la identidad de la persona como miembro del sexo y del género al que desea reasignarse y aumenta su convicción sobre la necesidad de operarse. Por el contrario, si el paciente no se muestra satisfecho con los resultados del tratamiento, puede indicar indecisión sobre si proceder o no a la intervención quirúrgica.

En los varones biológicos las hormonas por sí solas pueden lograr un desarrollo adecuado de las mamas, evitando muchas veces la necesidad de mamoplastias de aumento. Algunos pacientes con tratamiento hormonal no desean someterse a cirugía genital o a otro tipo de intervenciones.

Los antiandrógenos se pueden utilizar como tratamiento complementario en hombres biológicos que reciben estrógenos, aún cuando no siempre son necesarios para lograr la feminización. En algunos pacientes, los antiandrógenos pueden ayudar a suprimir más eficazmente la producción de testosterona y permitir el uso de una dosis menor de estrógenos cuando se prevea la posibilidad de efectos secundarios adversos por estos.

Los intentos de imitar el ciclo menstrual femenino prescribiendo tratamientos estrogénicos cíclicamente o sustituyendo la progesterona por estrógenos durante parte del mes, no son necesarios para lograr la feminización.

Los tratamientos hormonales sólo deben administrarse a aquellos individuos legalmente aptos para emitir su consentimiento informado. En cuanto a los menores, este documento debe incluir la aceptación por parte del menor y el consentimiento informado por escrito de sus padres o de su tutor legal.

El consentimiento informado implica que el paciente entiende que la administración de hormonas limitará su fertilidad y que la extirpación de sus órganos sexuales impedirá totalmente su capacidad reproductora. Se conocen casos de personas que tras haber recibido tratamiento hormonal y haberse sometido a la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica anhelan ser padres biológicos. Tanto el profesional de la salud mental que recomiende la administración de hormonas como el médico que las prescriba, deben comentar las opciones reproductivas de ambos tipos de pacientes antes de comenzar el tratamiento hormonal. Los hombres biológicos, especialmente aquellos que no han tenido descendencia, deben ser informados de la posibilidad de conservar su esperma mediante su almacenamiento en los bancos de esperma antes de comenzar la terapia hormonal.

En el caso de las mujeres biológicas, podría acceder a la conservación de sus óvulos o a la criopreservación de sus embriones ya fertilizados. Por lo tanto, ambos deben ser informados de sus posibilidades reproductivas incluidas estas opciones, y si existieran otras opciones posibles se les deberán manifestar.

El acto por el cual se adopta plenamente un rol nuevo o evolutivo de identidad sexogénica ante los acontecimientos y las circunstancias de la vida cotidiana se conoce con el nombre de “*experiencia de la vida real*”, y es fundamental para lograr el proceso de transición hacia el rol sexogénico que el paciente anhela como persona.

Dado que el cambio de identidad sexogénica de una persona acarrea consecuencias personales y sociales inmediatas y profundas, la decisión de iniciar el proceso debe tomarse teniendo en cuenta y conociendo a fondo las implicaciones familiares, vocacionales, interpersonales, educativas, económicas y jurídicas a que puede dar lugar. Los profesionales tienen la responsabilidad de discutir con estos pacientes las consecuencias previsibles de este tipo de decisiones. Los cambios en el rol sexogénico y la manera de presentarse ante el público pueden ser un factor muy importante dando lugar a situaciones de discriminación laboral, divorcios, problemas matrimoniales, y a la pérdida o a la restricción del derecho de visitar a los hijos. Son aspectos tan evidentes y reales que deben tenerse en cuenta para poder tener éxito en la adopción del nuevo rol, ya que pueden conducir a situaciones mucho menos satisfactorias desde el punto de vista personal de lo que imaginaba el o la paciente antes de iniciar su experiencia de vida real. Por otra parte, no todos los cambios tienen por qué tener consecuencias negativas.

A la hora de evaluar la calidad de la experiencia en la vida real de una persona dentro de su nuevo rol sexogénico, el profesional de la salud debe observar si el paciente:

- 1) Conserva el empleo a tiempo parcial o completo.
- 2) Sigue estudiando.
- 3) Participa en alguna actividad voluntaria en su comunidad.
- 4) Lleva a cabo una combinación de los puntos 1 al 3.
- 5) Obtiene un nombre o un apellido nuevo (legal).
- 6) Proporciona documentos en que personas ajenas al terapeuta acreditan que el paciente actúa según su nueva identidad sexogénica.

Aunque el profesional recomiende vivir de acuerdo con el nuevo sexo y con el nuevo género como un paso previo a la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, la decisión sobre cuándo y cómo comenzar la experiencia en la vida real tendrá que tomarla la propia persona.

Hay quienes comienzan su experiencia en la vida real y se dan cuenta que esta situación muchas veces no les resulta tan atractiva como se la imaginaban, por lo que muchas veces los profesionales utilizan la experiencia en la vida real como la prueba definitiva para el diagnóstico. Si el paciente se desenvuelve bien en su nuevo rol, se le confirma como *“transexual”*, pero si decide no seguir adelante con el proceso *“es que no lo era”*. Sin embargo, este razonamiento confunde lo que sería tener las energías suficientes para adaptarse con éxito a la nueva vida y a la presencia de un trastorno de identidad sexogenérica.

La experiencia en la vida real pone a prueba el nivel de decisión, la capacidad de actuar como si perteneciera al otro sexo y al otro género, y la armonía de los respaldos sociales, económicos y psicológicos. Es útil tanto para el paciente como para el profesional de la salud mental a la hora de tomar decisiones sobre cómo actuar. El diagnóstico, aunque siempre se pueda modificar, debe preceder a la recomendación de que los pacientes se decidan a llevar a cabo una experiencia en la vida real. Si el paciente tiene éxito, tanto el profesional como el paciente afianzarán su seguridad con respecto a la decisión inicial para adoptar ulteriores medidas.

La cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica es efectiva y está médicamente indicada en los casos severos de trastornos de identidad sexogenérica. En personas diagnosticadas de transexualidad o de profundo trastorno de identidad sexogenérica, la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, junto con el tratamiento hormonal y con la experiencia de la vida real, es un tratamiento que ha probado ser efectivo. Este régimen terapéutico, cuando se prescribe o cuando se recomienda por profesionales cualificados, está médicamente indicado y es necesario. La reasignación integral para la concordancia sexogenérica no es un experimento, ni una investigación, ni es cosmética, ni es una elección opcional en ningún caso. Este tratamiento constituye una terapia realmente muy

efectiva en el abordaje de la transexualidad o de un profundo trastorno de la identidad sexogenérica.

Muchas personas, entre las que se incluyen algunos profesionales de la salud, presentan objeciones desde el punto de vista ético para la cirugía en los trastornos de identidad sexogenérica.

En la práctica quirúrgica corriente se extirpa un tejido dañado con el fin de restablecer una función fisiológica que está alterada, o bien se modifican ciertas partes del cuerpo para mejorar la propia auto-imagen del paciente. Entre los que se oponen a la cirugía, ninguna de estas dos situaciones están presentes cuando se opera a personas con trastornos de identidad sexogenérica. Es importante que los profesionales de la salud se aseguren de que los pacientes van a sentirse mejor mediante la alteración quirúrgica de estructuras anatómicas que son normales. Para comprender cómo la cirugía puede aliviar la situación de incomodidad psicológica de pacientes diagnosticados de disforia sexogenérica, los profesionales deberían escuchar relatar a estos pacientes las historias de su vida hasta entonces y sus visiones de la forma de escapar de ella. La resistencia a realizar una cirugía basada en la premisa ética de *“primero no dañar”*, debe ser respetada, discutida y dar la oportunidad de aprender de los propios pacientes acerca de las profundas perturbaciones psicológicas cuando se tiene una disforia sexogenérica.

Está fuera de la ética profesional negar la posibilidad de ser disponible o elegible para las cirugías de reasignación integral para la concordancia sexogenérica o para la terapia hormonal basados solamente en la positividad del paciente para alguna infección transmisible por vía sanguínea como el SIDA, las hepatitis B o C, etc.

El cirujano no es un simple especialista que se alquila para realizar una intervención, sino que forma parte del equipo de médicos que intervienen en el largo proceso de rehabilitación de estos pacientes. El paciente siente a menudo un profundo respeto hacia el cirujano, que al fin y al cabo es el que finalizará el largo proceso de tratamiento. Dado que es su responsabi-

dad con respecto al paciente, el cirujano tiene el deber de conocer el diagnóstico que ha dado lugar a la recomendación de realizar una reconstrucción genital.

El cirujano debe hablar con su paciente para convencerse a sí mismo de que este va a obtener un beneficio real como consecuencia de las intervenciones, sin limitarse simplemente a leer los informes en los que se recomienda la intervención quirúrgica. La situación ideal sería aquella en la que el cirujano mantuviera una estrecha relación de colaboración con los demás profesionales que hayan participado de forma activa en la asistencia psicológica y endocrinológica del paciente. Esto es más fácil de conseguir si todos pertenecen a un mismo equipo especializado en trastornos de la identidad sexogenérica, sin embargo, por desgracia no siempre existen estos equipos.

Como mínimo, el cirujano debe asegurarse de que tanto el profesional de la salud mental como el médico que haya prescrito el tratamiento hormonal son profesionales reputados con experiencia en este tipo de problemas, y esto suele reflejarse en la calidad de la documentación que presentan. Puesto que en ocasiones se han presentado informes ficticios o falsificados, el cirujano debe ponerse personalmente en contacto con al menos uno de los profesionales de la salud mental para verificar la autenticidad de los informes.

Antes de realizar cualquier tipo de cirugía, el cirujano debe contar con todas las situaciones del paciente perfectamente controladas y estudiar los efectos que hayan hecho el tratamiento hormonal sobre el hígado y sobre otros órganos sistémicos. Esto lo puede comprobar por su cuenta o según lo que le digan otros colegas. Dado que unas condiciones previas pueden complicar las cirugías de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, los cirujanos deben ser expertos en diagnóstico urológico. La historia clínica debe contener el consentimiento informado por escrito referido a la cirugía específica que va a realizarse.

Los siguientes criterios mínimos de elegibilidad emitidos por la WPATH para los diversos tipos de intervenciones de cirugía genital, se aplican igualmente a los hombres biológicos y a las mujeres biológicas que desean cirugía genital, y son:

- 1) Mayoría de edad legal en el país del paciente.
- 2) Generalmente, doce meses de tratamiento hormonal continuado para quienes no presenten contraindicaciones médicas.
- 3) Doce meses de experiencia continua en la vida real con éxito. La existencia de periodos de regreso al género original puede indicar indecisión sobre si desea proceder a la intervención y no debe considerarse como que cumple este criterio.
- 4) Y si así lo exige el profesional de la salud mental, participación regular responsable en un proceso de psicoterapia durante la experiencia en la vida real con la frecuencia que determine el profesional. La psicoterapia por sí sola no constituye un criterio de elegibilidad para la cirugía.

Entre los criterios de disponibilidad también emitidos por la WPATH se incluyen:

- 1) Progresos demostrables en la consolidación de la nueva identidad sexogenérica.
- 2) Avances demostrables en sus relaciones familiares, laborales y en su modo de afrontar los problemas interpersonales que den lugar a un estado de salud mental significativamente mejor (lo que implica la ausencia de sociopatías, de abuso de sustancias, de psicosis, de tentativas de suicidio, etc.).

Ningún individuo puede ser sometido a cualquier cirugía genital sin cumplir los criterios de elegibilidad. La cirugía genital es un tratamiento para un desorden de identidad sexogenérica previamente diagnosticado, y este sólo debe ser emitido tras una cuidadosa evaluación. Este tipo de cirugía no constituye un derecho del paciente que se le deba conceder cuando lo solicite. Los estándares de tratamiento incluyen directrices para tratar de forma individual a cada paciente, pero esto no significa que las instrucciones generales sobre las fases de evaluación psiquiátrica, el posible tratamiento de psicoterapia, el tratamiento hormonal y la experiencia en la vida real se puedan omitir porque una persona desee someterse simplemente a una intervención quirúrgica.

Si una persona ha vivido de forma convincente como miembro del otro sexo durante un periodo de tiempo prolongado y se le considera en la evaluación como una persona psicoló-

gicamente sana tras el periodo preceptivo de psicoterapia, no existen razones fundadas por las cuales deba tomar hormonas antes de someterse a cirugía.

El tratamiento quirúrgico de una persona con trastorno de la identidad sexogenérica no constituye una cirugía electiva. Las intervenciones electivas habituales sólo exigen un contrato privado de mutuo consentimiento entre una persona que sufre y un cirujano técnicamente competente. Las intervenciones en los trastornos de identidad sexogenérica deben llevarse a cabo sólo tras una evaluación general por parte de un profesional de la salud mental calificado. Sólo se debe emplear la cirugía cuando se pueda documentar por escrito que se ha realizado una evaluación global y que la persona reúne los criterios de elegibilidad y de disponibilidad.

Mediante este procedimiento, el profesional de la salud mental, el médico que prescribe las hormonas, el cirujano y el paciente comparten la responsabilidad de la decisión de realizar cambios corporales irreversibles.

Entre las posibles intervenciones quirúrgicas genitales para el hombre biológico (mujer transexual) figuran la orquiectomía, la penectomía, la vaginoplastia, la clitoroplastia y la labioplastia. Otras intervenciones para estos pacientes y que se pueden realizar para contribuir al proceso de feminización son la condroplastia tiroidea reductora, la lipoplastia de la cintura mediante succión, la rinoplastia, la reducción ósea facial, el estiramiento facial y la blefaroplastia.

Por su parte, las cirugías genitales para la mujer biológica (hombre transexual) incluyen la histerectomía, la salpingooforectomía, la vaginectomía, la metoidioplastia, la escrotoplastia, la uretroplastia, la colocación de prótesis testiculares y la faloplastia. Otro tipo de cirugía para estos pacientes que se pueden realizar con el fin de perfeccionar la masculinización, incluyen la liposucción para reducir la grasa corporal en las caderas, en los muslos y en las nalgas.

Capítulo 6) La legislación en México y los Derechos Humanos de las personas transexuales.

La falta de reconocimiento y de apoyo legal a la condición de las personas transvestistas, transgénéricas y transexuales puede representarles daños psicológicos permanentes, les obliga a vivir con una discordancia que puede ser sexual, genérica o sexogenérica, y afecta su desarrollo tanto personal como social en todos los sentidos. Afrontar esta realidad es responsabilidad de los legisladores, quienes tienen que garantizar los derechos de toda la ciudadanía y actuar en consecuencia de cara a la realidad para garantizar el respeto y la salvaguarda de sus derechos fundamentales, para que gocen de una vida libre de discriminación (Saro, 2009).

Por su parte, los *Derechos Humanos* son el conjunto de principios universalmente consensuados como protectores de la dignidad humana y promotores de la existencia, de la calidad de vida, de la igualdad, de la libertad y de la justicia; y están por encima de los valores culturales, de las religiosidades, de los sistemas políticos y de los usos y costumbres culturales (Barrios y García, 2008).

Tomando en cuenta que la protección de la salud general y sexual es un derecho humano reconocido, la reasignación integral para la concordancia sexogenérica de las personas transexuales debe ser considerada como tal; y el rol o el papel de género, entendido como la expresión de la masculinidad o de la feminidad de una persona con las diversas variantes que tenga, debe ser estrictamente respetado.

La falta de respeto a la diversidad sexual propicia conductas homofóbicas, bifóbicas y transfóbicas (aversión, miedo o rechazo irracional propiciado por la ignorancia y por los prejuicios hacia las personas homosexuales, bisexuales, transvestistas, transgeneristas y transexuales respectivamente) y que están basadas en un sectario enfoque heterocentrista y excluyente, por lo que los derechos sexogenéricos deben ser promovidos y puestos en práctica con carácter de urgente.

El 28 de agosto de 1993, durante la *Segunda Conferencia Internacional sobre Legislación de Transgénero y Política de Empleo* celebrada en Houston, Texas, EUA, surgió la *Declaración de los Derechos de Género* cuyos preceptos son los siguientes:

- Derecho de los individuos a reivindicar su identidad de género: Todos los seres humanos tienen una idea en permanente construcción acerca de sí mismos y de lo que son capaces de lograr. El sentido del yo de las personas no lo determinan el sexo cromosómico, los órganos sexuales, el sexo biológico, el género de asignación ni el rol de género aprendido, por lo que ni su identidad ni sus capacidades están restringidas a lo que la sociedad juzga que debe ser una conducta masculina o femenina. Es fundamental que los individuos ejerzan su derecho a la identidad sexogenérica propia a lo largo de sus vidas sin tomar en consideración, necesariamente, los aspectos biológicos de origen ni el papel inicial de género.
- Derecho a la libre expresión de la identidad y del papel de género: Todos los seres humanos tienen el derecho a expresar libremente su identidad y el rol de género que desean vivir.
- Derecho a determinar y a modificar el propio cuerpo: Todos los seres humanos tienen el derecho inalienable de determinación sobre sus propios cuerpos, lo cual incluye el derecho a cambiarlos cosmética, química o quirúrgicamente para expresar el sexo y el género con el que se identifican.
- Derecho a un servicio médico competente y profesional: De los derechos a expresar su propia identidad sexogenérica y a cambiar el propio cuerpo para expresar el rol sexogenérico decidido por la propia persona se desprende otro derecho: el libre acceso a los servicios médicos o de otra índole para recibir la atención a la salud que se requiera. No se debe negar este acceso con base en las características biológicas iniciales ni con base en el rol de género que se exprese.
- Derecho a exención de diagnóstico o de tratamiento psiquiátrico: Dado el derecho a vivir la propia identidad sexogenérica con independencia del sexo biológico, nadie debe ser sometido a un diagnóstico ni a un tratamiento psiquiátrico por el solo motivo de su identidad sexogenérica.

- Derecho a la expresión sexual: Todo adulto tiene derecho a un ejercicio sexual libre, responsable y respetuoso.
- Derecho a establecer relaciones amorosas y comprometidas, y a suscribir contratos matrimoniales cuando se desee: Dado que todos los seres humanos tienen derecho a la libre expresión de lo que ellos han estructurado como su identidad sexogenérica y derecho a la libre expresión sexual y de género, por lo tanto también tienen derecho a establecer relaciones amorosas y comprometidas con otra persona, así como a suscribir contratos matrimoniales sin consideración del sexo cromosómico, de los genitales o de los caracteres sexuales secundarios, del sexo asignado al nacer o del papel de género inicial de cualquier integrante de la pareja.
- Derecho a concebir o a adoptar hijos e hijas, a criarlos y custodiarlos, y a ejercer las potestades parentales: Dado el derecho de las personas a contraer relaciones comprometidas y amorosas con otras personas y a suscribir contratos matrimoniales, así como a expresar la propia identidad sexogenérica, existe el derecho correspondiente a concebir o a adoptar hijos e hijas, a criarlos y custodiarlos, y a ejercer los derechos parentales sin distinción alguna por su sexo cromosómico, por sus caracteres sexuales primarios y secundarios, por su sexo de asignación al nacimiento ni por su rol de género inicial.

Del 6 al 9 de noviembre de 2006 se reunieron en Yogyakarta, Indonesia, 29 especialistas en derechos humanos procedentes de 25 países, quienes dieron a conocer el documento titulado *Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional Humanitario en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género*.

Este documento subraya la obligación prioritaria de los gobiernos de respetar los derechos humanos, con énfasis en todos los aspectos relativos a la identidad sexogenérica y a la orientación sexual; y también se destaca la importancia que tienen en el tema el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas, las instituciones nacionales de derechos humanos, los medios de información, las organizaciones no gubernamentales y los organismos que financian la causa de los derechos humanos.

Algunos de los derechos que contempla este documento y que tienen que ver con las condiciones “*trans*” son los siguientes:

- A la igualdad y a la no discriminación.
- Al reconocimiento de la personalidad jurídica.
- A no ser detenido arbitrariamente.
- A ser tratado humanamente si es privado de su libertad.
- A no ser sometido a torturas ni a penas o a tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- A la protección contra todas las formas de explotación, de venta y de trata de personas.
- Al trabajo.
- A la seguridad y a otras medidas de protección social.
- Al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- A formar una familia.
- A participar en la vida pública.
- A participar en la vida cultural.
- A promover los derechos humanos.
- Y a responsabilidad penal.

El 31 de enero de 2008, la *Coalición Social Demócrata* en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (Cámara de Diputados Locales de la Ciudad de México o ALDF) presentó ante los medios de información e inscribió para su eventual aprobación el Proyecto de Reformas al Código Civil, al Código de Procedimiento Civiles, al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal, conocido sencillamente como *Ley de Expresión de Identidad de Género*, con objetivos en dos vertientes fundamentales: que las personas transvestistas, transgénericas y transexuales puedan obtener su acta de nacimiento acorde con su situación de vida (cambio jurídico de nombre y de sexo), y que se les reconozcan sus derechos a los servicios de salud (psicológicos, sexológicos y médicos) así como a los fármacos del cuadro básico necesarios para la terapia de sustitución hormonal. Este proyecto de Ley beneficiará a las personas con estas condiciones de vida en cuanto al reconocimiento de sus derechos ciudadanos, a su no discriminación y a la atención a su salud en los términos definidos por la Or-

ganización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El 5 de febrero de 2008, este conjunto de iniciativas de ley fue admitido en la ALDF para seguir los procedimientos parlamentarios de rigor, no obstante de que con anterioridad el Partido de la Revolución Democrática (PRD) ya había presentado dos iniciativas de ley en el Congreso Federal (Cámara de Diputados), cuyos proponentes fueron en la primera el diputado Inti Muñoz y en la segunda el diputado David Sánchez: por primera vez se concretaba una amplia participación de todos los actores sociales involucrados en este avance democrático (personas y organizaciones transvestistas, transgénicas y transexuales, sexólogos de ambos géneros, activistas de los derechos humanos y sexuales, licenciados en derecho y por supuesto los propios asambleístas socialdemócratas, encabezados por el diputado Jorge Carlos Díaz Cuervo, principal proponente de las iniciativas).

El 17 de mayo del 2008 se realizó la primera boda civil transexual heterosexual en el mundo, que tuvo lugar en la ciudad de México entre Mario (un hombre biológico o mujer transexual, legalmente María del Socorro) y Diana Laura (una mujer biológica u hombre transexual, legalmente Mauricio).

El 29 de agosto de 2008, la ciudad de México fue testigo de uno de los acontecimientos culturales más trascendentales para las personas transvestistas, transgénicas y transexuales: adquirieron el derecho de acreditar su identidad, evitando con ello la desigualdad jurídica que les generaba el no poder contar con un documento del Registro Civil (acta de nacimiento) que reflejara su identidad sexogenérica, cuestión que les impedía el ejercicio pleno de su derecho civil a vivir libremente y en congruencia con su sexo y con su rol de género, así como el ejercicio del derecho a la salud.

Esa fecha la ALDF aprobó reformas al Código Civil y de Procedimientos Civiles del Distrito Federal para que las personas transgénicas y transexuales puedan modificar jurídicamente su nombre y su sexo, promoviendo un juicio para que se ordene al Director del Registro Civil levantar una nueva acta de nacimiento por reasignación de concordancia sexogé-

rica, donde se señala el nombre elegido por el o por la promovente, así como el sexo que ostenta; y el decreto respectivo entró en vigor el 10 de noviembre de 2008, publicándose en el número 439 de la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

Entre estas reformas se encuentran las siguientes:

- La capacidad jurídica es igual para el hombre y para la mujer. A ninguna persona por razón de edad, sexo, embarazo, estado civil, raza, idioma, religión, ideología, orientación sexual, identidad de género, expresión de rol de género, color de piel, nacionalidad, origen o posición social, trabajo o profesión, posición económica, carácter físico, discapacidad o estado de salud, se le podrán negar un servicio o una prestación a la que tenga derecho, ni restringir el ejercicio de sus derechos cualquiera que sea la naturaleza de estos.
- En el Distrito Federal estará a cargo de los Jueces del Registro Civil autorizar los actos del estado civil y extender las actas relativas a nacimiento, reconocimiento de hijos, adopción, matrimonio, divorcio administrativo, y muerte de los mexicanos y de los extranjeros en el Distrito Federal, al realizarse el hecho o acto de que se trate, así como inscribir las ejecutorias que declaren la ausencia, la presunción de muerte, el divorcio judicial, la tutela o que se ha perdido o limitado la capacidad legal para administrar bienes y las sentencias que ordenen el levantamiento de una nueva acta por la reasignación para la concordancia sexogenérica, previa la anotación correspondiente al acta de nacimiento primigenia, siempre y cuando se cumplan las formalidades exigidas por los ordenamientos jurídicos aplicables.
- Pueden pedir el levantamiento de una nueva acta de nacimiento por reasignación de concordancia sexogenérica, previa la anotación correspondiente en su acta de nacimiento primigenia, las personas que requieran el reconocimiento de su identidad sexogenérica.
- Se entenderá por identidad sexogenérica la convicción personal de pertenecer al sexo y al género masculino o femenino, es inmodificable, involuntaria y puede ser distinta al sexo original.

- La reasignación para la concordancia sexogenérica es el proceso de intervención profesional mediante el cual la persona obtiene concordancia entre los aspectos corporales y su identidad sexogenérica, que puede incluir, parcial o totalmente: entrenamiento de expresión de rol de género, administración de hormonas, psicoterapia de apoyo o las intervenciones quirúrgicas que haya requerido en su proceso; y que tendrá como consecuencia, mediante resolución judicial, una identidad jurídica de hombre o de mujer según corresponda.
- Se entenderá por expresión de rol de género, el conjunto de manifestaciones relacionadas con la vestimenta, la expresión corporal o verbal y el comportamiento.
- Los derechos y las obligaciones contraídas con anterioridad a la reasignación para la concordancia sexogenérica no se modifican ni se extinguen con la nueva identidad jurídica de la persona.
- La demanda donde se solicite el levantamiento de una nueva acta de nacimiento por reasignación de concordancia sexogenérica, previa anotación correspondiente al acta de nacimiento primigenia, deberá cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 95 y 255 del Código Civil para el Distrito Federal y presentarse ante el Juez de lo Familiar en turno.
- Además de lo señalado en el punto anterior, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:
 - I) Ser de nacionalidad mexicana.
 - II) Ser mayor de edad o actuar a través de quien ejerza sobre la persona la patria potestad o tutela.
 - III) Anexar a la demanda el dictamen que determine que es una persona que se encuentra sujeta al proceso de reasignación para la concordancia sexogenérica con un mínimo de cinco meses, expedido por dos profesionistas o por dos peritos que cuenten con expe-

riencia clínica en materia de procesos de reasignación para la concordancia sexogenérica, y uno de ellos deberá ser el profesionalista a cargo del tratamiento del solicitante.

Así como manifestar lo siguiente:

I) El nombre completo y el sexo original de la persona promovente, con los datos registrales correspondientes.

II) El nombre sin apellidos, y en su caso, el sexo solicitado.

- Presentada y admitida la demanda por el Juez de lo Familiar se dará vista al Registro Civil del Distrito Federal y a la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, a través del Ministerio Público adscrito al juzgado, para que dentro del término de cinco días hábiles manifiesten lo que a su derecho convenga.
- En el auto de admisión de la demanda se señalará fecha y hora para la audiencia de pruebas y de alegatos, que se llevará a cabo dentro de los quince días hábiles siguientes.
- Además de los otros medios de prueba, el promovente deberá comparecer a la audiencia con los peritos que hayan emitido los dictámenes en que se funde la demanda. En caso de ausencia de los peritos, se tendrá por desierta la probanza.

En dicha audiencia, el Juez podrá cuestionar a los peritos sobre el contenido de los dictámenes emitidos y podrá ordenar la práctica y el desahogo de los dictámenes periciales que considere necesarios, únicamente y exclusivamente para determinar la procedencia de la acción, en cuyo caso se podrá suspender la audiencia hasta por diez días hábiles. También podrá interrogar a los testigos, si se hubieren ofrecido y presentado, para los mismos efectos que los peritos.

Cuando el Registro Civil haya manifestado oposición a la solicitud del promovente, deberá ofrecer las pruebas que considere necesarias para acreditar su dicho cuando se le dé vista con la demanda y comparecerá a la audiencia para su desahogo.

- Una vez desahogadas todas las pruebas, se dará la palabra al promovente y al Agente del Ministerio Público adscrito para que formulen sus alegatos.
- Al concluir la audiencia, el Juez citará para oír sentencia dentro del término de diez días hábiles.
- El promovente así como el Agente del Ministerio Público podrán apelar la sentencia, recurso que se admitirá en ambos efectos.
- El Juez ordenará de oficio, dentro del término de cinco días hábiles posteriores a que cause ejecutoria la sentencia favorable, que se realice a favor de la persona la anotación correspondiente al acta de nacimiento primigenia y el levantamiento de una nueva acta de nacimiento por reasignación de concordancia sexogenérica.

El acta de nacimiento primigenia quedará reservada y no se publicará ni expedirá constancia alguna, salvo mandamiento judicial o petición ministerial.

El Juez del Registro Civil remitirá oficio a la Oficina Central y al lugar donde se encuentra la base de datos, así como enviará dicha información en calidad de reservada a la Secretaría de Gobernación, a la Secretaría de Relaciones Exteriores, al Instituto Federal Electoral, a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y a la Procuraduría General de la República para los efectos legales procedentes.

- Cuando la persona hubiese obtenido el levantamiento de una nueva acta de nacimiento con motivo de reasignación para la concordancia sexogenérica y esta no sea acorde con su identidad de género, procederá su restitución siguiendo el mismo procedimiento previsto anteriormente.
- El costo que tendrá el levantamiento de una nueva acta de nacimiento por reasignación sexogenérica es de \$1,505.00 (un mil quinientos cinco pesos 00/100 M. N.).

El 13 de noviembre de 2008, la diputada Carla Sánchez Armas subió de nueva cuenta al pleno de la ALDF la propuesta de modificaciones relativas a la vertiente de la salud (PSD, 2008), la cual fue aprobada en comisiones.

Con la iniciativa del 13 de noviembre de 2008 se propuso reformar la *Ley de Salud del Distrito Federal* para que se dé atención médica a las personas transvestistas, transgénericas y transexuales en los hospitales del Gobierno del Distrito Federal siguiendo los protocolos internacionales. Esta iniciativa de reforma modifica y adiciona diversas disposiciones de esa Ley, agregando un capítulo de “*Atención sanitaria en materia de reasignación integral para la concordancia sexogenérica*”. Se trata de una modificación en la que se contempla, entre otras cosas, el derecho de toda persona mayor de edad de solicitar los procedimientos establecidos en el protocolo internacional para su reasignación sexogenérica, y obliga al sistema de salud a proporcionar atención psicológica y sexológica a dichos individuos desde el inicio hasta el final del tratamiento respectivo.

Finalmente, el 18 de agosto de 2009, durante el último periodo de la IV Legislatura, se aprobó la propuesta de modificaciones a la Ley de Salud del Distrito Federal en beneficio de la comunidad transgénerica y transexual, en la que se otorga la garantía de atender y de tratar adecuadamente a las personas transgénericas y transexuales, así como obtener dotaciones de hormonas por medio de prescripción médica

La *Ley de Expresión e Identidad de Género para el D.F.*, que es un conjunto de iniciativas de reforma, de modificaciones o de adiciones a distintos ordenamientos jurídicos del Distrito Federal, contiene los siguientes elementos principales:

✓ **Código Civil del D. F.**

- Los derechos de la personalidad incluyen las categorías de orientación sexual, de identidad sexogenérica y de expresión de rol del género, entre otros.
- Las personas físicas tienen derecho a la expresión del rol de género y al reconocimiento legal de su identidad sexogenérica.
- En el D. F. está a cargo de los jueces del Registro Civil autorizar los actos del estado

civil y extender las actas relativas al nacimiento, así como inscribir las ejecutorias que declaren la reasignación para la concordancia sexogenérica, entre otras facultades.

- Las autoridades judiciales que declaren la reasignación para la concordancia sexogenérica, dentro del término de 8 días remitirán al juez del Registro Civil correspondiente copia certificada de la ejecutoria respectiva.
- Ha lugar a pedir la rectificación de un acta del estado civil: por enmienda, cuando se solicite variar algún nombre u otro dato esencial que afecte el estado civil, la filiación, la nacionalidad, el sexo, la identidad de la persona y la identidad sexogenérica de la persona cuando se solicite ajustarla a la realidad social.
- En los casos de reasignación para la concordancia sexogenérica, deberá levantarse una nueva acta de nacimiento y se harán las anotaciones correspondientes en el acta de nacimiento originaria, la cual quedará reservada y no se publicará ni expedirá constancia alguna, salvo mandamiento judicial.
- Los derechos y las obligaciones contraídos con anterioridad a la reasignación para la concordancia sexogenérica, se subrogarán a la nueva identidad jurídica de la persona.

❖ **Código Penal del D. F.**

- Se modifica el artículo 206 para castigar con pena privativa de la libertad o con multa de 25 a 100 días de trabajo a quien por razón de expresión de rol de género o de identidad sexogenérica (entre otras causas) atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y las libertades de las personas.

✓ **Código de Procedimientos Civiles del D. F.**

- Se celebrará un juicio de rectificación o de modificación del acta del estado civil de la persona en el que las partes deberán ofrecer las pruebas que pretendan rendir.
- En el caso de la reasignación para la concordancia sexogenérica, la persona de cuyo estado se trata deberá comparecer a juicio utilizando los datos registrales asentados en el acta que se pretende rectificar.
- Presentada la demanda con los documentos y copias prevenidos, se correrá traslado al Registro Civil del Distrito Federal, emplazándolo para que la conteste dentro del término de 5 días.

- Una vez contestada la demanda el juez señalará fecha y hora para la celebración de la audiencia, en la que se llevará a cabo la depuración del procedimiento dentro de los 5 días siguientes, dando vista a la parte actora con las excepciones que se hubieren opuesto en su contra, por el término de 3 días.
- Desahogada la audiencia, el juez señalará dentro de los 15 días siguientes el día y la hora para la recepción de las probanzas aportadas por las partes.
- Desahogadas las pruebas se dará vista a las partes, quienes podrán formular sus conclusiones por escrito en un término de 3 días.
- Después del plazo para las conclusiones, el juez citará a las partes para dictar sentencia dentro de los 8 días siguientes.
- La sentencia que cause ejecutoria se inscribirá en los términos establecidos para el Código Civil del D. F.

✓ **Ley de Salud del D. F.**

- El Gobierno del D. F. prestará los servicios de atención médica en sus formas preventivas, curativas y de rehabilitación a las personas que requieran la reasignación para la concordancia sexogenérica; y dicha prestación de servicios de salud se basará en los protocolos internacionales.
- La Secretaría de Salud del D. F. tendrá a su cargo garantizar la extensión cualitativa y cuantitativa de los servicios a personas que requieran la reasignación para la concordancia sexogenérica.
- La Secretaría de Salud del D. F. implementará programas de atención a la salud para personas que requieran la reasignación para la concordancia sexogenérica, atendiendo a los protocolos internacionales.
- El Sistema de Salud del D. F. establecerá programas especializados de atención para las personas que requieran la reasignación para la concordancia sexogenérica, atendiendo a los protocolos internacionales.
- La población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición económica, cultural, identidad étnica, orientación sexual, género del individuo, identidad sexogenérica y expresión del rol de género.
- El usuario recibirá información apropiada a su condición de género, orientación sexual,

identidad sexogenérica, educativa, cultural e identidad étnica sobre su historial médico, y tiene derecho a estar totalmente informado sobre su salud y sobre los aspectos médicos de su condición.

- Corresponde al Gobierno integrar, conducir, desarrollar, dirigir y administrar en forma permanente los servicios médico-quirúrgicos generales, la prestación de servicios para las personas que requieran el diagnóstico, el tratamiento y la continuidad de la reasignación para la concordancia sexogenérica y las especialidades psiquiátricas y de odontología que se presten en los Reclusorios y en los Centros de Readaptación Social, a efecto de otorgar en forma permanente, oportuna y eficiente la atención a los internos.

Actualmente más de 15 países del mundo han legislado sobre asuntos relacionados con la identidad y con el rol sexogenérico, en especial en lo que concierne a la reasignación jurídica para la concordancia sexogenérica, a las modificaciones del acta de nacimiento y a la obligación del Estado de atender la salud global de las personas transexuales. Entre estos países se encuentran Suecia, Alemania, Italia, Holanda, Turquía, Dinamarca, Bélgica, Finlandia, Suiza, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, el Reino Unido de la Gran Bretaña, España y varios estados de la Unión Americana (EUA).

Por ejemplo, la legislación española, llamada *Ley Reguladora de la Rectificación Registral*, establece que las personas transexuales que demuestren serlo podrán cambiar de nombre y de sexo en sus documentos sin que haga falta ninguna cirugía de reasignación sexual ni una resolución judicial al respecto. Este modelo es semejante al de Inglaterra, donde la *Ley de Reconocimiento de Género* promulgada en el 2004 facilita a las personas transexuales modificar sus datos legales sin requerir una cirugía previa; y en Cuba actualmente se discute una iniciativa promovida por Mariela Castro (hija del actual mandatario Raúl Castro) para realizar cirugías gratuitas de reasignación sexual.

En lo referente a los Derechos Humanos, el 5 de enero de 2009 la Dirección General de Comunicación Social de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) publicó en su boletín de prensa 04/2009 la *Cartilla sobre Diversidad Sexual: ¿cómo puedo*

ejercer libremente mi sexualidad?, debido a que el hostigamiento, la humillación, el maltrato verbal y físico son algunas expresiones que sufren la mayoría de las personas con una orientación sexual y/o con una identidad sexogenérica diferente a la heterosexual.

De acuerdo con la *Cartilla sobre Diversidad Sexual*, la CDHDF menciona: “*Debe quedar bien claro que todos los seres humanos tenemos derecho a ejercer nuestra sexualidad libres de discriminación y de violencia*”, explica que existen muchas maneras de ejercer la sexualidad y que “*cada persona lo hace dependiendo de su entorno, gustos, cultura, preferencias, afectos y orientación*”.

Además, la *Cartilla sobre Diversidad Sexual* enfatiza que desarrollar plenamente la sexualidad como parte de la personalidad es un derecho y señala en una de sus secciones qué hacer en caso de ejercer una sexualidad diversa.

Cabe destacar que en octubre de 2008 este Organismo presentó el informe especial sobre violaciones a los derechos humanos por orientación o por preferencia sexual y por identidad sexogenérica o por expresión de género, en el cual se destaca que de enero a diciembre de 2007 la CDHDF calificó 47 quejas como presuntamente violatorias de derechos humanos hacia la comunidad lésbico, gay, bisexual, transexual, transvestista, transgénero e intersexual (LGBTTTI); y emitió recomendaciones en las que las y los peticionarios y/o agraviados pertenecen a estos grupos.

Con base en el *Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal*, usualmente se considera que la Comunidad LGBTTTI es numéricamente marginal; y aunque no hay un censo preciso de esta comunidad en el país ni en el Distrito Federal, el diagnóstico de la situación de los derechos humanos en México estima que las personas con una orientación sexual distinta a la heterosexual oscilan entre el 5% y 6% de la población total. Sin embargo, los sexólogos opinamos que esta cantidad debe multiplicarse puesto que las cifras reportadas únicamente incluyen a las personas que públicamente han asumido su orientación sexual y su identidad sexogenérica.

Según el *Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal*, los niveles de persecución y de intolerancia hacia esta comunidad en todo el país han motivado que las personas migren no sólo dentro del territorio nacional, sino también al extranjero; e incluso, hay casos en los que han solicitado asilo a otros países como por ejemplo Canadá, que en ocasiones ha sido concedido.

A pesar de que el Distrito Federal se considera uno de los lugares más respetuosos de la diversidad sexual en México, aún son muchos los problemas a los que se enfrentan tanto las personas como los grupos. La discriminación por orientación sexual, por identidad sexogenérica y por expresión de rol de género aún permea en gran parte de los grupos sociales, de las instituciones públicas y privadas, y de los hogares. Para garantizar el ejercicio de los derechos humanos a la igualdad y a la no discriminación por motivos de sexo, de orientación sexual o de identidad sexogenérica, existen normas locales, nacionales e internacionales.

En la ciudad de México rigen la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Código Penal para el Distrito Federal, la Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal, la Ley de los Derechos de las Niñas y de los Niños en el Distrito Federal, la Ley de las y de los Jóvenes del Distrito Federal y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.

Para defender los derechos sexuales, las personas deben tomar en cuenta los siguientes puntos:

- 1) Informarse e informar a los suyos. Acercarse a instituciones que proporcionen información científica, veraz, clara, libre de prejuicios, objetiva y adecuada a sus necesidades.
- 2) Tomar libremente la decisión de cómo ejercer su sexualidad de manera responsable e informada, eligiendo la opción más adecuada, enriquecedora y respetando la manera de ejercerla de las demás personas.
- 3) Recordar que tienen derecho a vivir cualquier experiencia sexual o erótica elegida libremente, siempre y cuando no vulnere los derechos de los demás.

- 4) No olvidar que la intimidad es un derecho, que nadie puede invadir los espacios personales de otro, y que si alguien no desea manifestar públicamente cómo ejerce su sexualidad nadie puede obligarlo a hacerlo.
- 5) Aceptar y respetar que las personas se expresen, se reúnan, se asocien y manifiesten públicamente sus afectos y su identidad sexual; asimismo, exigir que las respeten ya que sus derechos se legitiman respetando los derechos de los otros.
- 6) Hacer valer su derecho a decidir libremente con quién y cómo ejercer su sexualidad, pero recordando que nadie está obligado a hacer lo que no desea.
- 7) Tener presente que cada uno puede decidir con cuántas personas quiere relacionarse y cómo, y que nadie puede reprobalo, calificarlo, reprimirlo ni discriminarlo por ejercer su sexualidad con libertad.
- 8) Participar en programas y en actividades educativas sobre diversidad y salud sexual.

En la práctica de la sexualidad las personas tienen derecho a ser tratadas igual que las demás personas y a no ser discriminadas, y para ello existen leyes que las protegen, como por ejemplo:

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su artículo 1° establece la prohibición de la discriminación.
- El Código Penal para el Distrito Federal, que en su artículo 206 tipifica la discriminación como delito y establece penas para quien discrimine por el sexo (características biológicas) o por orientación sexual; a quien provoque odio o violencia, veje o excluya, niegue o limite derechos laborales.
- La Ley para prevenir y erradicar la discriminación en el Distrito Federal, que prohíbe la discriminación por el sexo, apariencia física, orientación sexual, identidad sexogenérica, ocupación o actividad, entre otras, que limite la igualdad real de oportunidades. Además, establece que los tratados internacionales reconocidos por México, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos, protegen a los y a las habitantes del Distrito Federal.

- La Ley de los derechos de los niños y de las niñas en el Distrito Federal, que prohíbe la discriminación, entre otros motivos, por sexo o por cualquier condición del niño y de la niña, de su madre, padre o tutores.
- La Ley de los y de las jóvenes del Distrito Federal, que prohíbe la discriminación por sexo y por orientación sexual, y que además establece el derecho al disfrute y al ejercicio pleno de la sexualidad en forma consciente e informada, y a no ser condenado o condenada socialmente por el tipo de vida sexual que se ejerza.
- La Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal, que prohíbe la discriminación a personas adultas mayores y promueve el respeto a su integridad sexual, considerando las diferentes etapas por las que pasan.

Por su parte, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) publicó en el 2008 el Documento de Trabajo No. E-10-2008 titulado *La situación de la transgeneridad y de la transexualidad en la legislación mexicana a la luz de los instrumentos jurídicos internacionales*, y en el 2009 su Documento de Trabajo No. E-12-2008 titulado *La transgeneridad y la transexualidad en México: en búsqueda del reconocimiento de la identidad de género y la lucha contra la discriminación*.

Especialmente, este último trabajo es una descripción y un análisis sobre la lucha encaminada desde la década de 1960 a la eliminación de la discriminación y al reconocimiento de la identidad sexogenérica de la población transvestista, transgénica y transexual en México desde un enfoque socio-antropológico. Esto implicó elaborar un recorrido de las principales demandas, logros y pendientes de esta lucha en términos del acceso que tiene esta población a la salud, el empleo, a la educación, a la justicia y en su caso al reconocimiento jurídico de la identidad sexogenérica. En este recorrido se identificaron a los principales actores sociales y políticos, así como a las diferentes respuestas legislativas e institucionales que pretenden eliminar la discriminación hacia esta población; y el marco de comprensión de esto lo constituyó un análisis de sus condiciones actuales de vida, de sus necesidades y de su problemática, así como la indagación sobre las situaciones de estigma, de discriminación y de violencia que padecen.

Capítulo 7) El proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica.

En el pasado se instrumentaron diversos tratamientos para las personas con una significativa y persistente disforia de género, sexual o sexogenérica incluyendo la terapia de aversión, las medicaciones psicoactivas, la terapia electroconvulsiva, tratamientos hormonales permanentes con el género anatómico de nacimiento y psicoterapia, los cuales demostraron no ser efectivos.

Respondiendo a la necesidad de corregir lo que para ellos es un defecto de la naturaleza, los y las transexuales buscan la reasignación integral para la concordancia sexogenérica, y en estos casos todas las formas de psicoterapia son insatisfactorias para ayudarlos, ya que al igual que los transvestistas, que los transgeneristas y que los homosexuales, los transexuales son notablemente resistentes al cambio de sus características y de su personalidad (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, 2002). La psicoterapia sería tan inútil, como si a cualquier hombre o a cualquier mujer le quisiéramos convencer de que son del otro sexo por medio de una terapia, por lo que la única solución para estas personas es adaptar el cuerpo a la mente ayudándoles a feminizar o a masculinizar su cuerpo, según sea el caso, lo cual se logra fundamentalmente con tratamientos hormonales y con diversos procedimientos quirúrgicos (American medical association committee on human sexuality, 1972).

Pero al respecto de la cirugía de reasignación sexual o de la reasignación integral para la concordancia sexogenérica pasa algo muy curioso como en muchos otros temas relacionados con la sexualidad: Si una persona tiene una bola en la nariz que no va con ella y que la hace sentir mal, se opera para sentirse mejor con ella misma y no hay absolutamente ningún problema; y lo mismo sucede con la liposucción, con las mamoplastias y con cualquier otro tipo de cirugía cosmética. La gente que accede a este tipo de cirugías cosméticas generalmente recibe el aplauso y el reconocimiento social, pero tratándose de los genitales... eso es otra cosa... Pero *¿por qué?*, si la cirugía de reasignación sexual o la reasignación integral para la concordancia sexogenérica va en la misma dirección que los otros tipos de cirugía cos-

mética: que la persona se sienta bien, que se acepte, que sea como quiere ser y como es, que sea ella misma, que fluya, etc.

Con estas cirugías cosméticas no va en juego la vida de la persona, pero con las cirugías de reasignación sexual o con la reasignación integral para la concordancia sexogenérica sí va en juego la vida de las personas; pero esto no se debe a que las cirugías de reasignación sexual sean peligrosas (bueno, sí lo son desde el punto de vista de que son un procedimiento invasivo y que requiere de anestesia general como tantos y tantos otros procedimientos quirúrgicos), sino a que un porcentaje importante de personas transexuales que no acceden a ellas terminan suicidándose.

Los anhelos de cambio que tenga cualquier persona para mejorar habitualmente son vistos como encomiables por muy audaces y radicales que sean, se considera proactivo e incluso heroico que los seres humanos venzan las adversidades y tengan acceso a mejores niveles de calidad de vida. Entonces, *¿por qué no se tiene la misma actitud hacia las personas transexuales que acceden a los procedimientos médico-quirúrgicos que les permitirán vencer las adversidades y tener acceso a mejores niveles de calidad de vida?*

Con respecto a estos cambios corporales también es muy importante mencionar que al tomar actitudes transfóbicas se están allanando impunemente los derechos humanos de las personas transexuales, los cuales se definen como el conjunto de principios universalmente consensuados como protectores de la dignidad humana y promotores de la existencia, de la calidad de vida, de la igualdad, de la libertad y de la justicia.

Los derechos humanos están muy por encima de los valores culturales, de la religiosidad, de los sistemas políticos, de los usos y de las costumbres culturales; y tomando en cuenta que la protección de la salud general y sexual es un derecho humano reconocido, la reasignación integral para la concordancia sexogenérica de las personas transexuales debe ser considerada como tal. Sin embargo, en nuestras sociedades hay sectores de la población todavía irrespetuosos de la diversidad sexual, lo que propicia conductas homofóbicas, bifóbicas y transfóbicas basadas en un sectario enfoque heterocentrista y excluyente.

Aunque la transexualidad ingresa a la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) como “*disforia de género*”, paradójicamente las personas transexuales se niegan a considerar que su condición pueda requerir un “*ajuste*” psíquico en lugar del “*ajuste*” hormonal y quirúrgico, por lo que insisto en que la única forma sensible y humana de tratarlas es ajustando el cuerpo a la mente, y no la mente al cuerpo.

Al respecto hay que recordar que la identidad de género y la identidad sexogenérica son inmutables desde temprana edad, sin embargo, sí se pueden realizar diversos procedimientos que modifiquen los órganos sexuales, los caracteres sexuales primarios y los secundarios.

La reasignación integral para la concordancia sexogenérica se refiere al proceso de intervención profesional por medio del cual se obtiene la mayor concordancia posible entre la identidad sexual y la identidad de género, tiene como base una psicoterapia de acompañamiento (no de curación puesto que no hay enfermedad) e incluye o puede incluir un proceso de socialización y de entrenamiento de rol de género, la administración de hormonas y diversas intervenciones quirúrgicas (Barrios y García, 2008).

La reasignación integral para la concordancia sexogenérica puede incluir modificaciones quirúrgicas tan radicales que conlleven la transformación de los órganos pélvicos, pero podría no incluirlas ya que en algunos casos los cambios serán parciales a satisfacción de la persona, la cual sabe lo que desea y lo que no. Para la persona, que sabe de sí misma más que nadie, eso que obtuvo será la completud de su ser.

Las personas transexuales por definición buscan la armonía, en la que los aspectos somáticos y funcionales que implican el proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica abarcan más que lo meramente rólico y vestimental. Lo que en realidad causa la transformación es el hecho de vivir según el sexo y el género sentidos, y la cirugía sólo confirma lo que de hecho ya sucedió.

Una persona transexual o con discordancia entre su identidad de género y su sexo, para lograr la coherencia que desea habrá de cursar por todo un procedimiento que no se reduce a la simplistamente llamada “*cirugía de cambio de sexo*”, sino que incluye aspectos sociales, de rol, hormonales, psicoterapéuticos, de entrenamiento relacional, legales y quirúrgicos que suelen durar en promedio entre 3 y 5 años.

La reasignación integral para la concordancia sexogenérica tiene pertinencia no sólo para la congruencia somatopsíquica, sino también por el hecho de que todas las observaciones clínicas apuntan a aseverar que la identidad sexual y que la identidad de género son inmodificables; en cambio, la que sí es susceptible de ser transformada es la corporalidad (Barrios y García, 2008).

El sexo de una persona no puede ser cambiado, pero sí es factible y se logra con muy buenos resultados, transformar significativamente algunos aspectos fenotípicos o algunas manifestaciones corporales de la carga genética como los niveles hormonales, los caracteres sexuales secundarios, los órganos sexuales internos y externos, y variados aspectos fisonómicos característicos de uno y de otro sexo. De las ocho dimensiones del sexo, con los recursos científicos y técnicos disponibles en la actualidad solamente pueden ser modificados el sexo gonadal, el sexo hormonal, los órganos sexuales internos, los órganos sexuales externos y los caracteres sexuales secundarios.

Generalmente se piensa que la culminación del proceso de reasignación de la persona transexual consiste en lo relacionado con las intervenciones quirúrgicas, pero no es así ya que lo único que hacen estas intervenciones es ratificar lo preexistente, o sea confirmar quirúrgicamente lo que la naturaleza psicológica de la persona había determinado desde siempre. Y también es importante mencionar que hay personas transexuales que logran una identidad sexogenérica concordante con un mínimo de cambios corporales, y en el otro extremo hay personas transexuales que solamente logran una identidad sexogenérica concordante a través de cambios quirúrgicos radicales, incluyendo el de los órganos sexuales pélvicos.

Ya sea que la persona se someta o no a los procedimientos médico-quirúrgicos de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, es muy importante recordar que lo que la hace transexual es el sentimiento, la convicción y la percepción de que su cuerpo no va con su ser hombre o con su ser mujer.

Antes de realizar cualquier tipo de procedimiento terapéutico para lograr la concordancia sexogenérica y dadas las consecuencias irreversibles de las intervenciones hormonales y quirúrgicas, es imprescindible realizar el diagnóstico diferencial y el diagnóstico definitivo de la condición transexual, el cual se basa en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y en los criterios de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).

Sin embargo, actualmente no es posible realizar el diagnóstico de transexualidad basándose sólo en criterios objetivos, y en ocasiones este diagnóstico depende de la información proporcionada por los pacientes; pero dado el carácter subjetivo de esta información y la importancia de la decisión a tomar, el periodo de diagnóstico suele ser largo y para el diagnóstico de la transexualidad deben cumplirse los siguientes puntos:

- Una escrupulosa historia clínica orientada al desarrollo de la identidad sexual, de la identidad de género y de la imagen corporal; así como al desarrollo psicosexual incluyendo lo referente a la orientación sexual, y a diversos aspectos de la vida cotidiana como por ejemplo la situación social y familiar del paciente, que es un apoyo indispensable para el proceso de reasignación sexogenérica.
- Exploración física apoyada con estudios de laboratorio desde el punto de vista ginecológico, andrológico o urológico, y endocrinológico.
- Y evaluación clínica desde el punto de vista psiquiátrico y psicológico que detecte problemas psicopatológicos como adicciones, tendencias suicidas, perversiones, trastornos de personalidad, cuadros psicóticos, enfermedades mentales orgánicas o retraso mental (Becker, 1998).

También podría considerarse la aplicación de algunos cuestionarios a los pacientes cuyo motivo de consulta sea disforia sexogénica, con la finalidad de tener una idea más clara de su sentir. Estos cuestionarios se muestran en los Anexos de este trabajo.

Un gran número de personas que demandan asistencia sanitaria por sufrir un trastorno en la identidad sexogénica no reúnen los criterios específicos y pueden pertenecer a uno de los siguientes grupos:

- a) Problemas ocultos de identidad de género en pacientes con ansiedad, depresión, abuso de drogas, trastornos de personalidad y con otros trastornos sexuales.
- b) Algunos casos de transvestismo masculino y de homosexualidad masculina o femenina pueden tener una forma de trastorno en la identidad de género.
- c) La intensidad del trastorno de la identidad sexogénica en algunas personas puede fluctuar por encima o por debajo del umbral clínico.
- d) Muchas formas del trastorno en la identidad sexogénica en mujeres tienden a ser poco visibles culturalmente, especialmente para los servicios de salud mental.

Según los estatutos y los lineamientos vigentes de la WPATH, para llegar al diagnóstico de la condición transexual en una persona adulta, se requiere la reunión de los siguientes tres criterios básicos (WPATH, 2001):

- 1) Un anhelo persistente de vivir y de ser aceptado como integrante del otro sexo, generalmente acompañado por el empeño de transformar el cuerpo lo más parecido posible al del otro sexo mediante la administración de hormonas y de procedimientos quirúrgicos.
- 2) Es necesario que la identidad sexogénica discordante haya sido persistente durante por lo menos dos años.
- 3) Y es necesario que la discordancia entre la identidad de género y el sexo no forme parte de un síndrome psicopatológico ni de una anomalía cromosómica.

Por su parte, los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y de la CIE-10 son los siguientes:

Manual	Cuadros	Subdivisión	Criterio
DSM-IV-TR	Trastorno de la identidad de género	Infancia Adolescencia Adulto	Reúnen los criterios diagnósticos
	Trastornos de la identidad de género no específicos		No reúnen los criterios diagnósticos
CIE-10	Transexualismo		Los mismos que el DSM-IV-TR
	Transvestismo	No fetichista Fetichista	Llevar ropa del sexo opuesto para fomentar pertenecer a él sólo de forma temporal
	Trastorno de la identidad de género en la infancia	Niños Niñas	Específicos para cada sexo
	Otros trastorno de la identidad de género		No específicos, genitales ambiguos
	Trastornos de la identidad de género no específicos		No específicos

También es muy importante considerar los diagnósticos diferenciales de la transexualidad como podrían ser la angustia, la depresión, el trastorno afectivo bipolar, los trastornos de conducta, el abuso de drogas, los trastornos disociativos de identidad, los trastornos límite de la personalidad, los trastornos delirantes, los trastornos sexuales misceláneos y las condiciones intersexuales, para llegar finalmente a su diagnóstico definitivo. Además, se debe hacer una diferenciación entre la transgeneridad y la transexualidad.

Existen problemáticas con las que no se debe confundir la transexualidad, por ejemplo las *niñas viragos*, es decir, mujeres genéticas masculinizadas intrauterinamente, las cuales no tienen discordancia sexogenérica (Money y Ehrhardt, 1982).

Tampoco se debe confundir la transexualidad o la transgeneridad con el *síndrome de insensibilidad a los andrógenos*, que es un estado intersexual debido a una alteración genética del cromosoma sexual X que forma parte de los cromosomas sexuales XY. Las personas que nacen con este síndrome son fenotípicamente mujeres, genéticamente hombres (XY), no poseen receptores a los andrógenos, tienen testículos fetales que no se ven externamente,

nacen sin útero y sin ovarios, y nada de esto se observa en un hombre transexual (Botella y Fernández de Molina, 1998; Thompson, 2006).

Con frecuencia la transexualidad también se confunde con el *hermafroditismo*, o más correctamente con el *pseudohermafroditismo*, alteración genética o estado intersexual que provoca que las personas nazcan con genitales tanto masculinos como femeninos, cuestión que tampoco presentan los transexuales; sin embargo, esta condición se confunde porque generalmente cuando nace una persona con pseudohermafroditismo se le asigna un sexo con base en la decisión de sus padres o del mismo médico (Botella y Fernández de Molina, 1998; Thompson, 2006).

Algunos reportes mencionan que muchos pacientes diagnosticados de trastorno de identidad de género presentan un índice elevado de patología psiquiátrica asociada y una mortalidad por suicidio mayor que la población general (Bergero, 2004), y entre los trastornos psiquiátricos asociados con mayor frecuencia se reportan los trastornos de personalidad (narcisista, dependiente y límite), trastornos depresivos, trastornos neuróticos en general, esquizofrenia, conductas autolesivas o suicidas, y abuso de sustancias psicoactivas.

Pero aquí cabe la clásica pregunta con respecto a la etiología de diversas entidades clínicas: *Qué fue primero, ¿la gallina o el huevo?* De esta forma, qué fue primero: la identidad sexogenérica discordante o la patología psiquiátrica; o dicho de otra forma, *la identidad sexogenérica discordante, ¿es una causa o un efecto?* (y lo mismo en lo correspondiente a la patología psiquiátrica).

Atendiendo una vez más a la posibilidad de que exista una o más psicopatías en las personas transexuales, se han realizado diversos estudios:

- En 1985, James F. Murray exploró la hipótesis de que los transexuales masculinos manifiestan una estructura de carácter de conformidad con los criterios del WP para organización límite de la personalidad, para lo cual aplicó la prueba de Rorschach analizando las

variables agresión, relaciones de objeto, pruebas de la realidad y diferenciación del individuo/objeto.

Comparó un grupo de hombres estudiantes universitarios (control) y un grupo de hombres con organización límite de la personalidad. En comparación con el grupo control, los transexuales y los hombres con organización límite de la personalidad mostraron niveles significativamente más intensos de agresión, un nivel inferior de las relaciones de objeto, pruebas más pobres de la realidad y una diferenciación deteriorada para el individuo/objeto. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los transexuales y los hombres con organización límite de la personalidad, por lo que para el autor los resultados de este estudio sugieren que la disforia de género puede ser un subgrupo de una categoría más amplia de diagnóstico de organización límite de la personalidad.

Sin embargo, aquí cabrían las siguientes preguntas: *¿Qué relación tiene la disforia de género con la organización límite de la personalidad? ¿Las dos condiciones son causas o efectos? ¿Cuál de las dos condiciones podría ser una causa y cuál un efecto? ¿Qué fue primero: la disforia de género o la organización límite de la personalidad?*

- En 1981, Hunt y colaboradores estudiaron a 22 sujetos diagnosticados como transexuales que estaban solicitando una cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, y a quienes se les aplicaron la escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS-III) y el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2).

Con base en los exámenes aplicados, los autores concluyeron que los sujetos transexuales se desempeñaron en la escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS-III) en congruencia con su sexo biológico más que con su identidad de género; pero en contraste, en lo referente a los estilos conceptuales los transexuales se desempeñaron en congruencia con su identidad de género más que con su sexo biológico.

Y por su parte, el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) no ofreció evidencias de ningún proceso psicopatológico en ninguno de los transexuales.

- En 1998, Cohen-Kettenis y colaboradores investigaron más a fondo la hipótesis de que la identidad de género cruzado está influenciada por la exposición prenatal a niveles de esteroides sexuales atípicos, por lo que realizaron un estudio con la participación de hombres y de mujeres transexuales adultos que aún no habían sido tratados hormonalmente, y también incluyeron en su estudio a un grupo control integrado por hombres y por mujeres adultos no transexuales.

Estos autores concluyeron que, con base en sus hallazgos, las influencias hormonales organizativas pueden tener un efecto sobre el desarrollo de la identidad de género cruzado.

- En 2005, Coussinoux y colaboradores estudiaron la identidad de género en hombres transexuales comparándola con hombres y con mujeres controles, aplicando la prueba de Rorschach y el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2). Se compararon 10 hombres transexuales homosexuales que no habían recibido ningún tipo de tratamiento y 18 hombres transexuales homosexuales que habían recibido tratamiento, con 10 hombres y con 12 mujeres controles en lo referente al CI verbal, a los resultados de la interpretación de la tarjeta III de la prueba de Rorschach y de la escala Mf del MMPI-2.

Las respuestas obtenidas de los participantes del grupo control fueron significativamente más consistentes con su sexo anatómico que con el sexo opuesto. En los datos obtenidos de la prueba de Rorschach, no se apreciaron diferencias entre los transexuales que no habían recibido tratamiento y los transexuales tratados y operados, y ambos grupos de transexuales ofrecieron significativamente más representaciones humanas femeninas que los hombres del grupo control. Los resultados de los transexuales fueron similares a los obtenidos de las mujeres del grupo control.

En cuanto a la escala Mf del MMPI-2, los transexuales que no habían recibido tratamiento obtuvieron una puntuación significativamente mayor en el perfil masculino (sexo biológico) que la obtenida por los transexuales tratados y operados. Ambos grupos de transexuales obtuvieron una puntuación más alta en el perfil masculino de la escala Mf que en el perfil femenino. La media de la puntuación Mf en el perfil masculino fue significativamente mayor que la

obtenida de los hombres control, mientras que en el perfil femenino la media de la puntuación Mf fue similar a la obtenida de las mujeres control.

Este estudio mostró que en ambos grupos de transexuales los resultados obtenidos de las pruebas de Rorschach y del MMPI-2 son homogéneos, mostrando un conformismo hacia el género percibido. Los resultados en ambos grupos fueron similares a los resultados mostrados por las mujeres control, pero tendieron a mostrar una identificación femenina aún mayor. La ausencia de cualquier diferencia significativa entre los grupos de transexuales no tratados y tratados, sugiere que el tratamiento hormonal no tiene un mayor impacto en el proceso de identificación genérica.

- En el 2005, Esther Gómez Gil, del Instituto Clínico de Neurociencias de la Universidad de Barcelona, también aplicó el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) a 100 pacientes diagnosticados de transexualidad o trastorno de la identidad sexogenérica con base en los criterios del DSM-IV-TR y de la CIE-10, con el objetivo de evaluar el grado de psicopatología en pacientes transexuales y determinar las diferencias en función del género (hombres biológicos o mujeres transexuales, y mujeres biológicas u hombres transexuales).

Los pacientes fueron agrupados en función del género en 70 hombres biológicos o mujeres transexuales, y 30 mujeres biológicas u hombres transexuales.

Las puntuaciones T medias de todas las escalas se encontraron dentro del rango de normalidad excepto la escala de Mf (T = 65 para el grupo de hombres biológicos o mujeres transexuales y T = 66 para el grupo mujeres biológicas u hombres transexuales), por lo que estos resultados sugieren que los pacientes transexuales candidatos a la reasignación integral para la concordancia sexogenérica en conjunto se encuentran libres de psicopatología, y no se encuentran diferencias en el grado de psicopatología entre los grupos hombre-a-mujer y mujer-a-hombre. Por lo tanto, este estudio al igual que muchos otros no apoya la hipótesis de que el transexual en proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica presente alteraciones emocionales relevantes. No se encontraron diferencias significativas

en función del género ni en las puntuaciones medias T de cada escala, ni en el porcentaje de pacientes con puntuaciones $T \geq 65$.

Hasta aquí lo más relevante en relación con los estudios que han tratado de vincular a la condición transexual con diversos trastornos psicológicos, lo cual como se pudo constatar hasta la fecha no ha sido demostrado. Por lo tanto, *¿por qué o con base en qué se sigue considerando a la transexualidad como un trastorno mental o del comportamiento tanto en el DSM-IV-TR como en la CIE-10 respectivamente?*

Ahora, para participar en la reasignación integral para la concordancia sexogenérica existen protocolos internacionalmente consensuados, como por ejemplo el *Protocolo del Programa de Disforia de Género de Stanford*, que se basa en los siguientes puntos:

- Presentar una historia documentada de disforia sexogenérica.
- La persona no debe tener alteraciones mentales psicóticas.
- El o la solicitante no debe estar casado o casada.
- Debe haber una ausencia de contraindicaciones médicas para la cirugía.
- La persona debe aceptar un seguimiento postoperatorio.
- La persona hará una vivencia plena del rol sexogenérico deseado durante 12 a 24 meses.
- Y realizará una terapia hormonal por lo menos durante 12 a 24 meses.

Para Suárez Gallardo, el tratamiento de la condición transexual o de la disforia sexogenérica debe incluir seis etapas o fases en su proceso terapéutico, que son las siguientes (Suárez Gallardo, 1996):

- | | |
|----------|---|
| Fase I | 1) Diagnóstico |
| Fase II | 1) Inicio de la psicoterapia.
2) Inicio de la hormonización. |
| Fase III | 1) Seguimiento psicoterapéutico.
2) Vivencia de rol genérico deseado por un periodo de uno o dos años.
3) Seguimiento hormonal. |

- 4) Asesoría legal.
- 5) Asesoría laboral.
- Fase IV
 - 1) Seguimiento psicoterapéutico.
 - 2) Preparación para la cirugía.
- Fase V
 - 1) Seguimiento psicoterapéutico.
 - 2) Cirugía.
- Fase VI
 - 1) Seguimiento psicoterapéutico posquirúrgico.

Este autor considera que el trabajo psicoterapéutico debe encaminarse a que la persona transexual pueda ser ella misma, logre manifestarse de una manera más auténtica y espontánea, y desde esta perspectiva las áreas a trabajar son la adaptación y la readaptación, la negación, la confusión en función de la preferencia, la confusión en función del transvestismo, los problemas familiares, los problemas sociales, los problemas de pareja, los problemas legales, los problemas laborales, el manejo del centro de valoración, los introyectos, la autoestima, la angustia, la ansiedad, la imagen corporal, los bloqueos, las resistencias, la capacidad de demora, las fantasías (en cuanto a la procreación, a la pareja, a ser hombre, a ser mujer, etc.) y los problemas del área personal en función de todos los estados emocionales anteriores.

Otro protocolo de tratamiento para los trastornos de la identidad sexogenérica es el emitido por la *Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénerica y Transexual (World Professional Association for Transgender Health, WPATH)*, que consiste en cinco etapas o aspectos fundamentales (Meyer, 2001; WPATH, 2001):

- 1) El diagnóstico preciso dentro de un umbral clínico y la psicoterapia de acompañamiento, que se realizan bajo la responsabilidad de un psicólogo, de un psiquiatra o de ambos, y que tiene una duración en promedio de 3 a 6 meses.
- 2) Una valoración endocrinológica y la administración de hormonas, que se realizan bajo la responsabilidad de un endocrinólogo y que tiene una duración en promedio de 1.5 a 2 años.

- 3) La experiencia de la vida real, que se realizan bajo la responsabilidad del paciente y que tiene una duración en promedio de 1.5 a 2 años.
- 4) La cirugía de reasignación sexual, que se realizan bajo la responsabilidad de un cirujano y cuya duración depende de cada caso en particular.
- 5) Controles y seguimiento, que se realizan bajo la responsabilidad de un endocrinólogo y que tienen una duración de por vida.

En un trabajo presentado en el *Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual* en Cusco, Perú, en octubre de 2000, David Barrios Martínez presentó un modelo para la reasignación integral de personas transexuales cuyos aspectos puntuales son siete, aunque centralmente se toma en cuenta la mencionada terapia trifásica, como lo muestra el siguiente cuadro modificado en 2003.

Etapa	Participantes	Tiempo aproximado
Diagnóstico	Psicoterapeuta, médico, psicólogo o psiquiatra con entrenamiento sexológico	3 a 6 meses
Acompañamiento psicoterapéutico	Psicoterapeuta, psicólogo o psiquiatra con entrenamiento sexológico	Durante todo el proceso
Valoración endocrinológica y tratamiento hormonal	Endocrinólogo o médico con entrenamiento en terapia hormonal	1.5 a 2 años
Experiencias de vida real	Consultante	1.5 a 2 años
Redes de apoyo	Familiares, sociales, de pareja y amigos	Durante todo el proceso
Reasignación quirúrgica y cirugías complementarias	Cirujanos especialistas	Variable
Seguimiento y evaluación	Psicoterapeuta, psicólogo o psiquiatra con entrenamiento sexológico, endocrinólogo o médico con entrenamiento en terapia hormonal, y otros médicos de distintas especialidades	De por vida

Cualquiera de los criterios protocolarios son flexibles y podrán tener características diferentes dependiendo del equipo terapéutico y de las variables individuales y culturales, pero tradicionalmente los especialistas que conducen los procesos de reasignación integral para la concordancia sexogenérica de personas transexuales consideran una secuencia preconizada por la WPATH en la llamada terapia trifásica:

Hormonas → Experiencias de vida real → Cirugía

O bien:

Experiencias de vida real → Hormonas → Cirugía

Y en el caso de algunas mujeres biológicas o varones transexuales se puede optar por la secuencia:

Hormonas → Mastectomía → Experiencias de vida real

Sin embargo, no todas las personas con trastornos de la identidad sexogenérica necesitan o desean todos los elementos de la terapia trifásica y este modelo de terapia no es el único.

Aunque los resultados de estas intervenciones no han podido ser evaluados mediante estudios controlados y a largo plazo, sus beneficios resultan evidentes: mejoran la calidad de vida del paciente y su grado de satisfacción, así como su integración social y laboral; y desde el punto de vista médico los importantes beneficios del tratamiento hormonal y el éxito de la técnica quirúrgica a corto y largo plazo.

7.1) Intervención del psicólogo.

Si bien es cierto que el síndrome de disforia sexogenérica procede de un diagnóstico, la intervención del psicólogo se basa en un acompañamiento y se trata de una intervención terapéutica no curativa puesto que no hay enfermedad, que incluye un acompañamiento emo-

cional, solidario y empático con las necesidades específicas de cada persona transexual. Este acompañamiento psicológico es el espacio idóneo en el que la persona que está en el proceso, al estar realizando una serie de pruebas de realidad físicas, sociales, escolares, familiares y de interrelación con otros, genera o propicia respuestas emocionales que deben ser atendidas en ese contexto de cambio y de adaptación.

En la ya referida terapia trifásica, que consiste en pruebas de vida real en el papel del sexo y del género deseados, hormonación supervisada y cirugía para reestructurar los caracteres sexuales y los órganos pélvicos, el acompañamiento psicológico representa un espacio de contención emocional, así como un conjunto de oportunidades catárticas y de aprendizaje de sí mismo que el paciente requiere habitualmente para su adaptación emocional en cada fase de su proceso.

La persona transexual que está en un protocolo de tratamiento tiene que renunciar a su mundo conocido y reiniciar una vida nueva, lo que puede implicar la vivencia de distintos duelos. Uno de estos y quizá el más importante, es la despedida de *“la otra persona”* que ha sido ella misma, y otro pudiera ser el manejo emocional y actitudinal de la situación con todos aquellos que han conocido *“el antes”* y que ahora atestiguan *“el después”*. Si bien es cierto que la disforia o la incomodidad anterior se convierte en bienestar por momentos hasta con euforia por los cambios rólicos dados por la vivencia completa en el papel sexogenérico deseado, así como los cambios físicos y emocionales inducidos por la hormonación, también lo es que hay o que pueden haber emociones, sentimientos y sensaciones emergentes, en ocasiones adversos, que conviene atender desde la perspectiva del acompañamiento psicológico.

Este acompañamiento psicológico no es una fase o una etapa en sí, sino que se requiere a lo largo de todo el proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica; y tanto el bienestar físico como el bienestar emocional emanado de la vivencia en el rol sexogenérico idóneo y de los cambios físicos generados por la administración de hormonas, garantizan el buen paso a la fase quirúrgica. En la etapa posterior al o a los procedimientos quirúrgicos también resulta muy importante el acompañamiento psicológico, pues surgen una

serie de acomodados emocionales que es necesario trabajar con metodologías de intervención profesional para la ayuda emocional.

El acompañamiento psicológico consiste en una serie de comunicaciones bidireccionales entre un terapeuta que sabe cómo sufren emocionalmente las personas y cómo se les puede ayudar, y un paciente que está experimentando una aflicción. Típicamente este acompañamiento consiste en sesiones regulares de aproximadamente 50 minutos, las cuales permiten iniciar un proceso de desarrollo y gracias a ellas se consigue hacer una valoración del historial del paciente, comprender sus dilemas actuales e identificar las ideas poco realistas y las conductas no adaptativas.

El acompañamiento psicológico no intenta curar el desorden de identidad sexogenérica, y su fin último es lograr que la persona tenga un estilo de vida estable a largo plazo con posibilidades reales de éxito en sus relaciones, en su educación, en su trabajo así como en la expresión de su identidad sexogenérica.

El terapeuta debe dejar claro que el paciente tiene derecho a elegir entre distintas opciones, e incluso si lo desea puede ir experimentando con diversos métodos. Idealmente, este acompañamiento psicológico es una actividad en colaboración y el terapeuta debe estar seguro de que el paciente comprende tanto los conceptos de elegibilidad como los conceptos de disponibilidad, dado que ambos deben cooperar para determinar cuáles son los problemas del paciente y para evaluar los progresos realizados. La colaboración impide que se llegue a un punto muerto en el que el terapeuta parezca que evita hacer recomendaciones de forma innecesaria y que el paciente sienta una profunda desconfianza que no le permita compartir libremente con él sus pensamientos, sus emociones, sus sentimientos, sus experiencias y sus relaciones.

El acompañamiento psicológico puede resultar muy beneficioso en todas las fases de la evolución de la identidad sexogenérica, y esto incluye el periodo postquirúrgico cuando se suprimen los obstáculos anatómicos que impiden a la persona encontrarse a gusto con su

propio género, pero sin embargo, sigue sin sentirse bien y no es capaz de vivir con su nuevo rol sexual.

Las funciones del profesional de la salud mental para los casos de identidad sexogenérica discordante son las siguientes:

- 1) Diagnosticar con precisión el trastorno de identidad sexogenérica del individuo.
- 2) Diagnosticar cualquier psicopatología acompañante, y considerar su tratamiento.
- 3) Clarificar los deseos, corregir las falsas expectativas y aconsejar opciones de tratamiento y sus consecuencias.
- 4) Ocuparse de la psicoterapia, de ser necesaria.
- 5) Decidir acerca de los criterios de elegibilidad y de idoneidad de hormonación y de cirugía.
- 6) Hacer recomendaciones oficiales a colegas médicos y cirujanos.
- 7) Documentar el historial relevante del paciente en un informe de recomendación
- 8) Pertener a un equipo de profesionales con interés en los trastornos de identidad sexogenérica.
- 9) Educar a familiares y a instituciones acerca de los trastornos de identidad sexogenérica.
- 10) Y tener total disponibilidad para el seguimiento de los consultantes o de los pacientes.

Los puntos más importantes para el acompañamiento psicológico incluyen la prueba de la vida real, el aprendizaje del rol sexogenérico sentido, la auto-aceptación, el concepto del closet y su apertura, la familia de origen, las amistades, la pareja, la familia descendiente, los espacios de expresión, el trabajo, las creencias religiosas y las redes de apoyo (Zúñiga, 2003).

- ❖ La prueba de la vida real: La idea de la llamada “*prueba de la vida real*” es que la persona se desenvuelva en todos los aspectos de su vida en el sexo y en el género en el que se reconoce y que lo haga de tiempo completo, esto es, 24 horas al día por lo menos durante un año. Son el conjunto de actividades, vivencias y contactos con otras personas en el rol de género deseado; en ocasiones representa la adopción de un papel siempre anhe-

lado pero nunca antes vivido, y en otras, la consolidación de un papel que ya se había desarrollado y ahora, en la cotidianidad, tiende a consolidarse.

La prueba de la vida real es trascendental en el proceso de reasignación integral para la concordancia de la identidad sexogenérica, pues se busca nada menos que contrastar los deseos y las fantasías previas de una vivencia con el género deseado, con su materialización en la vida concreta, produciéndose así la expresión pública de lo que es eminentemente subjetivo y privado; además de que le permite a la persona darse cuenta si realmente el paso que va a dar es lo que quiere en su vida y lo que necesita, y por otra parte es un periodo de aprendizaje que le permitirá adquirir experiencia y vivencias de primera mano que no podría conseguir de otra manera.

Tal como está planteada en los estándares de la WPATH (Meyer, 2001), lo idóneo es que esta prueba se lleve a cabo antes de cualquier modificación corporal, incluyendo aquellas producidas por los tratamientos hormonales, sobre todo cuando son aplicados por cuenta propia.

Actualmente este punto se ha flexibilizado y es posible combinar esta prueba con la reasignación hormonal, sin embargo, con base en la experiencia clínica siempre será mejor que primero se lleve a cabo la prueba de la vida real antes de instaurar cualquier tratamiento hormonal.

Hablar de vivir de tiempo completo en el rol sexogenérico sentido lleva una serie de implícitos, como por ejemplo que no se pretende negar la identidad de la persona transexual probándola, sino lo que se pretende es probar su habilidad para vivir socialmente en el rol sexogenérico acorde a su identidad.

Como es fácil suponer, la prueba de la vida real tiene repercusiones muy amplias en prácticamente todos los órdenes de la existencia: familia, pareja, escuela, religión, trabajo, amistades, aspectos económicos, asuntos legales, etc. Es muy frecuente que la persona en este proceso pierda un trabajo, que voluntaria o involuntariamente concluya una relación de pare-

ja, que deje de ver a sus hijos y a sus amigos, y que tenga que dedicarse a actividades remunerativas completamente distintas a sus estudios o a sus experiencias laborales previas.

El problema se exagera en las sociedades que no han legislado para evitar la discriminación y donde no se permiten los cambios que posibiliten a la persona transexual tener una nueva identidad jurídica: tiene probabilidades altas de ser más vulnerable a las agresiones verbales y físicas de individuos transfóbicos, de sufrir el escarnio y la hostilidad de malos servidores públicos y la decisión, forzada por las circunstancias adversas, de renunciar al estatus académico, social y económico desarrollado con gran esfuerzo a lo largo de los años.

No obstante, en las experiencias de vida real predominan con mucho las vivencias gratificantes y aleccionadoras que dotan de mayor firmeza y seguridad emocional a la persona que está en ese proceso, con lo cual se verá fortalecida para dar otros pasos sucesivos hacia su plena concordancia sexogenérica.

Para evaluar la calidad de la prueba de la vida real de una persona en el género sentido, los clínicos deben examinar las siguientes capacidades:

- 1) Conserva el empleo de tiempo parcial o completo.
- 2) Sigue estudiando.
- 3) Participa en alguna actividad voluntaria de la comunidad.
- 4) Lleva a cabo una combinación de los puntos 1 al 3.
- 5) Obtiene un nombre legal adecuado a su identidad sexogenérica.
- 6) Y proporcionar documentación de personas ajenas al psicoterapeuta que acrediten que el paciente funciona según el rol del género sentido.

La experiencia de la vida real es una fase del proceso terapéutico y no debe tomarse como un método diagnóstico, ya que este fue hecho antes, aunque siempre cabe la posibilidad de modificarse. La experiencia de la vida real pone a prueba el nivel de decisión personal, la capacidad de actuar en el sexo y en el género sentido y la armonía de los apoyos psicológi-

cos, sociales y económicos; ayuda a la toma de decisiones, y si se tiene éxito dará confianza para emprender nuevos objetivos.

Para las personas que ya llevan tiempo viviendo en el rol acorde a su identidad sexogenérica, los tiempos de la prueba de la vida real pueden reducirse porque la persona ya ha demostrado que puede desenvolverse socialmente de esta manera.

❖ Aprendizaje del rol sentido: Es probable que a lo largo de su vida una persona transexual haya experimentado parcialmente con ropa de su sexo y de su género sentido o con el rol correspondiente, pero dado que en la mayoría de las ocasiones las personas transexuales son censuradas y reprimidas por hacerlo, en muchos casos no han tenido una vivencia real de largo plazo viviendo en el rol sexogenérico con el que se reconocen.

Una vez que la persona llega a su determinación sexogenérica, ya sea que esté siguiendo un protocolo o aún no, ha de comenzar a vivirse socialmente en el rol sexogenérico sentido y que habrá de aprender. Esto implica desde aprender cómo vestirse, cómo maquillarse en el caso de una mujer transexual, cómo caminar, cómo hablar, cómo relacionarse con hombres y con mujeres desde su rol sexogenérico sentido, etc.

Si la persona está comenzando este aprendizaje es conveniente que lo haga poco a poco y en privado siguiendo una gradación que va de los espacios privados a los públicos, y de los espacios controlados a los espacios libres. También es conveniente que se haya auto aceptado y que se sienta cómoda en su rol sexogenérico en espacios privados antes de presentarse con otras personas, y conforme vaya ganando experiencia y confianza con algunas personas cercanas, podrá irse aventurando a interactuar con más personas y en espacios públicos.

❖ La auto-aceptación: Para algunas personas transexuales, sobre todo para aquellas con una transexualidad secundaria a transvestismo, el camino hasta su determinación sexogenérica puede estar lleno de dudas y de incertidumbres, como por ejemplo *¿seré homosexual?* por lo que algunas de estas personas se acercan a otras o a sitios de reunión de

homosexuales tratando de identificarse con ellos; sin embargo, al poco tiempo acaban por darse cuenta de que no acaban de encajar del todo ya que su sentir va más allá de lo que encuentran en las personas homosexuales.

La información y el apoyo que se les puede dar les aclara que su situación efectivamente es diferente de la homosexualidad, que en algunos casos puede coincidir con la homosexualidad pero no en todos, y que de hecho podemos encontrar cualquier orientación sexual en las personas transexuales.

Una pregunta que se puede hacer una mujer transexual es *¿me tienen que gustar los hombres?*, y aquí nuevamente la información aclara que pueden haber otras opciones válidas aparte de la heterosexualidad; y lo mismo sucedería en el caso de hombres transexuales.

La pregunta que más frecuentemente se hace una persona con transexualidad secundaria es *¿me arrepentiré de modificar mi cuerpo?* Usualmente para las personas con transexualidad primaria su inconformidad corporal y su deseo de cambio siempre ha sido una certeza, mientras que para las persona con transexualidad secundaria es un proceso más bien gradual y es justamente donde el acompañamiento psicológico cumple su propósito: permitir que la persona se dé cuenta de qué gana y qué pierde, y decida si quiere seguir hasta una resignación integral para la concordancia sexogenérica.

Un temor frecuente de las personas transexuales es *¿se burlarán de mí o me agredirán si me visto como deseo?* Muchas piensan que se verán mal y que las podrían criticar por estar disfrazadas. Muchas de hecho así es como se sienten, y piensan que sólo hasta que modifiquen su cuerpo estarán libres de críticas y de la sensación de usar un disfraz. Esto es una situación que habrá de resolverse con calma, pues por un lado es conveniente que la persona comience a usar ropa de acuerdo con su sexo y con su género sentidos, y por el otro lado ha de sentirse lo más cómoda que pueda. Nuevamente la recomendación es probar poco a poco comenzando con pasos y con situaciones sencillas.

- ❖ El concepto del closet y su apertura: Es muy recomendable que la persona transexual primero se haya auto-aceptado antes de abrir el tema de su condición con alguien más, y que piense muy bien qué espera al hacer tal revelación; que tome en cuenta que su transexualidad puede ser una condición difícil de entender para la mayoría de las personas, y que es más probable que encuentre incomprensión y control (no represión, porque esa es de uno: uno es el que se reprime o no, independientemente del control que venga del exterior) en vez de empatía.

La persona debe valorar con calma la posibilidad de perder sus amistades, y si desea arriesgarse a ello. La persona ha de valorar si desea arriesgarse con las personas de su entorno o si por el contrario, sea más conveniente “desaparecer” y comenzar de nuevo en otro lado con su nueva identidad social, ya que usualmente resulta más complicado tratar de cambiar socialmente en el mismo sitio donde se ha vivido que comenzar en un sitio diferente.

- ❖ La familia de origen: En el caso de las personas transexuales, es muy probable que la familia sea la primera en enterarse conforme la persona transexual haga sus primeros intentos por asumirse en el sexo y en el género con el cual se vive.

Usualmente son pocas las familias que llegan a entender la condición transexual de su hijo o de su hija y que llegan a apoyarle, por lo que es muy conveniente sondear y determinar si será posible encontrar un apoyo por parte de la familia o si lo más prudente sería dejarla al margen y ni siquiera enterarla, lo que supondría que la persona tenga que auto-desterrarse y vivir su prueba de la vida real en otro sitio.

También es importante examinar cómo son las relaciones en la familia antes de revelar la transexualidad de uno de sus miembros. En los casos en que la familia muestre intenciones de apoyar a la persona transexual es conveniente proporcionarle información, y de ser posible y necesario, recibir apoyo terapéutico. Se vivirán una serie de ajustes donde la persona seguirá siendo la misma, y sin embargo, no lo será más. Aquí es importante llevar a cabo una serie de negociaciones entre la familia, de tal manera que la persona transexual pueda vivir su prueba de la vida real y la familia no se sienta incómoda.

En los casos de familias muy apegadas la terapia familiar se vuelve vital, y de no ser posible, es recomendable la terapia individual y el apoyo que pueda haber por parte de algún grupo.

- ❖ Amistades: También es frecuente que una persona transexual confíe y descubra su situación con algún amigo o amiga, lo cual puede ser un arma de dos filos, ya que si bien una amistad honesta puede ser una ayuda invaluable para una persona transexual (sobre todo si la familia no ha respondido favorablemente), también es cierto que en ocasiones desde su buena intención y sus pocos conocimientos algunas sugerencias pueden ser desastrosas; y en otras ocasiones, lo que comenzó como una amistad sincera pudiera terminar al no poder ajustarse a los cambios de la persona transexual.

Por estas razones, es conveniente hacer una evaluación cuidadosa de las amistades que se tienen antes de revelar la condición de transexualidad, y tratar de determinar en lo posible cuáles podrán aceptar y entender y cuáles no.

Si se pierden demasiadas amistades es conveniente que la persona transexual se haga de nuevos amigos que sepan y que acepten su transexualidad, pues estas serán uno de los principales puntos de apoyo después de la familia, sobre todo si no se cuenta con su apoyo.

- ❖ Pareja: En este punto pueden darse varias situaciones. Una es que la persona transexual no tenga pareja y que nunca la haya tenido por temor al rechazo o a la imposibilidad de poder manifestarse públicamente desde su sentir sexogenérico. En este caso, es posible que la persona decida esperar hasta su reasignación para tener pareja, lo cual la deja con algunas complicaciones dada su inexperiencia en relacionarse con posibles parejas desde su condición sexogenérica reasumida, y lo recomendable aquí es un trabajo de asesoría al respecto.

Otra situación puede darse cuando la persona ya tiene una pareja que sabe de su transexualidad y la apoya, y en este caso es importante que también se atienda a la pareja y se revise constantemente cómo se sienten.

Y otra situación se da en el caso personas transexuales que, después de vivir años como hombres o como mujeres y de haber hecho su vida de esta manera con esposa o con es-poso y con hijos, deciden expresar su transexualidad y buscar una reasignación integral para la concordancia sexogenérica. Aquí la evaluación ha de ser de la pareja en primera instancia, y puede ser de mucha ayuda la asistencia profesional. De nuevo y como en el caso anterior, algunas parejas ya repuestas de la sorpresa lo aceptarían, pero otras no y la relación terminará en el mejor de los casos. La persona transexual, tiene que tomar esto en cuenta y poner en la balanza si quiere arriesgarse a dar ese paso o no.

- ❖ La familia descendiente: Una vez resuelta la situación de la pareja, queda la situación de qué hacer con los hijos y con las hijas, lo cual también habrá de ser un acuerdo entre la pareja. Entre los factores a considerar para tomar la decisión están la edad de los hijos y de las hijas, si la persona transexual mantendrá un contacto con la familia durante su acompañamiento y después de la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, cuál es el estado de las relaciones de la familia antes de la revelación, y qué tan conservadora y tradicionalista es la familia.

Mientras la pareja haya aclarado la situación y minimizado las tensiones, y mientras todos(as) tengan información y se aclaren las dudas que vayan surgiendo, los efectos adversos tenderán a reducirse al mínimo; y de nueva cuenta, no hay que preocuparse por los supuestos “*efectos de imitación*” en los hijos ni en las hijas.

Aquí también es recomendable la asistencia de un profesional de la salud mental en el ámbito familiar, y lo importante es aclarar tanto las dudas como las ansiedades que vayan surgiendo en todos los miembros de la familia.

Siendo los hijos adolescentes o adultos, con información adecuada estarán en posición de tomar actitudes responsables y en la medida de lo posible empáticas; pero en niños y en niñas menores, generalmente las respuestas estarán fuertemente influenciadas por los miembros mayores de la familia.

- ❖ Espacios de expresión: Para una persona transexual que está en proceso de determinación sexogenérica, contar con espacios para expresar y para practicar su rol sexual y genérico se vuelve algo de suma importancia, sobre todo cuando estos espacios no pueden coincidir con los de la casa.

Al principio la secuencia recomendada es pasar de espacios privados a espacios públicos, y de espacios controlados a espacios abiertos. Si la persona transexual puede negociar en casa para poder expresarse en su sexo y en su género sentidos será una ayuda invaluable, pero si esto no es posible, tal vez una amistad pueda ofrecer su confianza y tal vez su casa.

Conforme la persona transexual gane confianza en la ejecución de su rol social con pocas personas de confianza, podrá interactuar con mayor número de personas.

Una de las satisfacciones más grandes para una persona transexual, sobre todo en sus primeros pasos, es cuando es llamada por el nombre que ha elegido acorde a la identidad sexogenérica que manifiesta; y es muy importante mencionar que si queremos ganar la atención de una persona transexual, hay que recordar esto y nombrarle de la manera que ha escogido, lo cual nos facilitará en mucho la labor de apoyo. Por ejemplo, una mujer transexual (hombre biológico) puede haber elegido el nombre de *Alejandra*, y al referirnos así a ella le estamos mandando un mensaje de comprensión, de entendimiento, de empatía, de aceptación, de que no estamos tomando la posición de juez ni de jurado, lo cual hará mucho más fácil el rapport y la comunicación bidireccional que requieren estos casos.

Los grupos de apoyo pueden cubrir parte de esta demanda con espacios físicos si es que cuentan con ellos, sin embargo, en grupos mixtos no exclusivos para personas transexuales, la convivencia con transvestistas, con personas transgenéricas o con ambas puede ser movilizadora de muchas angustias y miedos que será importante detectar y trabajar oportunamente, de preferencia en un espacio profesional.

- ❖ Trabajo: Un aspecto muy importante que la persona transexual ha de considerar, es cuál será su actividad laboral después del proceso de reasignación y plantearse las siguientes preguntas: *¿Podrá ser la misma que ha desempeñado? ¿Tendrá que cambiar de profesión u oficio? ¿Podrá sobrevivir con menos ingresos? ¿Conseguirá empleo en su nueva condición?* Estas son situaciones que la persona transexual deberá valorar durante su proceso de acompañamiento.

Si bien en el Código Penal del Distrito Federal el artículo 281 bis contempla la protección contra la discriminación, esta sigue existiendo hacia las personas que presentan condiciones sexuales diferentes a las de la norma, por lo que muchas personas transexuales optan por auto-emplearse, otras pueden colocarse con amistades o en establecimientos que se muestren dispuestos a trabajar con personas transexuales, aunque en muchas ocasiones una persona transexual se vea en la necesidad de trabajar más por menos para ser considerada como igual a las personas con sexos y con géneros convencionales.

Un punto necesario para poder trabajar es contar con documentos que avalen la identidad sexogenérica legal de la personal, y actualmente, en nuestro país cambiar el estatus legal es un asunto sumamente engorroso.

Algunas personas se ven obligadas a recurrir a documentación falsa, lo cual está contemplado como un delito y no obstante algunas deciden correr los riesgos; y por otra parte, aún en el caso de personas que han conseguido que se modifique su estatus, en ocasiones parece existir una fuerte reticencia por parte las autoridades para extender una nueva acta de nacimiento y lo único que se hace es hacer una anotación al margen al modo de fe de erratas, lo cual sigue evidenciando su estado anterior con todas las desventajas que ello implica.

Todos estos aspectos habrán de mencionarse a la persona interesada en una resignación integral para la concordancia sexogenérica.

- ❖ Creencias religiosas: En el caso de algunas personas transexuales, el aspecto religioso reviste particular importancia y puede ser generador de múltiples angustias.

En términos generales, un o una creyente que entra en conflicto con su religión puede tomar tres posturas básicas. Una es encontrar que su “*cambio de sexo*” es incompatible y duramente reprobado por sus creencias, y en este caso la persona sufrirá su religión. De aquí derivan las otras dos posturas: la personas puede modificar sus creencias y hacerlas compatibles con su transexualidad, o puede renunciar a ellas.

En este sentido resulta altamente recomendable la información y el apoyo que puedan encontrar en la *Iglesia de la Comunidad Metropolitana*, que es una iglesia cristiana inclusiva con la gente de la diversidad sexual que les permite mantener sus creencias religiosas con cierta flexibilidad.

- ❖ Redes de apoyo: Para la determinación y emancipación sexogenérica es de mucha ayuda contar con ambientes y con personas confiables, así como con servicios de salud profesionales.

Es muy importante que las personas transexuales puedan contar en todo momento con alguien que las apoye: si es de la familia qué mejor, pero si no es posible, las amistades resultan muy valiosas. En este sentido los grupos de apoyo pueden resultar recursos enriquecedores, y también es importante hacer difusión de las instituciones y de los establecimientos que brindan servicios para la comunidad transexual.

Siendo parte de las experiencias de la vida real, la dinámica de las redes de apoyo le confiere a quien está en el proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica un soporte invaluable en el camino de la transición. Se trata de familiares, amigos, parejas, profesionales empáticos, clubs y comunidades organizadas, sitios y blogs de Internet que coadyuvan de manera significativa en la transición.

A menudo la persona transexual se aísla, en ocasiones es rechazada por la familia o por parte de esta, y en otras el entorno social representado por la escuela, por el trabajo o por la comunidad religiosa tiene una respuesta virulenta. Es entonces cuando la solidaridad, la comprensión, la contención emocional y la aceptación incondicional de uno o de varios de los elementos de la red de apoyo ejercen su acción benéfica.

Antes de la llegada del Internet la socialización del tema de la transexualidad y la difusión de los procesos de reasignación para las personas transexuales eran muy limitadas y tardías, pero ahora existen diversos sitios web con información disponible; y aunque no toda es seria y documentada, sí la hay en cantidad y en calidad suficientes como para enterar del tema a la población general. A través del Internet y de las redes sociales, las personas transexuales tienen mayor acceso a datos confiables, se enteran de los servicios que ofrecen los profesionales éticos y preparados, saben mucho más que las generaciones anteriores sobre los distintos aspectos de la diversidad sexual en general y de la transexualidad en particular.

Finalmente, la psicoterapia no es un requisito absolutamente necesario para el proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, y dependerá de las necesidades individuales estableciéndose objetivos y duración. Se debe tratar al paciente de una forma global prestando interés a todos los aspectos, y no sólo al problema de identidad sexogenérica. La psicoterapia no intenta curar el trastorno de identidad sexogenérica sino ayudar a la persona a sentirse mejor con su identidad sexogenérica y a enfrentar otros problemas distintos, aclarando y aliviando conflictos; y está indicada:

- En personas confusas acerca de su identidad sexogenérica, o en las que el deseo de la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica es secundario a otros problemas.
- Y en candidatos a la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, para superar la ansiedad sobre su futuro o para ayudarles a adaptarse a su nueva situación.

7.2) Terapia hormonal.

La terapia hormonal reviste un papel en extremo importante durante el seguimiento del protocolo, pues se persiguen dos objetivos: suscitar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios compatibles con el aspecto deseado en correspondencia con la identidad sexo-genérica de la persona que transiciona, e inhibir los caracteres sexuales secundarios de su sexo biológico (Esteve de Antonio, 2001; Gooren, 1990).

La valoración clínica consiste en la realización de una serie de exámenes de laboratorio y de gabinete, que acompañados de un interrogatorio empático expresado en la historia clínica sexológica llevarán a los profesionales encargados del proceso a decidir y vigilar la hormonación, también llamada terapia hormonal sustitutiva u hormonización.

Para la valoración endocrinológica previa a la administración de hormonas se recomiendan los siguientes estudios:

- Datos antropométricos (peso, talla, apreciación de cintura escapular y pélvica, apreciación de distribución de la grasa corporal) y presión arterial.
- Química sanguínea incluyendo glucosa en la sangre, perfil de lípidos, función renal y hepática.
- Pruebas de sangrado y de coagulación.
- Perfiles hormonales, serología para VIH y marcadores para hepatitis.
- Radiología e imagenología (tomografía de la silla turca del esfenoides, ecografía hepática, etc.)
- Cariotipo.

Para la hormonación, la WPATH postula la consideración de varios criterios de elegibilidad y de idoneidad (Meyer, 2001), mismos que se pueden adaptar con modificaciones según cada caso en particular. Los criterios de elegibilidad son criterios objetivos y específicos, sin los cuales no debe iniciarse ningún tipo de tratamiento médico ni quirúrgico; y los criterios de

idoneidad son datos adicionales que apoyan la decisión de pasar al tratamiento médico o quirúrgico y dependen de la apreciación subjetiva del facultativo sobre diversos aspectos.

Los criterios de elegibilidad para la administración hormonal son:

- a) Tener cuando menos 18 años de edad.
- b) Conocer los beneficios y los riesgos de la acción de las hormonas.
- c) Y un periodo igual a o mayor de 3 meses de experiencia de vida real documentada acompañada de psicoterapia.

Y los criterios de idoneidad para la hormonación son:

- a) Adherencia o disciplina a las indicaciones de hormonación.
- b) Identidad sexogenérica consolidada por experiencia de vida real en el papel o en el rol de género deseado, con acompañamiento psicoterapéutico de ser necesario.
- c) Y mantenimiento o mejoría de la salud mental con control satisfactorio de otros conflictos si existieran, como por ejemplo sociopatías, adicciones, psicosis, tendencias suicidas, etc.

Para estos criterios pueden existir excepciones, como por ejemplo:

- En algunos casos y para evitar males mayores como el uso de hormonas no supervisadas, el tratamiento hormonal podría prescribirse a falta del último criterio de elegibilidad.
- Y el tratamiento hormonal podrá prescribirse a quienes no puedan o no quieran operarse, o no puedan o no quieran vivir la experiencia de la vida real como del otro sexo, pero sólo después del diagnóstico y de una psicoterapia de al menos 3 meses.

Los principales efectos de las hormonas feminizantes en los hombres biológicos o en las mujeres transexuales son los siguientes (Hassan, 2010; Klein, 2009):

- La fertilidad y la conducta sexual masculina decrecen rápidamente, y esto puede ser permanente después de pocos meses. Las erecciones se vuelven desde infrecuentes hasta

imposibles. Las pacientes informan de un aumento de la conducta sexual de tipo femenino. Con el tiempo el pene y el escroto puede atrofiarse en alguna extensión, requiriendo que la paciente regularmente los estire con la mano para mantener el suficiente material para una eventual cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica. Los testículos y la próstata también se atrofian.

- En cuanto al desarrollo de los pechos, su tamaño final típicamente es algo más pequeño que los de una mujer que sea parecida a ella en talla y en peso. Los pezones se alargan y las areolas oscurecen una mayor extensión, pero el crecimiento de los pechos puede ser insatisfactorio en algunas pacientes, las que pueden desear realizarse implantes. El crecimiento de los pechos puede aumentarse mucho con el uso de un progestágeno adecuado, proporcionando un crecimiento más natural del pecho para formar los conductos y los senos galactóforos, el tejido conjuntivo y para impedir que el tejido graso decaiga por el tratamiento con estrógenos.
- En cuanto a la redistribución de la grasa facial y corporal, la cara se vuelve más típicamente femenina con más mejillas y con menos angulosidades; y a largo plazo la grasa tiende a emigrar desde la cintura y a depositarse en las caderas y en las nalgas, proporcionando una figura más femenina. El crecimiento del pelo corporal a menudo se reduce y puede afinarse en textura y en color. Los efectos sobre el pelo facial dependen de cada persona, sin embargo, si la paciente está recibiendo electrólisis, el tratamiento hormonal reduce notablemente la fuerza y la cantidad del pelo rebrotado.
- El cuero cabelludo a menudo mejora en textura y en densidad, y el patrón de pérdida de cabello masculino generalmente detiene sus progresos. Algunas pacientes encuentran que las zonas de cabello recientemente perdidas se recuperan en alguna medida, pero una severa pérdida de pelo necesitará trasplantes de cabello, un postizo o una peluca.

Para el caso de los varones biológicos o de las mujeres transexuales, existe un debate en la actualidad sobre si se debe administrar una dosis constante de hormonas cada día, o si se debe imitar el ciclo menstrual natural reduciendo o deteniendo los estrógenos cada 7 a 10 días de cada 28, añadiendo progesterona durante este período. No se ha encontrado ninguna ventaja por este método clínico, y su principal efecto parece ser el inducir cambios extremos de estado de ánimo similares al síndrome premenstrual. Existe alguna evidencia que la apro-

ximación no-cíclica produce ligeramente una feminización más rápida, por lo que hoy en día el método no-cíclico está ampliamente reconocido como preferible.

Los principales efectos de las hormonas masculinizantes en las mujeres biológicas o en los hombres transexuales son los siguientes (Hassan, 2010; Klein, 2009):

- La piel y el pelo se vuelven menos grasos, los granos y el acné generalmente mejoran. Algunos pacientes encuentran que su piel se vuelve muy seca, y muchos pacientes necesitan cambiar su sistema de cuidado de la piel después de iniciar el tratamiento hormonal.
- El rendimiento metabólico decrece y muchos pacientes ganan peso. Adicionalmente, a menudo se pierde masa muscular. Muchos pacientes informan de uñas quebradizas y algunos dicen mejorar en este caso tomando varios suplementos nutricionales.
- Muchos pacientes informan de cambios de sensibilidad y de cambios emocionales: es común que aumente el sentido del tacto y del olfato, junto con una sensación general de ser más emocionales. Los cambios de humor son frecuentes al inicio de la terapia hormonal o de cualquier cambio en el régimen.

Existen algunas contraindicaciones absolutas para el tratamiento con estrógenos, el cual se emplea en mujeres transexuales, como por ejemplo dislipidemia importante, daño severo de curso crónico a la glándula hepática, cardiopatía isquémica, enfermedad tromboembólica, enfermedad cerebrovascular y obesidad patológica; y se deben hacer indicaciones especiales a las personas que vayan a recibir hormonación estrogénica y que tengan los siguientes datos: hipertensión arterial severa, cefalea resistente a los tratamientos, diabetes mellitus, tabaquismo, hiperprolactinemia y antecedentes familiares de cáncer de mama (Becerra, de Luis y Piédrola, 1999; Van Kesteren, 1997).

Las contraindicaciones absolutas para el tratamiento con andrógenos utilizado en hombres transexuales son insuficiencia cardíaca, hepatitis aguda o crónica, insuficiencia hepática y síndrome nefrótico; y se requieren cuidados especiales e indicaciones adicionales ante la presencia de los siguientes factores en la persona que recibirá hormonación androgénica:

epilepsia, dislipidemia severa, poliglobulia, migraña crónica, insuficiencia cardiaca latente e insuficiencia renal (Becerra, de Luis y Piédrola, 1999; Van Kesteren, 1997).

El tratamiento hormonal producirá importantes cambios antropométricos, como modificaciones cuantitativas de los compartimentos graso y muscular, de la distribución de la grasa corporal, del índice cintura-cadera, del grosor de los pliegues cutáneos, así como del peso corporal y de la presión arterial. Estos parámetros deben ser determinados antes del inicio del tratamiento y hacer el seguimiento en los controles sucesivos (Becerra, de Luis y Piédrola, 1999; Van Kesteren, 1997).

Además, el tratamiento cruzado con esteroides sexuales producirá en teoría una inversión del patrón de riesgo cardiovascular, no sólo por la modificación de parámetros antropométricos sino también por la modificación de parámetros bioquímicos. El tratamiento con andrógenos en mujeres biológicas o en hombres transexuales podría incrementar la resistencia a la insulina, modificar el patrón lipídico o producir alteración de las enzimas hepáticas. Los hemogramas y las pruebas de coagulación son parámetros que precisan de estrecha vigilancia sobre todo en el tratamiento con estrógenos y con antiandrógenos en hombres biológicos o en mujeres transexuales; y si en cualquier momento se sospecha de una trombosis venosa profunda o de un tromboembolismo pulmonar habría que realizar una ecografía, una flebografía o una gammagrafía pulmonar (Becerra, de Luis y Piédrola, 1999; Van Kesteren, 1997).

Es necesario obtener un perfil basal de los distintos ejes hormonales, tanto al inicio del tratamiento para descartar alteraciones endocrinológicas como para el seguimiento antes y después de la cirugía. También es necesario vigilar la modificación de los valores sanguíneos de las hormonas “*masculinas*” y “*femeninas*” debidos al tratamiento, así como el seguimiento de los valores de prolactina que frecuentemente incrementa sus valores normales hasta cuatro veces (rara vez pasa de 100 ng/ml), y no sólo por el tratamiento estrogénico sino también por la administración de andrógenos. El tratamiento con esteroides sexuales produce un cese del estímulo hipofisario (hormona folículo estimulante o FSH y hormona luteinizante o LH) sobre las gónadas (testículos y ovarios) y una cierta atrofia de las mismas, acompañada a veces de dolor.

Una vez desarrolladas las glándulas mamarias en los hombres biológicos o en las mujeres transexuales, precisan de vigilancia periódica mediante una mamografía o una ecografía como cualquier mujer biológica como medida preventiva del cáncer de mama. Aunque el tratamiento estrogénico de por vida podría prevenir cualquier alteración de la próstata, se han reportado casos de cáncer de próstata por lo que estos pacientes precisan de controles ecográficos y bioquímicos periódicos para prevenir esta enfermedad, y sobre todo a partir de los 50 años de edad. Debe considerarse la necesidad de realizar un cariotipo, ya que a veces puede haber genitales ambiguos o estados intersexuales, hipogonadismo masculino de diversa etiología, síndrome de Klinefelter, etc.

Existen multitud de esteroides sexuales sintéticos y semisintéticos, los cuales se enlistan en la siguiente tabla (Moore , Wisniewski y Dobs, 2003)):

Fármacos y dosis para el tratamiento hormonal de la transexualidad		
Mecanismo de acción	Compuesto químico	Dosis media
Análogos de la LHRH	Goserelina Triptorelina	3.6 mg / mes, S. C. 3.75 mg / mes, I. M.
Inhibidores de la síntesis de andrógenos (Testosterona y dehidrotestosterona)	Espironolactona Finasterida Flutamida	100 a 200 mg / día, V. O. 5 mg / día, V. O. 750 mg / día, V. O.
Antigonadotrópicos	Acetato de ciprosterona Medroxiprogesterona Linestrenol Norethisterona	100 mg / día, V. O. 5 a 10 mg / día, V. O. 150 mg / mes, I. M. 5 a 10 mg / día, V. O. 5 a 10 mg / día, V. O.
Bloqueantes de los receptores androgénicos	Acetato de ciprosterona Espironolactona	100 mg / día, V. O. 100 a 200 mg / día, V. O.
Estrógenos	Etinilestradiol Estrógenos conjugados 17 beta estradiol Estriol	100 mg / día, V. O. 1.25 a 2.5 mg / día, V. O. 2 a 4 mg / día, V. O. 4 a 20 mg / mes, I. M. 50 a 100 mg / día, V. O. 4 a 6 mg / día, V. O.
Andrógenos	Esteres de la testosterona Parches testosterona	250 mg /15 días, I. M. 5 mg / día, V. T. D.

S. C.: Administrado por vía subcutánea.
I. M.: Administrado por vía intramuscular.

V. O.: Administrado por vía oral.
V. T. D.: Administrado por vía transdérmica (a través de la piel).

No se ha demostrado que determinadas drogas sean más eficaces que otras y su elección dependerá de la disponibilidad, de la tradición local, de los efectos adversos, de la vía de administración y del costo. Las dosis óptimas podrán variar de un caso a otro, y los primeros efectos del tratamiento hormonal comienzan a aparecer entre las 6 y las 8 semanas, como por ejemplo los cambios de la voz en los hombres transexuales y el desarrollo de nódulos mamarios dolorosos en las mujeres transexuales. Los cambios pueden completarse entre los 6 y los 24 meses, y el crecimiento del vello facial puede llevar de 4 a 5 años.

En cuanto al tratamiento hormonal de los hombres biológicos o de las mujeres transexuales, la supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

- Supresión de las gonadotropinas (LH y FSH hipofisarias), que son las que estimulan la producción gonadal de hormonas: Entre los fármacos que pueden lograr este efecto supresor de las gonadotropinas hipofisarias, destacan los análogos de factor liberador de la hormona luteinizante (LHRH) cuyo precio es muy elevado y como efecto adverso mayor cabe destacar a los sofocos, muy parecidos a los de la mujer post-menopáusica. Sus efectos son reversibles y su uso queda reservado para la castración química, necesaria a veces en personas transexuales muy jóvenes para detener o para retrasar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a la espera de la mayoría de edad. Otros inhibidores de las gonadotropinas pueden ser el acetato de ciprosterona, el acetato de medroxiprogesterona y altas dosis de estrógenos.
- Drogas que interfieren con la producción de testosterona o con su conversión a 5α -dihidrotestosterona (DHT), como la espironolactona y la finasterida.
- Drogas que bloquean los receptores androgénicos como el acetato de ciprosterona, el acetato de medroxiprogesterona, la flutamida y la espironolactona.

La longitud del pene no se reduce por la administración de hormonas, pero por su estado de flaccidez y por el acúmulo de grasa infra-abdominal puede parecer más pequeño. Las erecciones espontáneas son suprimidas dentro de los 3 meses pero las debidas al estímulo erótico no suelen desaparecer, y el volumen testicular se reduce en un 25% dentro del primer

año. Este tratamiento reduce la masa muscular y la fuerza, así como el contenido de hemoglobina en la sangre.

La inducción de los caracteres sexuales femeninos se lleva a cabo principalmente por la administración de estrógenos (Asscheman y Gooren, 1992). Un segundo esteroide sexual producido por los ovarios es la progesterona, cuya función principal es preparar a la mucosa uterina o endometrio para la nidación. Su efecto feminizante es limitado, sin embargo hay quien aconseja su utilización junto a los estrógenos para reducir el riesgo estrógeno-dependiente de cáncer de mama. Hasta la fecha han sido publicados 3 casos de cáncer de mama en hombres biológicos o en mujeres transexuales, aunque sin una clara relación con el tipo de estrógeno, dosis o duración del tratamiento; y como en las mujeres biológicas, deben someterse periódicamente a la palpación y a una mamografía para prevenir el cáncer de mama.

Tampoco debe olvidarse tomar las medidas preventivas necesarias para el cáncer de próstata, y el tratamiento con estrógeno podría incluso ser un factor de defensa. No hay un estrógeno superior a otro, y la elección dependerá de la disponibilidad, del precio y de la preferencia por cada uno. Las diferencias sustanciales dependerán sobre todo de la fórmula química y de la vía de administración. Todos los estrógenos por vía oral se absorben en el intestino y pasan primero por el hígado para ser metabolizados y después ejercer sus efectos sobre los lípidos, sobre los factores de la coagulación y sobre la renina. También el metabolismo hepático se relaciona con la fórmula química, y mientras el etinilestradiol se metaboliza lentamente, el 17β -estradiol lo hace mucho más rápido, lo que explica una diferencia de 10 a 20 veces en la dosis diaria. La vía de administración puede determinar diferencias en los efectos beneficiosos y adversos, por lo que la vía transdérmica es la que menor riesgo de tromboembolismo produce (Asscheman, 1989), por lo que podría reservarse para los transexuales de mayor edad (mayores de 40 años) o como forma de mantenimiento una vez conseguidos los efectos feminizantes a través de otras vías de administración. Tras la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, las dosis deben reducirse al mínimo para que no produzca síntomas de deficiencia y para que protejan al paciente frente a la osteoporosis.

El etinilestradiol es el estrógeno más potente, es muy barato y fácilmente disponible pero sólo combinado con progestágenos.

La dosis activa de estrógenos conjugados en los transexuales puede ser mayor hasta unas 7 veces (5 mg/día) que la requerida por mujeres posmenopáusicas, se metabolizan ampliamente en el hígado y con menos efectos adversos que otros.

El 17β -estradiol es el más potente de las tres formas naturales de estrógenos (estradiol, estrona y estriol), y puede administrarse por vía oral, intramuscular o transdérmica. Esta última forma podría ser interesante por su menor frecuencia de efectos adversos, pero en muchos pacientes da problemas en el lugar de aplicación de la piel y son caros.

El estriol es menos potente, se usa en casos de vaginitis y para tratar otros problemas en mujeres postmenopáusicas, en transexuales se precisan altas dosis y no presenta ventajas sobre los otros tipos de estrógenos.

La inducción de las características femeninas es muy variable. Al principio son habituales los nódulos periareolares dolorosos. El tamaño de las mamas puede ser cuantificado midiendo la hemicircunferencia que al año puede alcanzar unos 10 cm, pudiendo llegar hasta 22 cm a los 24 meses, aunque aproximadamente en el 50% de los transexuales es juzgado como insatisfactorio. Se puede acceder a los implantes de prótesis, pero es recomendable esperar al menos un año. Por otra parte, la voz no suele cambiar de timbre, la grasa se acumula en la cadera pero no es la norma y la estructura esquelética tampoco se modifica siendo las manos, los pies y la pelvis las zonas más llamativas que permanecen. La piel se hace más fina y seca, y las uñas más quebradizas. Además, el tratamiento estrogénico suele producir cambios de humor y del estado emocional.

En cuanto al tratamiento hormonal de las mujeres biológicas o de los hombres transexuales, la supresión del efecto de los estrógenos sobre los caracteres sexuales no puede ser anulado por antihormonas. Los antiestrógenos administrados a una mujer estimularían a las gonadotropinas y consecuentemente a la secreción ovárica de estrógenos. Podrían usarse

los análogos del LHRH, pero aunque inhiban la función ovárica no suprimen los caracteres sexuales femeninos, y además producen sofocos. Las mujeres biológicas o los hombres transexuales aborrecen su menstruación, y esta puede desaparecer con la administración de progestágenos por sus propiedades antigonadotrópicas (acetato de medroxiprogesterona, linestrenol o noretisterona), aunque después de 2 o 3 meses de iniciado el tratamiento androgénico.

Para la inducción de los caracteres sexuales secundarios son necesarios los andrógenos, los cuales ejercen un poderoso efecto sobre el proceso de virilización, pero la conclusión puede tardar entre 2 a 4 años y a veces más. Los resultados dependen de factores genéticos y raciales. Se usa testosterona por vía intramuscular, ya que la vía oral no suprime totalmente la menstruación aproximadamente en el 50% de los transexuales, y se necesitaría la adición de un progestágeno. El tratamiento con andrógenos suele provocar acné y efectos desfavorables sobre el perfil lipídico, que coloca a las mujeres biológicas o a los hombres transexuales en la categoría de riesgo de los hombres. Por ello deben procurar no fumar, hacer ejercicio físico y prevenir tanto el sobrepeso como la hipertensión arterial.

Los cambios en el aspecto externo producidos suelen ser bastantes satisfactorios, aunque la piel más sebácea puede llegar a ser un problema. Respecto a otros hombres, las mujeres biológicas o los hombres transexuales son más bajos de talla. El clítoris se alarga en todos los sujetos aunque en grado variable, y a veces es suficiente para tener relaciones sexuales satisfactorias, toda vez que aumenta la libido o el deseo sexual tras el tratamiento androgénico. El tratamiento debe continuar tras la ovariectomía para prevenir los sofocos, la pérdida de las características masculinas y ante todo la osteoporosis.

En lo referente a las modificaciones deseadas en los hombres biológicos o en las mujeres transexuales, los estrógenos promueven el crecimiento de los pechos, la redistribución femenina de grasa corporal, la disminución de la fuerza física en los miembros superiores, la suavidad de la piel, la reducción del vello corporal, el aumento del cabello, la reducción de la fertilidad, la disminución del número y de la frecuencia de las erecciones, y la disminución del tamaño de los testículos. En general, todas estas modificaciones pueden ser reversibles ante

la eventualidad de la suspensión de la hormonoterapia, menos la ginecomastia o el crecimiento de los pechos, que tiende a permanecer pese a la discontinuidad en la administración de hormonas.

Hay dos limitaciones importantes en los efectos de hormonación en hombres biológicos o en mujeres transexuales:

- 1) La administración de estrógenos o de estrógenos con progestinas no es eficaz para eliminar la barba o el vello facial tupido, por lo que en muchas ocasiones se hace necesario recurrir a los procedimientos de electrólisis o de depilación con láser.
- 2) La gravedad de la voz varonil no es sensiblemente modificada con la hormonación, dado que en la pubertad el desarrollo de la laringe y de sus cuerdas vocales ha tenido tal consolidación que permanecen intactas, y por lo tanto el timbre no se modifica o lo hace mínimamente. De hecho, la cirugía para feminizar la voz, llamada cricotiropexia consistente en el alargamiento de las cuerdas vocales, no ha tenido los resultados deseables hasta ahora; por lo que para la modulación feminizada, en ocasiones es recomendable una asesoría foniatría. En otros casos basta con un constante entrenamiento que permita la emisión de la voz con inflexiones y con tonos típicamente femeninos.

Y en cuanto a las modificaciones deseadas en las mujeres biológicas o en los hombres transexuales, la testosterona induce el desarrollo de una voz grave, la desaparición de la menstruación, un ligero aplanamiento de los pechos, el crecimiento del clítoris, la presencia de hirsutismo facial (barba y bigote) y en el resto del cuerpo, y la disminución del cabello (que a veces llega a ser calvicie). Estos cambios no son reversibles, pero hay otras modificaciones que sí pueden revertirse ante una suspensión de la hormonación, como por ejemplo el incremento de la fuerza en la porción superior del cuerpo, el aumento de peso, una mayor sociabilidad, la exacerbación del deseo sexual y la reducción de grasa en la zona de las caderas.

En lo referente a los efectos adversos del tratamiento hormonal, se han publicado pocos estudios sistemáticos. Meyer y colaboradores (1986) sólo encontraron alteraciones de las enzimas hepáticas y elevaciones moderadas del colesterol y de los triglicéridos en el suero de

90 transexuales. En estudios de casos se describen embolismo pulmonar, trombosis cerebral, infarto del miocardio, metaplasia de la próstata y cáncer de mama en transexuales tratados con estrógenos, e infarto del miocardio en transexuales tratados con andrógenos (Meyer y colaboradores, 1986).

Asscheman y colaboradores señalan en una población de 303 hombres biológicos o mujeres transexuales los siguientes efectos secundarios relacionados con el tratamiento hormonal: hiperprolactinemia (46 casos), cambios de humor depresivo (25 casos), elevación de enzimas hepáticas (22 casos), incremento de eventos tromboembólicos (19 casos) e hipertensión arterial (14 casos). Y en 122 mujeres biológicas u hombres transexuales se reportó incremento de peso (21 casos), acné (15 casos), elevación de enzimas hepáticas (7 casos) e hipertensión arterial (3 casos) (Asscheman y colaboradores, 1989).

En un estudio más reciente realizado por Becerra y colaboradores, se reporta que los efectos secundarios aumentan considerablemente debido a la automedicación, donde se apuntan los efectos adversos en 31 hombres biológicos o mujeres transexuales y en 26 mujeres biológicas u hombres transexuales (Becerra y colaboradores, 1999).

7.3) Reasignación quirúrgica.

Para la reasignación quirúrgica son necesarias dos cosas (Pavón, Moreno y Alameda, 2000):

- 1) La eliminación de los caracteres sexuales del sexo biológico hasta donde sea posible, porque por ejemplo en las mujeres transexuales no hay forma de revertir los efectos de los andrógenos sobre el esqueleto y la mayor talla, la forma de la mandíbula, el tamaño y la forma de las manos y de los pies, y la estrechez de la pelvis no pueden ser reparados una vez alcanzado el tamaño final tras la pubertad. Por el contrario, la talla relativamente más baja en los hombres transexuales y la mayor anchura pélvica no podrá cambiar con el tratamiento.

- 2) La inducción de los caracteres sexuales del sexo sentido, teniendo en cuenta que mientras en la mayoría de los hombres transexuales los andrógenos pueden producir un desarrollo masculino completo y llamativo, el efecto del tratamiento en mujeres transexuales puede ser insatisfactorio en cuanto por ejemplo a la reducción de la barba o a la inducción del desarrollo mamario.

De igual forma que para la administración de hormonas, existen diversos criterios de elegibilidad y de idoneidad postulados por la *World Professional Association for Transgender Health* para que una persona transexual pueda acceder a los procedimientos quirúrgicos de reasignación sexual (WPATH, 2001), los cuales son particularmente importantes debido a que no existe una reversibilidad absoluta en los procedimientos quirúrgicos ya que en la mayoría de los casos tienen un carácter definitivo.

Los criterios de elegibilidad para la cirugía de reasignación sexual son:

- 1) Haber cumplido la mayoría de edad legal.
- 2) Haber recibido por lo menos 12 meses de hormonación supervisada continua, sin que exista contraindicación médica.
- 3) Haber permanecido cuando menos 12 meses continuos en experiencias de vida real de tiempo completo, calificadas por la propia persona como gratificantes. Los periodos discontinuos de regreso al sexo biológico indicarían ambivalencia y no se cumpliría este criterio.
- 4) Haber recibido psicoterapia durante las experiencias de vida real o haber establecido una relación profesional de ayuda emocional, dependiendo del caso.
- 5) Haber recibido información amplia en torno al o a los procedimientos quirúrgicos, incluyendo el costo, el tiempo de internamiento hospitalario, el tiempo y las características de la convalecencia, las características de las curaciones, de las posibles complicaciones y de la posible rehabilitación posquirúrgica.
- 6) Información y consideración de opciones acerca de varios cirujanos calificados.

Y los criterios de idoneidad para la cirugía de reasignación sexual son:

- 1) La consolidación objetiva y subjetiva de la identidad sexogenérica de la persona transexual que está en el proceso. Aquí de nuevo cobra especial relevancia la atención psicológica de acompañamiento, y la desaparición de la disforia sexogenérica inicial indica indudablemente progreso y bienestar.
- 2) Demostración de solvencia y de eficiencia en la resolución de problemas y de conflictos sobre asuntos existenciales que le son importantes a la persona, para lo cual el desenvolvimiento en la relación con otras personas, la familia, las actividades laborales y la supresión de comportamientos auto-destructivos son buenos indicadores.

Según las normas de la WPATH, en ningún caso se debería indicar una cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica sin haberse aprobado satisfactoriamente los criterios de elegibilidad; sin embargo, en algunos casos podría considerarse sin pasar por el tratamiento hormonal ni por la experiencia de vida real reglamentarios, en un sujeto que haya vivido como miembro de su sexo reproductivamente complementario durante varios años y en quien se descarte una psicopatología.

Una vez que se han cubierto satisfactoriamente estos criterios, las intervenciones quirúrgicas transicionales de hombre biológico a mujer transexual incluyen o pueden incluir la remoción de los testículos (orquidectomía u orquiectomía bilateral), el retiro quirúrgico del pene (penectomía) y la construcción quirúrgica de la vagina, de los labios vulvares y del clítoris (vulvovaginoplastia con plastia de clítoris); y las intervenciones quirúrgicas transicionales de mujer biológica a hombre transexual incluyen o pueden incluir la remoción quirúrgica de las mamas (mastectomía bilateral), la remoción quirúrgica de la vagina (vaginectomía), la extirpación quirúrgica del útero, de las tubas uterinas y de los ovarios (histerosalpingooforectomía), la formación quirúrgica de un órgano fálico o de un símil peneano (faloplastia), la formación quirúrgica de bolsas o de sacos escrotales (escrotoplastia), la implantación de prótesis testiculares y la construcción quirúrgica de un microfalo, generalmente a partir del clítoris (Goddard, Vickery y Terry, 2007; Lawrence, 2003 y 2005).

Para lograr la conformación de una vagina antes inexistente, existen básicamente tres procedimientos con muchas variantes: la inversión de la piel del pene que será el revesti-

miento de la neovagina, la implantación pediculada de una porción del intestino llamada recto sigmoides, o la implantación de un injerto de piel homologa (de la propia persona) para formar el interior de la nueva vagina. Las complicaciones más frecuentes de estas técnicas son una reducción del diámetro y de la profundidad de la neovagina, el cierre de la uretra, la formación de fístulas vagino-rectales o la formación de cicatrices.

La más nueva de las técnicas se basa en colgajos separados peneano y escrotal, diseccionando los vasos y los nervios dorsales del pene de la base a la punta, preservando de esta forma la inervación y la sensibilidad del glande en un colgajo aislado que se reubica como clítoris. Como los nervios del glande en un hombre biológico son análogos a los nervios del clítoris en la mujer biológica, esta técnica proporciona una sensibilidad natural correctamente conectada en la paciente y prácticamente todos los sujetos después de esta técnica quirúrgica expresan una sensibilidad y un disfrute sexual excelentes. Sin embargo, hay que tener presente que el órgano más importante relacionado con la función sexual es el cerebro, con sus ideas, fantasías, permisos, represiones, construcción de subjetividades e integración y traducción del mundo emocional; y estas facultades son las que principalmente propician el placer erótico.

Los labios vulvares son construidos a partir del tejido del escroto, la uretra es acortada y resituada para corresponder a la anatomía femenina normal, el tejido residual de la próstata (una terapia hormonal a largo plazo causa su atrofia y su encogimiento) es dejado en su lugar y en muchos casos proporciona una sensación sexual a través de la pared anterior de la neovagina, análoga a la producida por la estimulación de la zona del punto G en las mujeres biológicas.

Después de la operación, la paciente tendrá un paquete (usualmente un condón relleno de gasa quirúrgica llamado *dummy*) colocado dentro de la neovagina, para retener los tejidos en su correcta situación aproximadamente 5 días mientras se realiza la curación. Durante este tiempo estará en cama descansando, con una dieta de únicamente líquidos suaves para evitar la posibilidad de movimientos defecatorios que podrían dañar la neovagina o estorbar al paquete, y será cateterizada generalmente por 7 días para permitir la curación de la uretra.

Durante el periodo post-operatorio, la paciente necesitará dilatar su neovagina con regularidad usando dilatadores hechos con tal objeto para prevenir su cierre. Puede hacerse dos o más veces diariamente al principio reduciendo eventualmente a una vez o dos por semana, y en algunos casos la dilatación será necesaria de por vida; sin embargo, una paciente sexualmente activa puede encontrar que recibe suficiente dilatación de su actividad sexual.

La cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica de las mujeres biológicas o de los hombres transexuales en lo que se refiere a la faloplastia, que es una intervención no siempre deseada por muchos de ellos, procura tres objetivos importantes: que el hombre pueda orinar de pie, que el falo tenga la mayor similitud posible con un pene, y que conserve una sensibilidad tal que propicie el placer en los encuentros eróticos o en la masturbación.

Para la faloplastia existen diversas técnicas que se aplican en varias intervenciones, y es excepcional que sean menos de cuatro o de cinco operaciones. Es conveniente y da buenos resultados la técnica quirúrgica en la que se toma piel de la cara interna del antebrazo del paciente para construir el neofalo, es una de entre otras técnicas que también logran buena calidad en su propósito y esta técnica se realiza en dos pasos.

❖ Primer paso: Para este momento, por lo general el paciente habrá tenido ya una histerectomía, una mastectomía y habrá estado sometido a hormonoterapia.

Incluye la obtención de un tramo de piel de la parte interna del brazo no dominante con todo y su sistema nervioso y su vascularización, con la finalidad de construir la uretra, el glande y el cuerpo del pene. Con este tramo de piel se forma un “taco” de forma cilíndrica. Se habrá obstruido la cavidad vaginal y los labios mayores se utilizarán para construir el escroto, preservándose los nervios clitorídeos.

La implantación del pene se realiza conectando las dos uretras, los nervios clitorídeos se conectan a los nervios del neopene (nervios propios del tejido del “taco”) y los vasos sanguíneos de este a las arterias femorales y a las venas safenas. Se inserta un catéter uretral co-

mo molde durante la recuperación del paciente para que no se cierre la uretra recién construida, y se coloca un segundo catéter en el área suprapúbica para el drenaje urinario temporal. Después, la parte interna del brazo de donde se tomó el tramo de piel, se cubre con un injerto tomado de la parte interna del muslo.

❖ Segundo paso: Cuando se ha restablecido la sensibilidad, que generalmente sucede entre los 6 y los 9 meses después de la cirugía, se inicia la siguiente fase estética que consiste en realizar correcciones al glande, al tiempo que se insertan prótesis testiculares y prótesis para lograr la función eréctil y por lo tanto la penetración, las cuales pueden ser maleables o semirrígidas, e hidroneumáticas o inflables a petición del paciente.

Los cirujanos que realizan esta técnica aseguran orgasmos en el 100% de sus trabajos.

Existe una nueva técnica para instrumentar en los hombres transexuales llamada metoioplastia que consiste en utilizar un clítoris hipertrofiado en grado variable por efecto de la ingesta de andrógenos por parte del paciente, al que se habrá “*liberado*” del tejido que lo envuelve (capuchón) y de sus inserciones dejándolo sin piel “*por debajo*”, en tal forma que se puede ver y utilizar como un pequeño pene.

Además de “*descapuchar*” el clítoris se logra su desinserción liberándolo de su ligamento suspensorio o cuerda del clítoris y del tejido fibroso que lo envuelve, de tal forma que es posible que “*salga*” y que esté más expuesto. Durante las incisiones es importante cuidar que no se dañe su tejido eréctil, lo que redundaría en la pérdida de esta función.

Finalmente, en cuanto a los estudios de seguimiento correspondientes a los resultados que se han obtenido a partir de las diversas técnicas quirúrgicas de reasignación integral para la concordancia sexogenérica en hombres y en mujeres, se reportan los siguientes datos:

- Se espera que los tratamientos combinados de tipo psicológico y biológico den mejores resultados que aplicándose sólo uno de ellos.

- Existen muchos estudios publicados sobre el seguimiento, sin embargo, se sigue con la duda de cuál de los dos tipos de tratamiento es el que ha brindado más ventajas en la evaluación global.
- El principal síntoma de la transexualidad es el sentimiento de incomodidad con el sexo biológico del paciente y con su género de asignación, y esto implica que los resultados deben de evaluarse de acuerdo a este parámetro.
- Todos los demás síntomas son más o menos importantes pero nunca con la trascendencia del anterior, y por lo tanto es el principal objetivo a lograr.

A finales de la década de 1970 y a principios de la de 1980 se desataron encendidas polémicas por la controversia acerca de la pertinencia o no de la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica. En Meyer y Reter dieron a conocer un estudio en el que revisaban el bienestar y la adaptación de 50 personas transexuales, de las cuales 21 no habían sido operadas y 29 sí habían accedido a la cirugía de reasignación sexual. Los autores no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, por lo que determinaron que carecía de sentido realizar este tipo de cirugía (Meyer y Reter, 1979).

Sin embargo, en 1980 Fleming y colaboradores cuestionaron el estudio de Meyer y Reter, porque encontraron que la escala de adaptación presentaba sesgos importantes debido a que no medía la adaptación con objetividad ni con precisión (Fleming y col., 1980). No obstante, estudios del propio Fleming y Green en 1990 y de Kullgren y Bodlund en 1996 (citados por Istar, 2004) esclarecieron que la mejoría del talante o del estado anímico y la adaptación después de la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica son significativamente mejores que antes de ella; es decir, se demostró la importancia que tiene la cirugía de reasignación sexual en las personas transexuales que optan por ella.

En 1986 Abramowitz concluyó que cerca del 75% de las personas que habían recibido la cirugía de reasignación sexual mejoraron notoriamente en los indicadores específicos, como la disminución del síndrome depresivo; en 1993, Lief y Hubschman encontraron que el 86% de las personas transexuales postoperadas manifestaban satisfacción con el resultado del

procedimiento quirúrgico; y en un estudio de 2003, Lawrence encontró una satisfacción del 100% en 232 mujeres transexuales postoperadas.

Rom Birnbaum realizó en junio de 1999 el primer estudio científico que investigaba algunos aspectos de la respuesta sexual de mujeres transexuales que ya habían sido reasignadas quirúrgicamente, y este trabajo formó parte de su doctorado en el *Institute for the Advanced Study of Human Sexuality*, de San Francisco, California, EUA.

Las personas investigadas tenían sensores electrónicos y se masturbaron en un ambiente tranquilo y privado. La mayoría llegaron al orgasmo, y aunque era un hecho bien sabido por ellas y por sus parejas, se trató del primer trabajo que documentó científicamente la capacidad orgásmica después de la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica.

En este estudio participaron 11 mujeres transexuales y 29 sujetos control subdivididos en cinco grupos: 11 hombres biológicos, 9 mujeres biológicas, 5 mujeres transexuales, 2 personas con estados intersexuales y 2 hombres transexuales. El estudio incluyó a una persona que al principio era mujer transexual preoperada y luego fue postoperada. Se establecieron como variables dependientes las ondulaciones en la presión producidas por la mioclonía, las contracciones anales, el ritmo cardíaco y la tensión arterial.

De las 11 mujeres transexuales postoperadas, 8 manifestaron sensaciones subjetivas de placer y 3 de esas 8 tuvieron contracciones orgásmicas semejantes a las del grupo control. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el tipo de contracciones por grupo estudiado, y la conclusión más relevante en esta investigación es que la mujer transexual postoperada puede mantener o adquirir la capacidad orgásmica después de habersele realizado la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica.

En otro estudio dado a conocer en octubre de 2007 y realizado por Jonathan C. Goddard, de los Hospitales Universitarios de Leicester en Gran Bretaña, se pudo demostrar que la mayoría de las mujeres transexuales postoperadas están satisfechas con los resultados. En es-

te trabajo se realizó el seguimiento por una década, realizándose la revisión de 222 casos de personas a quienes se les había practicado una vulvovaginoplastia. Los datos obtenidos fueron los siguientes:

- En la primera consulta posoperatoria, ya ambulatoria, el 88% de las personas manifestaron que se sentían felices con los resultados, el 7% aseguraron no estar conformes y el 5% se abstuvieron de opinar. Las mujeres transexuales a quienes se les había formado quirúrgicamente un neoclítoris a partir del glande del pene, declararon en el 86% de los casos que ese importante nuevo órgano poseía sensibilidad.
- En un seguimiento a mediano plazo, el equipo de Goddard entrevistó a 70 mujeres transexuales que habían sido operadas tres años antes, su rango de edad era entre los 19 y los 76 años, de ellas el 98% dijeron que tenían gran sensibilidad en el neoclítoris y el 48% dijeron que habían tenido orgasmos; el 14% manifestaron que su nuevo órgano era muy sensible, el 76% afirmaron que los resultados estéticos de la cirugía eran aceptables, y el 80% dijeron que sus expectativas estaban satisfechas.

Finalmente, es imprescindible el seguimiento postoperatorio de la persona que se ha sometido a la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica y a las cirugías cosméticas o complementarias, el cual habrá de ser de carácter integral: psicoterapéutico, sexológico, hormonal y de medicina general. La pertinencia de este seguimiento a largo plazo constituye, al mismo tiempo que una supervisión y evaluación del proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, una manera de atender y de cuidar la salud física y emocional de la persona transexual, lo que es crucial por las repercusiones psicosociales que todo el proceso implica; y por lo tanto se considera que la duración de este seguimiento es indefinida, por el periodo más prolongado posible.

7.4) Cirugías cosméticas.

Las cirugías cosméticas o adicionales a la cirugía de reasignación sexual en los hombres transexuales generalmente son la liposucción en las caderas, en las nalgas y en los muslos; y en las mujeres transexuales generalmente son la reducción de los huesos de la cara (co-

múnmente el frontal o los maxilares), la condroplastia (reducción o el pulimento del cartílago cricoides o manzana de Adán), la ritidnectomía o restiramiento facial, la corrección quirúrgica de los párpados o blefaroplastia, la liposucción o lipoescultura de la cintura, y el arreglo estético de la nariz o rinoplastia. No obstante, la cirugía complementaria que sin duda tiene más demanda en las mujeres transexuales al igual que en gran cantidad de mujeres biológicas, es la mastoplastia o mamoplastia con implantes para aumentar el volumen de los pechos, los cuales no siempre tienen el desarrollo deseado a través de la hormonación.

Para las personas transexuales todos estos procedimientos quirúrgicos tienen un valor y una trascendencia distinta y aún mayor que el de las cirugías simplemente estéticas, y no se trata en estos casos de operaciones electivas o con el afán (muy respetable por cierto) de mejorar la apariencia y la imagen corporal, sino que son procedimientos que, junto a los demás que integran la reasignación integral para la concordancia entre el sexo y la identidad de género, salvan la vida emocional de la persona.

Para los hombres transexuales la mastectomía suele ser la primera cirugía a la que se someten (en muchos casos la única) y puede realizarse durante el tratamiento hormonal, mientras que para las mujeres transexuales la mamoplastia puede realizarse si el endocrinólogo y el psicoterapeuta han documentado que el desarrollo mamario después de 18 meses de tratamiento hormonal es insuficiente para el bienestar en el rol del nuevo género.

❖ La mamoplastia de aumento: Casi con certeza es el procedimiento más requerido que no sea la cirugía de reasignación sexual, y es un procedimiento que es capaz de producir buenos resultados.

Las pacientes que piden el aumento de los pechos en un estadio temprano de su terapia hormonal usualmente deben ser aconsejadas a esperar y ver cómo se produce el crecimiento natural de los mismos mediante el proceso de hormonación. Si el tamaño del pecho todavía es insatisfactorio después de 1 o 2 años de terapia hormonal puede ser apropiada la mamoplastia. Las pacientes quienes han realizado la mamoplastia de aumento antes de la orquiectomía o de la cirugía de reasignación sexual, deben tener en mente que a menudo se

informa de un crecimiento final de los pechos una vez que se han removido quirúrgicamente los testículos.

Se ha hablado mucho en los recientes años sobre la seguridad a largo término de los implantes de rellenos de silicona en el pecho, y de hecho, en los Estados Unidos han sido proscritos y ahora existe una gran variedad de otros rellenos como por ejemplo el salino, que es totalmente seguro pero no proporciona una sensación muy natural (ello depende de si el implante es colocado encima o debajo de los músculos pectorales) y puede ocasionar problemas con las mamografías debido a su radio opacidad; el relleno con triglicéridos hecho con un aceite vegetal refinado parece ser totalmente seguro debido a que el cuerpo está listo a metabolizar el relleno que pueda filtrarse, proporciona una sensación natural y no es radio opaco; y recientemente ha sido introducido un nuevo gel sintético que proporciona una muy buena sensación, pero del que por supuesto no se disponen datos sobre su seguridad a largo plazo.

También están disponibles varios tipos de formas de implantes y algunos de ellos pueden ser particularmente beneficiosos para aquellos transexuales con una proporción más ancha de la parte superior del cuerpo: la mayoría de las mujeres transexuales tienen cajas torácicas de tipo masculino, y tienden a tener sus pechos naturales colocados algo distinto de los de una mujer biológica, lo cual tiende a hacer la apariencia de los pechos subjetivamente más estrecha y perder un soporte bien definido.

Los implantes de forma pueden remediar esta situación ajustando la forma de los pechos para producir un anclaje más ancho, y un modelo de implante de este tipo proporciona una forma que puede ser agrandada paso a paso por una inyección de solución salina, permitiendo un mayor agrandamiento del pecho que mediante un simple implante.

Existen dos variantes principales en la técnica quirúrgica: si la incisión es hecha desde la zona bajo el brazo o desde el pliegue bajo el pecho; y si el implante es colocado encima o debajo del músculo pectoral mayor. Existen ventajas y desventajas en cada caso a menudo dependiendo del físico de la paciente, y debe pedirse el consejo de un cirujano reputado.

En resumen, la colocación del implante por debajo del músculo puede producir una forma más natural en pacientes con pechos muy pequeños, pero causa más dolor durante el período de recuperación ya que los músculos son estirados por el implante, y el ejercicio que presente una fuerte contracción de los músculos pectorales hará que cambie la forma del pecho por la contracción de los músculos, lo que es observable si la paciente está desnuda. Colocar el implante encima del músculo es menos doloroso y evita su distorsión durante el ejercicio, pero en algunas pacientes con poco tejido pectoral natural puede discernirse el contorno del implante.

- ❖ Electrólisis: Casi de forma invariable, las mujeres transexuales requieren tratamiento con electrolisis para remover su pelo facial, previamente o poco tiempo después a su cambio de rol sexogenérico.

Existen tres métodos reconocidos de electrolisis: el galvánico, el diatérmico de onda corta y el mixto que es una combinación del galvánico y del diatérmico. Cada método tiene sus ventajas y sus inconvenientes. El método galvánico se usa en raras ocasiones hoy en día, y si bien algunos pacientes encuentran el método diatérmico preferible al mixto, a otros les parece lo contrario. El método diatérmico frecuentemente da el resultado más satisfactorio, aunque algunas pacientes encuentran que su piel reacciona demasiado mal; y una paciente que experimenta un progreso lento o una reacción adversa en su piel debe ser aconsejada a intentar otro método o un electrologista diferente.

Las pacientes deben ser asesoradas para encontrar un electrologista con una calificación reconocida, y más importante, uno que haya demostrado su competencia tratando pacientes transexuales ya que la electrolisis del pelo facial, y particularmente en un fenotipo masculino, es un proceso delicado que exige habilidad si no quiere dañarse permanentemente la piel.

Recientemente se han reportado dos métodos para eliminar el pelo por láser, ambos son nuevas tecnologías y no hay datos a largo término disponibles sobre su seguridad y eficacia. Algunos pacientes han informado de buenos resultados, sin embargo, también abundan historias de terror. Estos tratamientos deben ser considerados como experimentales y utilizarse

con prudencia, y también deben evitarse tratamientos sin la adecuada supervisión médica (como por ejemplo en ciertas clínicas privadas) bajo cualquier circunstancia.

Las grandes ventajas del tratamiento con láser son su velocidad, cada descarga del láser trata numerosos pelos, y la ausencia de una aguja que algunos pacientes encuentran dolorosa y molesta. Algunos pacientes han informado de buenos resultados con la depilación láser de los genitales previamente a la cirugía, y algunas clínicas láser tratan sin problemas el área genital.

En el método de láser puro se escoge una onda larga de luz láser que es absorbida por la melanina. El razonamiento es que la melanina debe ser mucho más concentrada en el pelo que en la piel y por eso el láser causa el calentamiento efectivo del pelo, incluida la raíz, a una temperatura en que se produce la coagulación proteínica matando el folículo del pelo.

El principal problema con este método se refiere a la pigmentación y a la distribución de la melanina. Algunos pacientes con pelo muy oscuro y con piel pálida informan de una buena destrucción del pelo sin daño para la piel, pero alternativamente han habido problemas con pacientes de piel morena ya que la melanina en su piel causa un grado peligroso de calentamiento general de la piel, provocando quemaduras y posiblemente una posible destrucción de las glándulas sebáceas dejando una piel seca intratable; y por su parte, el pelo rojizo o el pelo gris contiene poca o ninguna melanina y no puede ser tratada efectivamente con este método.

En el método del tinte se aplica a la cara un compuesto absorbente a la luz, se retira el excedente, y la intención es que alguna parte de ese compuesto permanezca en los folículos capilares incrementando la absorción de la luz láser. Los principales problemas son que el método es indiscriminado: cualquier poro o indentación en la piel puede llenarse de compuesto y ser calentada cuando se descarga el láser, se ha informado de severos daños a la piel e incluso el compuesto tiende a penetrar profundamente en los folículos del pelo dejando que la superficie se caliente, lo que puede causar cicatrices en la piel y destruir poco los folículos capilares.

También existen en el mercado varios modelos y tipos de pinzas de electrólisis, cuya idea es pasar una corriente al pelo mismo desde unas pinzas electrodo sin necesitar una aguja; sin embargo, no es posible transferir la suficiente energía al folículo piloso por este método y destruirlo, incluso con el máximo voltaje permitido por la ley. Pruebas clínicas han corroborado esta conclusión, resultando que la electrólisis con pinzas apenas hace más que depilar los pelos y es una pérdida de dinero para los pacientes.

Finalmente, existen equipos caseros de electrólisis que son unidades de electrólisis galvánica de baja potencia y muy sencillas, pero en la práctica los bajos niveles de energía desarrollados son insuficientes para tratar el tipo de pelo masculino, y una vez más, esos productos son totalmente inadecuados para el tratamiento de las personas transexuales.

❖ Dermoabrasión y peeling: A pesar de que estrictamente no son una cirugía, son procedimientos que pueden utilizarse para completar una reasignación sexogenérica. Ambas técnicas eliminan superficie de piel con la intención de que la piel se regenere con un aspecto más juvenil, y de que las arrugas y otras manchas puedan ser reducidas o eliminadas.

Esos procedimientos son ampliamente utilizados por mujeres, particularmente en la edad media. Pueden ser particularmente atractivos para la mujer transexual que puede tener una textura de piel muy áspera después de años de afeitarse, o puede tener cicatrices de acné o producidas por una electrólisis torpemente realizada.

La dermoabrasión representa la eliminación mecánica de piel. La desescamación de la piel se realiza típicamente por medios químicos, usando compuestos que atacan las proteínas para borrar las capas exteriores de piel y eliminarlas. La ablación con láser se ha introducido como una alternativa a los medios mecánicos y los resultados varían de una persona a otra: algunas pacientes han informado de resultados excelentes, mientras que otras han experimentado daños en la piel.

- ❖ Rinoplastia: Es otro procedimiento popular con un buen registro de seguridad, en general con buenos resultados y la intención es en general reducir el tamaño de la nariz, así como reformarla hacia un aspecto más masculino o más femenino dependiendo del caso.

Al igual que con cualquier cirugía cosmética, la rinoplastia es quizás más un arte que una ciencia, y mucho depende de la habilidad del cirujano y de su juicio estético.

- ❖ Condroplastia tiroidea: Este procedimiento reduce la prominencia de la manzana de Adán que muchos transexuales encuentran embarazosa, realizando una pequeña incisión horizontal en una línea de pliegue natural del cuello y quitando parte del cartílago tiroides.

La seguridad de este procedimiento es generalmente buena debido a que no afecta la calidad de la voz si se ha elegido un cirujano experimentado en tratar a pacientes transexuales, pero se han dado algunos casos de desastres notables en los que se ha retirado excesivamente cartílago, produciendo un colapso de las cuerdas vocales.

- ❖ Aproximación crico-tiroidea: Este procedimiento modifica el tono de la voz suturando los cartílagos cricoides y tiroides uno hacia el otro, limitando así la extensión en que las cuerdas vocales pueden relajarse y previniendo que la voz descienda demasiado bajo.

Esta operación no es una panacea para los transexuales que tengan voces no femeninas, no proporciona a los pacientes acceso a un tono de voz más alto del que ya es capaz de producirse, y solamente impide que se descuide en un registro de voz más bajo; y además, mucha de la perceptibilidad masculina o femenina de una voz es debida a factores distintos del tono. La aproximación crico-tiroidea no es un medio de substituir la terapia de la voz.

La operación normalmente es realizada junto con una condroplastia tiroidea, ya que la aproximación crico-tiroidea tiende a hacer el cartílago tiroides más prominente. Al igual que con cualquier forma de cirugía de la voz, existe algún riesgo de daño permanente que puede llevar a una disfunción de la voz, incluso a través de procedimientos en principio reversibles.

Muchos practicantes son de la opinión que esta operación no es recomendable para la mayoría de los transexuales, y que la terapia del habla es una aproximación preferible.

- ❖ Otros procedimientos de cambio de voz: Se han intentado otros procedimientos para modificar o para feminizar la voz de personas transexuales con distintos resultados. Estas cirugías deben contemplarse tanto como experimentales y de alto riesgo, como desaconsejables para casi todos los pacientes. Las técnicas incluyen endurecer las cuerdas vocales creando tejido cicatrizado quirúrgicamente o mediante láser, y afinando las cuerdas vocales por ablación con láser.

Debe mencionarse que cualquier intento de modificar las cuerdas vocales es altamente arriesgado, que muchos pacientes han quedado con una voz mucho peor que la que tenían antes del procedimiento, y que estas modificaciones son totalmente irreversibles.

- ❖ Trasplantes de pelo: Muchas mujeres transexuales, especialmente aquellas que cambian de rol de género tarde en la vida, exhibirán algún grado de calvicie de tipo masculino; y mientras que las hormonas pueden causar alguna mejora en el cuero cabelludo, muchos pacientes pueden considerar que requieren trasplantes de pelo o un postizo.

Todos los métodos de trasplante de pelo representan mover una parte pequeña de pelo de la parte posterior de la cabeza, donde el crecimiento del pelo a menudo permanece denso dividiéndolo en injertos, y su reimplante en el sitio receptor.

Los primeros métodos usaban injertos amplios, que a menudo producían un aspecto anti-natural de mechones de pelo sobre el área previamente calva, pero actualmente se usan técnicas más sofisticadas de mini-injertos o micro-trasplantes que son capaces de proporcionar buenos resultados; sin embargo, en el presente ninguna técnica de trasplante de pelo puede producir una línea límite del pelo perfecta. Debe buscarse el consejo de un reputado tricologista, e idealmente uno que haya tenido experiencia previa para aproximar la línea límite del pelo al estilo natural femenino en pacientes transexuales.

También ha habido intentos de usar trasplantes sintéticos de cabello, ninguno de los cuales ha probado ser satisfactorio.

❖ Otras cirugías cosméticas: Se ha realizado ocasionalmente la reducción o el aumento de la mandíbula dependiendo del caso, que puede ser relativamente una cirugía mayor causando significativo dolor con un período de recuperación largo. Se han observado buenos resultados cosméticos, aunque algunos pacientes se han lamentado de una pérdida permanente de sensación táctil en parte del área quirúrgica.

Ocasionalmente se considera ya sea la reducción malar o los implantes malares dependiendo del caso, así como implantes en los labios y una variedad de métodos no permanentes (típicamente inyecciones de colágeno o de una proteína similar), o más recientemente se han usado implantes permanentes de PTFE expandido (politetrafluoretileno, que es un polímero similar al polietileno), aunque algunos pacientes han informado de pérdida de sensibilidad táctil en los labios con este método.

La reducción de las cejas representa eliminar hueso de los arcos supraorbitales del cráneo para reducir la apariencia de una ceja gruesa común en hombres fenotípicos, no es un procedimiento que se utilice comúnmente y su seguridad es incierta.

La liposucción representa quitar exceso de grasa por medio de una cánula, está ampliamente utilizada y es razonablemente un método seguro; sin embargo, debe advertirse a los pacientes que la liposucción no es un camino substitutivo para una dieta saludable y de ejercicio. La liposucción puede únicamente ser indicada para depósitos de grasa muy tenaces que han fallado a responder a una dieta supervisada y a un régimen de ejercicio. También es posible reinyectar las células eliminadas de grasa a un área donde se desee más deposición de grasa, como por ejemplo en las caderas. Este método es razonablemente seguro, pero a menudo es insatisfactorio ya que frecuentemente mucha de la grasa inyectada falla para asentarse, debido usualmente a un fallo del material trasplantado para establecer un aporte sanguíneo satisfactorio.

La eliminación de costillas ocasionalmente es considerada para obtener un talle más pronunciado, y está ampliamente contemplada como desaconsejable.

La remodelación de los hombros que se usa ocasionalmente para intentar estrechar los hombros de la paciente representa romper varios huesos y eliminar material de los mismos, pocos cirujanos realizarán este procedimiento y está ampliamente considerado como no aconsejable.

❖ Terapia de la voz: La mayoría de los hombres y de las mujeres transexuales tienen voces que suenan femeninas o masculinas respectivamente y que cambiaron de manera natural en la pubertad. Ni el tratamiento hormonal ni la cirugía genital afectarán a la voz, por lo que los pacientes deberán aprender a producir una voz masculina o femenina aceptable.

Algunas personas consiguen adaptar sus voces bastante aceptablemente, muchas requieren ayuda profesional y unas pocas pueden tener poco éxito incluso con el apoyo de un profesional.

Conclusiones

Con base en todos los conceptos anteriormente expuestos a lo largo de este trabajo, las conclusiones más importantes son las siguientes:

- ✓ La identidad sexual, la identidad genérica y la identidad sexogenérica corresponden a la dimensión psicológica del comportamiento sexual, no a la dimensión biológica ni a la dimensión social del comportamiento sexual.
- ✓ La identidad sexogenérica es la identificación psicológica, personal y subjetiva que se va desarrollando en el niño o en la niña para desembocar finalmente en el hecho de sentirse hombre, mujer, ambos o ninguno. Esta condición una vez que se establece entre los 18 y los 30 meses de edad es inmodificable, ya que en ninguna persona se transforma ni con el tiempo ni con cualquier procedimiento de intervención profesional.
- ✓ La identidad sexogenérica de las personas puede ser concordante cuando hay una identificación positiva con su sexo y con su género, conduciendo a una euforia sexogenérica; o discordante cuando hay una identificación negativa ya sea con su sexo, con su género o con ambos, conduciendo a una disforia sexogenérica.
- ✓ El síndrome de disforia sexogenérica o transexualidad es una condición humana o una situación de vida que se caracteriza por la discordancia entre el sexo biológico y la identidad de género (identidad sexogenérica discordante), en la que no coinciden los aspectos somáticos o corporales con la percepción íntima de ser hombre o de ser mujer. Esta condición puede ser variable en cuanto a la presentación de signos, de síntomas y en la intensidad de los mismos, y puede presentarse desde el inicio de la infancia, durante la adolescencia o en la edad adulta.

- ✓ Se habla de un umbral clínico que no siempre se traspasa en la persona transexual, y para que esto ocurra, las dudas, las angustias y las incertidumbres en torno a la identidad sexogenérica de una persona transexual deben ser permanentes y tornarse tan intensas que son el tema central de su existencia.
- ✓ Pero también existen personas transexuales que, sin dejar de mostrar insatisfacción, no ubican en la discordancia sexogenérica el aspecto fundamental de su vida, pues si bien este es importante, lo resuelven por sí mismas o con acompañamiento psicológico simplemente al desempeñar el papel de género que desean, sin necesidad de modificaciones corporales.
- ✓ Los transexuales tienen la plena convicción en lo más íntimo y profundo de su ser o de pertenecer tanto al sexo como al género reproductivamente complementario al que nacieron y al que fueron asignados, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y con un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente.
- ✓ El término transexual se utiliza tanto para la persona que decide someterse a los procedimientos médicos y quirúrgicos de reasignación integral para la concordancia sexogenérica como para la que no toma esta decisión, pues lo que la hace ser transexual es su sentimiento, su convicción y su percepción de que su cuerpo no encaja con su ser hombre o con su ser mujer.
- ✓ Un hombre transexual es una mujer biológica que nace con anatomía femenina, bajo condiciones normales presenta una vulva, vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios, y por lo tanto se le asigna un género femenino con su rol correspondiente; pero al crecer, en lo más íntimo y profundo de su ser se asume como hombre porque su sexo cerebral está masculinizado, aunque biológica y genéticamente sea una mujer XX. Y una mujer transexual es un hombre biológico que nace con anatomía masculina, bajo condiciones normales presenta un pene, bolsas escrotales, testículos, epidídimos, conductos deferentes,

vesículas seminales, próstata y glándulas bulbouretrales, y por lo tanto se le asigna un género masculino con su rol correspondiente; pero al crecer, en lo más íntimo y profundo de su ser se asume como mujer porque su sexo cerebral está feminizado, aunque biológica y genéticamente sea un hombre XY.

- ✓ Una de las principales características de la transexualidad es la preeminencia del sexo psicológico sobre el sexo anatómico y sobre el género de asignación; y uno de los principales errores que se comenten con las personas transexuales es designarlas con base en su sexo biológico y en su género de asignación correspondiente, pero no con base en el sexo ni en el género con el que se sienten identificadas.
- ✓ La transexualidad no es un estado intersexual, no es un estado intermedio entre lo masculino y lo femenino, y tampoco se debe a ninguna anomalía cromosómica ni genética.
- ✓ La transexualidad primaria engloba a individuos que han presentado un síndrome de disforia sexogénica durante toda su vida, por lo general sin presencia de fetichismo transvestista, muchos transexuales primarios que siempre se han sentido que pertenecen al sexo reproductivamente complementario no han tenido deseos ni necesidad de transvestirse como podría suponerse que sucediera, y para que un episodio pueda considerarse transexualidad primaria es imperativo encontrar las raíces de la disforia sexogénica desde la infancia del sujeto.
- ✓ Se han identificado dos patrones de transexualidad secundaria a transvestismo: uno basado en un trayecto transvestista heterosexual y otro basado en un trayecto previo como homosexual, en donde en ambos casos el transvestismo es la parte primaria y por ende la transexualidad es la parte secundaria; y para que se presente la transexualidad secundaria a transvestismo el individuo debe pasar por todas las fases anteriores del transvestismo y sin presentar un síndrome de disforia sexogénica en las primeras etapas de su vida, pues de lo contrario estaríamos hablando de una transexualidad primaria.

- ✓ El síndrome de disforia sexogenérica o transexualidad no obedece a ningún tipo de trastorno sino que simple y sencillamente es una condición sexual, por lo que se propone que en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) desaparezca la transexualidad como una patología basándose en los mismos preceptos que eliminaron a la homosexualidad del DSM-III en 1973; o bien, se propone el cambio de término a *“desorden por ansiedad de privación de género”* o a *“variante biológica atípica de la identidad sexogenérica”*.
- ✓ La atribución de enfermedad mental o de perversión que se hace a la transexualidad conduce no sólo a la discriminación y al rechazo transfóbico, sino también a la generación de infinidad de falacias, mitos, prejuicios y tabúes en torno a esta condición, lo cual acentúa el estigma.
- ✓ La identidad sexual, la identidad de género, la identidad sexogenérica, el papel o el rol sexual, la orientación sexual, la práctica sexual y el tipo de hombre y de mujer que somos son características independientes una de la otra, y juntas puedan llegar a formar parte de cualquier combinación.
- ✓ El transvestismo es una expresión del comportamiento sexual o una manifestación de la diversidad sexual en la que un individuo obtiene satisfacción al utilizar prendas, manierismos, accesorios o comportamientos que se consideran característicos del sexo reproductivamente complementario o del otro género, en una cultura y en un tiempo específico. Clásicamente, la persona transvestista o con rol de género cruzado es un hombre que se viste y que actúa como mujer o una mujer que se viste y que actúa como hombre, pero que no muestra una discrepancia entre su identidad de género y su sexo a menos de que se trate de un caso de transexualidad secundaria a transvestismo.
- ✓ La persona transvestista nunca pierde de vista que es un hombre o que es una mujer (o sea que presenta una identidad sexual concordante), puede o no presentar una identidad de género discordante durante los episodios transvestistas, su transvestismo le produce

una fuerte excitación emocional independiente de la presencia o de la ausencia de excitación sexual y de actividad sexual, y se siente a gusto con su sexo por lo que en raras ocasiones buscaría modificar su cuerpo en dirección a su sexo reproductivamente complementario (o sea que no presenta una disforia de sexo), a menos que se tratara de un caso de transexualidad secundaria a transvestismo.

- ✓ Al igual que la homosexualidad, que la bisexualidad, que la transgeneridad y que la transexualidad, el transvestismo no es una patología ni una enfermedad; simplemente es una condición humana. Para ser calificado como un desorden mental, un patrón de conducta debe tener como resultado una desventaja adaptativa significativa para la persona, y debe causarle un sufrimiento mental y emocional. Pero las personas transvestistas no muestran desventajas adaptativas ni sufrimientos por ser transvestistas, sino como resultado de los mitos, de los prejuicios, de los tabúes, de la discriminación y de la hostilidad que parte de la sociedad hacia ellas; y tan es así, que cuando una persona transvestista se encuentran en un clima respetuoso y empático, *“sus desventajas adaptativas”* y *“sus sufrimientos”* se ven ausentes.
- ✓ El transgenerismo o la transgeneridad es la condición humana en la que, independientemente de que exista o no una concordancia del sexo con la identidad de género, hay una vivencia permanente en un papel o en un rol de género que no coincide con el género originalmente asignado.
- ✓ La persona transgénerica nunca pierde de vista que es un hombre biológico o que es una mujer biológica (o sea que presenta una identidad de sexual concordante), generalmente se siente a gusto con su sexo por lo que en raras ocasiones buscaría modificar su cuerpo en dirección a su sexo reproductivamente complementario (o sea que no presenta disforia de sexo), pero presenta una identidad de género discordante.
- ✓ Al igual que la homosexualidad, que la bisexualidad, que el transvestismo y que la transexualidad, la transgeneridad no es una patología ni una enfermedad; simplemente es una

condición humana. Una vez más, para ser calificado como un desorden mental, un patrón de conducta debe tener como resultado una desventaja adaptativa significativa para la persona, y debe causarle un sufrimiento mental y emocional. Pero las personas transgénicas no muestran desventajas adaptativas ni sufrimientos por ser transgénicas, sino como resultado de los mitos, de los prejuicios, de los tabúes, de la discriminación y de la hostilidad que parte de la sociedad hacia ellas; y tan es así, que cuando las personas transgénicas se encuentran en un clima respetuoso y empático, “*sus desventajas adaptativas*” y “*sus sufrimientos*” se ven ausentes.

- ✓ Las condiciones humanas como la transexualidad, el transvestismo y la transgenereidad son total y absolutamente independientes de la orientación sexual (capacidad que tenemos para relacionarnos tanto afectiva como eróticamente con personas ya sean de nuestro mismo sexo, de nuestro sexo reproductivamente complementario o con ambas); o sea que las personas transexuales, transvestistas o transgénicas pueden ser homosexuales, heterosexuales o bisexuales dependiendo si tienen la capacidad para enamorarse de una persona de su mismo sexo, de su sexo reproductivamente complementario o de ambas, sin que estas condiciones humanas sean las que definen la orientación sexual y sin que la orientación sexual sea la que defina a estas condiciones humanas.

- ✓ Una persona transexual con orientación heterosexual (Tr Ht) puede tener un sexo biológico de hombre o de mujer, su género de asignación es masculino o femenino respectivamente, su rol sexual femenino o masculino respectivamente, su identidad sexogénica es discordante, con base en su orientación sexual si es un hombre biológico (mujer transexual) se relacionará eróticamente con hombres y si es una mujer biológica (hombre transexual) lo hará con mujeres, por tener una identidad sexogénica discordante no se espera que pueda ejercer su sexualidad sin problemas, no presentará ningún trastorno biológico, pero es muy probable que por su condición presente un trastorno psicológico, social o ambos, y por lo mismo, cuando menos mientras no asuma su condición no podrá ejercer de hecho su capacidad para enamorarse.

- ✓ Una persona transexual con orientación homosexual (Tr Hm) puede tener un sexo biológico de hombre o de mujer, su género de asignación es masculino o femenino respectivamente, su rol sexual femenino o masculino respectivamente, su identidad sexogenérica es discordante, con base en su orientación sexual si es un hombre biológico (mujer transexual) se relacionará eróticamente con mujeres y si es una mujer biológica (hombre transexual) lo hará con hombres, por tener una identidad sexogenérica discordante no se espera que pueda ejercer su sexualidad sin problemas, no presentará ningún trastorno biológico, pero es muy probable que por su condición presente un trastorno psicológico, social o ambos, y por lo mismo, cuando menos mientras no asuma su condición no podrá ejercer de hecho su capacidad para enamorarse.

- ✓ Una persona transexual con orientación bisexual (Tr Bi) puede tener un sexo biológico de hombre o de mujer, su género de asignación es masculino o femenino respectivamente, su rol sexual femenino o masculino respectivamente, su identidad sexogenérica es discordante, con base en su orientación sexual independientemente de si es un hombre biológico (mujer transexual) o una mujer biológica (hombre transexual) tendrá la capacidad de relacionarse eróticamente tanto con hombres como con mujeres, por tener una identidad sexogenérica discordante no se espera que pueda ejercer su sexualidad sin problemas, no presentará ningún trastorno biológico, pero es muy probable que por su condición presente un trastorno psicológico, social o ambos, y por lo mismo, cuando menos mientras no asuma su condición no podrá ejercer de hecho su capacidad para enamorarse.

- ✓ Se ha tratado establecer la causa o la etiología de la transexualidad y se han realizado cientos de estudios que se han centrado en diversas aproximaciones biológicas, psicológicas y sociales; pero a pesar de que hasta la fecha ninguna de estas investigaciones ha sido concluyente, con base en los reportes obtenidos las aproximaciones biológicas van tomando la delantera significativamente.

- ✓ A pesar de que según el DSM-IV-TR la prevalencia de los casos de transexualidad es de 1 en 30,000 varones (hombre a mujer, o mujeres transexuales) y de 1 en 100,000 muje-

res (mujer a hombre, u hombres transexuales), los estudios más actuales como los de Lyn Conway y con base en sus cálculos se podría hablar de una incidencia de una mujer transexual de cada 500 varones biológicos.

- ✓ Para un niño que expresa su disforia sexual, su disforia genérica o su disforia sexogenérica es difícil recibir algo diferente que no sea un castigo, mientras que para las niñas hay más benevolencia y laxitud si muestran una actitud masculina, pues generalmente se espera que con el tiempo desaparezca. Sin embargo, cada vez está más claro que una vez que aparece la disforia no hay manera de corregirla sea la edad que sea, y por muy temprano que parezca.
- ✓ La manera más sensible y humana de tratar a las personas transexuales es adaptando el cuerpo a la mente, y no la mente al cuerpo.
- ✓ El objetivo general del acompañamiento psicológico, de la terapia endocrina y quirúrgica para personas transexuales o con síndrome de disforia sexogenérica, es conseguir la congruencia con su propia identidad sexual y de género, con la finalidad de aumentar su bienestar psicológico y su autorrealización.
- ✓ Una vez realizado el diagnóstico de transexualidad, las medidas terapéuticas generalmente incluyen tres elementos o fases (etiquetadas por algunos como terapia trifásica) que son la experiencia de vivir la vida real en el rol sexogenérico deseado, la administración de hormonas del género al que se aspira, y la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, además de cambiar otras características sexuales secundarias. Sin embargo, los clínicos deberán tener mucho cuidado para entender que no todas las personas transexuales o con síndrome de disforia sexogenérica necesitan o quieren los tres elementos de esta terapia.
- ✓ La psicoterapia (cuando es requerida) no intenta curar el desorden de identidad sexogenérica, y su fin último es lograr que la persona tenga un estilo de vida estable a largo pla-

zo con posibilidades reales de éxito en sus relaciones, en su educación, en su trabajo así como en la expresión de su identidad sexogenérica.

- ✓ La falta de reconocimiento y de apoyo a la condición de las personas transvestistas, transgenéricas y transexuales puede representarles daños psicológicos permanentes, les obliga a vivir con una discordancia que puede ser sexual, genérica o sexogenérica, y afecta su desarrollo tanto personal como social en todos los sentidos.
- ✓ Tomando en cuenta que la protección de la salud general y sexual es un derecho humano reconocido, la reasignación integral para la concordancia sexogenérica de las personas transexuales debe ser considerada como tal; y el rol o el papel de género, entendido como la expresión de la masculinidad o de la feminidad de una persona con las diversas variantes que tenga, debe ser estrictamente respetado.
- ✓ El sentido del yo de las personas no lo determinan el sexo cromosómico, los órganos sexuales, el sexo biológico, el género de asignación ni el rol de género aprendido, por lo que ni su identidad ni sus capacidades están restringidas a lo que la sociedad juzga que debe ser una conducta masculina o femenina. Es fundamental que los individuos ejerzan su derecho a la identidad sexogenérica propia a lo largo de sus vidas sin tomar en consideración, necesariamente, los aspectos biológicos de origen ni el papel inicial de género.
- ✓ Todos los seres humanos tienen el derecho inalienable de determinación sobre sus propios cuerpos, lo cual incluye el derecho a cambiarlos cosméticamente, químicamente o quirúrgicamente para expresar el sexo y el género con el que se identifican.
- ✓ Se ha demostrado que todas las formas de psicoterapia son insatisfactorias para revertir la identidad sexogenérica discordante, y que tanto la identidad de género como la identidad sexogenérica son inmutables desde temprana edad.

- ✓ Las personas transexuales o con síndrome de disforia sexogenérica por definición buscan la armonía, en la que los aspectos somáticos y funcionales que implican el proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica abarcan más que lo meramente róllico y vestimental. Lo que en realidad causa la transformación es el hecho de vivir según el sexo y el género sentidos, y los procedimientos médico-quirúrgicos sólo confirma lo que de hecho ya sucedió.
- ✓ Una persona transexual o con discordancia entre su identidad de género y su sexo, para lograr la coherencia y la concordancia que desea habrá de cursar por todo un procedimiento que no se reduce a la simplistamente llamada “*cirugía de cambio de sexo*”, sino que incluye aspectos sociales, de rol, hormonales, psicoterapéuticos o de acompañamiento psicológico según sea el caso, de entrenamiento relacional, legales y quirúrgicos que suelen durar en promedio entre 3 y 5 años.
- ✓ El sexo de una persona no puede ser cambiado, pero sí es factible y se logra con muy buenos resultados transformar significativamente algunos aspectos fenotípicos o algunas manifestaciones corporales de la carga genética como los niveles hormonales, los caracteres sexuales secundarios, los órganos sexuales internos y externos, y variados aspectos fisonómicos característicos de uno y de otro sexo.
- ✓ Ya sea que la persona se someta o no a los procedimientos médico-quirúrgicos de reasignación integral para la concordancia sexogenérica, es muy importante recordar que lo que la hace transexual es el sentimiento, la convicción y la percepción de que su cuerpo no va con su ser hombre o con su ser mujer.
- ✓ Si bien es cierto que el síndrome de disforia sexogenérica procede de un diagnóstico, el acompañamiento psicológico se trata de una intervención terapéutica no curativa puesto que no hay enfermedad, sino de acompañamiento emocional, solidario y empático con las necesidades específicas de cada persona transexual. El acompañamiento psicológico representa un espacio de contención emocional, así como un conjunto de oportunidades

catárticas y de aprendizaje de sí mismo que el sujeto requiere habitualmente para su adaptación emocional en cada fase de su proceso.

- ✓ El acompañamiento psicológico no es una fase o una etapa en sí, sino que se requiere a lo largo de todo el proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica; y tanto el bienestar físico como el bienestar emocional emanado de la vivencia en el rol sexogenérico idóneo y de los cambios físicos generados por la administración de hormonas, garantiza el buen paso a la fase quirúrgica. En la etapa posterior al o a los procedimientos quirúrgicos también resulta muy importante el acompañamiento psicológico, pues surgen una serie de acomodados emocionales que es necesario trabajar con metodologías de intervención profesional para la ayuda emocional.
- ✓ El acompañamiento psicológico no intenta curar el desorden de identidad sexogenérica, y su fin último es lograr que la persona tenga un estilo de vida estable a largo plazo con posibilidades reales de éxito en sus relaciones, en su educación, en su trabajo así como en la expresión de su identidad sexogenérica.
- ✓ La psicoterapia está indicada en personas confusas acerca de su identidad sexogenérica o en las que el deseo de la cirugía de reasignación sexual es secundario a otros problemas, y en candidatos a la cirugía de reasignación integral para la concordancia sexogenérica para superar la ansiedad sobre su futuro, o para ayudarles a adaptarse a su nueva situación.
- ✓ La terapia hormonal tiene dos objetivos: suscitar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios compatibles con el aspecto deseado en correspondencia con la identidad sexogenérica de la persona que transiciona, e inhibir los caracteres sexuales secundarios del sexo original.

- ✓ Para llevar a cabo la reasignación integral son necesarias la eliminación hasta donde sea posible de los caracteres sexuales del sexo biológico, y la inducción también hasta donde sea posible de los caracteres sexuales del sexo sentido.

Bibliografía consultada

- Abramowitz, S. (1986). Psychosocial outcomes of sex-reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54:183-189.
- Allen, L. S. y Gorski, R. A. (1990a). Sexual dimorphism of the anterior commissure and massa intermedia of the human brain. *Journal of Comparative Neurology*. Oct 312(1):97-104.
- Allen, L. S y Gorski, R. A. (1990b). Sex Difference in the bed nucleus of the stria terminalis of the human brain. *Journal of Comparative Neurology*. 302:697-706.
- Álvarez-Gayou, J. L. (1986). *Sexoterapia integral*. México, Editorial El Manual Moderno.
- Alzate, H. (1997). *Sexualidad humana*. Santa Fe de Bogotá, Editorial Temis.
- American Medical Association Committee on Human Sexuality (1972). *Human Sexuality*. Chicago, AMACHS.
- Arango de Montis, I. (2008). *Sexualidad humana*. México, Editorial El Manual Moderno.
- Arnott, S. (2003). *Sexo, manual del usuario*. Barcelona, Vergara, Grupo Z.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1987): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III-R). Barcelona, Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2003): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR). Barcelona, Masson.
- Asscheman, H.; Gooren, L. y Eklund, P. (1989). Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism* 38:869-873.
- Asscheman, H. y Gooren, L. (1992). Hormone treatment in transsexuals. *Journal of Psychology and Human Sexuality* 5:39-54.
- Barrios Martínez, D. (2000). *Un modelo para la reasignación integral de personas transsexuales*. Trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Cusco.
- Barrios Martínez, D. y García Ramos, M. A. (2008). *Transexualidad: la paradoja del cambio*. México, Editorial Alfil.
- Becerra, A.; de Luis, D. y Piédrola, G. (1999). Morbilidad en pacientes transexuales con auto-tratamiento hormonal para cambio de sexo. *Medicina Clínica* 113:484-487.
- Becerra Fernández, A. (2003). *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*. Madrid, Díaz de Santos.
- Becker, S.; Bosinski, H.; Clement, U. (1998). German standards for the treatment and diagnostic assessment of transsexuals. *The International Journal of Transgenderism* 2(4). <http://www.symposion.com/ijt/ijt06O3.htm>
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. Nueva York, Julián Press. Reimpreso: Boston, Human Outreach and Achievement Institute, 1990.
- Bergero, M. (2004). Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía. *Cirugía Plástica Iberoamericana*, Vol 27, 4: 263-272.
- Best, L. y Stein, K. (1998). Surgical gender reassignment for male to female transsexual people. *The Wessex Institute for Health Research and Development*, UK. DEC Report No. 88.
- Boix, Antón (2006). *La revista de la salud mental*, en <http://www.saludmental.info/Secciones/Juridica/2006/disforiadegenerooct06.htm>

- Botella, J., Fernández de Molina, A. (1998): *La Evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid, Editorial Fundación Gregorio Marañón.
- Buhrich, N., y McConaghy, N. (1978). Two clinically discrete syndromes of transsexualism. *The British Journal of Psychiatry* 133: 73-76.
- Buhrich, N., y McConaghy, N. (1985). Preadult feminine behaviors of male transvestites. *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 15, No. 5.
- Bullough, Vern L. (1983). A comparative study of male transvestites, male to female transsexuals, and male homosexuals. *Journal of Sex Research*.
- Bustos Moreno, Yolanda (2008). *Transexualidad*. Madrid, Librería-Editorial Dykinson.
- Cabral, Mauro y Benzur, Gabriel (2005). Cuando digo intersex. Diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, 24:283-304.
- Cava Goicochea, F. (2004). *Identidad, cultura y sociedad: un grito desde el silencio*. Lima, Perú, Editorial Cisne.
- Cohen-Kettenis, P. T.; van Goozen, S. H.; Doorn, C. D. y Gooren, L. G. (1998). Cognitive ability and cerebral lateralisation in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*. 23:631–641
- Cohen-Kettenis, P. T. y Gooren, L. J. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 46:315–333.
- Coleman, E. (1990). Teoría de las trasposiciones del género: Una crítica y sugerencias para investigaciones posteriores. *Revista Latinoamericana de Sexología*. Vol. 5 No. 2. Sociedad Colombiana de Sexología. Colombia.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2008). *Informe Especial sobre violaciones a los derechos humanos por orientación o preferencia sexual y por identidad o expresión de género, 2007-2008*. México, CDHDF.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2008). *Ley Federal para Prevenir la Discriminación*. México, segunda edición.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2008). *Documento de Trabajo No. E-10-2008: La situación de la transgenereidad y de la transexualidad en la legislación mexicana a la luz de los instrumentos jurídicos internacionales*. México.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2009). *Documento de Trabajo No. E-12-2008: La transgenereidad y la transexualidad en México: en búsqueda del reconocimiento de la identidad de género y la lucha contra la discriminación*. México.
- Coussinoux, S. (2005). Personality tests and gender identification in male transsexuals. *Encephale*. Jan-Feb 3:24-30.
- Diamond, M. y Sigmundson, H. (1997): Sex reassignment at birth: A long term review and clinical implications. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine* 151:298-304.
- Diamond, M. (1997). Sexual identity and sexual orientation in children with traumatized or ambiguous genitalia. *Journal of Sex Research* 34:199-222.
- Diamond, M. y Hawk, S. (2004). Concordance for gender identity among monozygotic and dizygotic twin pairs. *American Psychological Association 2004 Annual Meeting*. July 28 - August 1, 2004, Honolulu, Hawaii.
- *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas* (2009). Masson, 14ª edición.
- Dittmann, R. W.; Kappes, M. H. y Kappes, M. E. (1990). Congenital adrenal hyperplasia: Gender-related behavior and attitudes in female salt-wasting and simple-virilizing patients. *Psychoneuroendocrinology*. 15(5-6):421-34.

- Docter, R. F. y Fleming, J. S. (1992). Dimensions of travestism and transsexualism: The validation and factorial structure of the Cross-Gender Questionnaire. Special Issue: Gender dysphoria: Interdisciplinary approaches in clinical management. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 5 (4). 15 - 37.
- Dolan, J. D. (1996): *Transsexualism: syndrome or symptom?* International conference on gender identity, London.
- Dorner, G.; Rohde, W.; Schott, G. y Schnabl, C. (1983) On the LH response to estrogen and LHRH in transsexual men. *Experimental Clinic Endocrinology*. Nov 82(3):257-67.
- Ehrhardt, A. A.; Meyer-Bahlburg, H. F. y Rosen, L. R. (1990). The development of gender-related behavior in females following prenatal exposure to diethylstilbestrol. *Hormonal Behavior*. Dec 23(4):526-41.
- Esteva de Antonio, I. (2001). Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la unidad de Trastornos de la Identidad de Género en Andalucía. *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*, Vol 27: 3-280.
- Faber, E. (2008). *Travestismo, documentos e historia*. Madrid, Verbum Editorial.
- Fernández, J. (2004). *Cuerpos desobedientes: travestismo e identidad de género*. Argentina, Editorial Edhasa.
- Ferrer, Gastó (2006). *Transexualidad, aspectos históricos y conceptuales* en <http://www.editorialmedica.com/Cuad-N%C2%BA78-Trabajo2.pdf>
- Fisk, N. (1973). *Gender dysphoria syndrome*. En Laub, D. y Laundry, P. (eds): Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome. Stanford, Stanford University Medical Center, 7 - 14.
- Fleming, M.; Steinman, C. y Bocknek, G. (1980). Methodological problems in assessing sex-reassignment surgery: A reply to Meyer and Reter. *Archives of Sexual Behavior*. 9:451-456.
- Gagnon, J. (1980). *Sexualidad y cultura*. México, Editorial Pax-México.
- García-Cabazos, R. (2002). *Dimorfismo sexual humano: la base biológica*. En: Antología de la sexualidad humana, Tomo I. México, Editorial Porrúa - CONAPO.
- Goddard, J. C.; Vickery, R. M. y Terry, T. R. (2007). Development of feminizing genitoplasty for gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*. 4:981-989.
- Gómez Gil, E. (2005). Perfil del inventario multifásico de personalidad minnesota-2 (mmpi-2) en transexuales. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, España. 32(1):8-13.
- Gómez, E. y Esteva, I. (2006). *Ser transexual*. Barcelona, Editorial Glosa.
- González de Alba, L. (2003). *La orientación sexual*. México, Paidós.
- González, G. (2004). *Los estados intersexuales y la disforia de género*. En: Antología de la sexualidad humana, Tomo III. México, Editorial Porrúa - CONAPO.
- Gooren, L. J. (1990). The endocrinology of transsexualism: a review and commentary. *Psychoneuroendocrinology*. 15:3-14.
- Green, R. (1985). Gender identity in childhood and later sexual orientation: follow-up of seventy-eight males. *American Journal of Psychiatry*, 142:339-341.
- Gregersen, E. (1988). *Costumbres sexuales: Cómo, dónde y cuándo de la sexualidad humana*. Barcelona, Editorial Folio.

- Grupo de trabajo sobre trastornos de identidad de género (2002). *Trastornos de Identidad de Género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento*. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Madrid.
- Hales, E. y Yudofsky, S. (2008). *Fundamentos de psiquiatría clínica*. Barcelona, Masson.
- Hassan Murad, M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*. 72(2):214-231.
- Hoyer, N. (1933). *Man into woman: the first sex change, a portrait of Lili Elbe*. USA. Blue Boat Books.
- Hunt, D. D.; Carr, J. E. y Hampson, J. L. (1981). Cognitive correlates of biologic sex and gender identity in transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*. Feb 10(1):65-77.
- Hyde, Janet y DeLamater, John (2007). *Understanding human sexuality*. California, USA, McGraw-Hill.
- Istar Lev, A. (2004). *Transgender emergence. Therapeutic guidelines for working with gender - variant people and their families*. New York-London, The Haworth Clinical Practice Press y Haworth Press.
- Katchadourian, H. A. y Lunde, D. T. (1979). *Las bases de la sexualidad humana*. México, CECSA.
- Klein, C. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery. *Journal of Sexual Medicine* 6(11).
- Kruijver, F.; Zhou, J. N.; Pool, C. W.; Hofman, M. A. y Gooren, L. J. (2000). Male to female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85:2034-2041.
- Lamas, M. (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. UNAM, Coordinación de Humanidades. México, Editorial Porrúa.
- Lawrence, A. (2003). Factors associated with regret following male-to-female sex-reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*. 32:299-315.
- Lawrence, A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*. 34:147-166.
- LeVay, S. (1999). *El cerebro sexual*. Madrid, Editorial Alianza.
- Levy, Andy (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology* 59(4).
- Lief, H. y Hubschmen, L. (1993). Orgasm in the postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior*. 22:145-155.
- Maffía, D. (2003). *Sexualidades migrantes: género y transgénero*. Argentina, Seminaria.
- Masters, W.; Johnson, V. y Kolodny, R. (1987): *La sexualidad humana*. Barcelona, Editorial Grijalbo.
- McCauley, J. y Ehrhardt, T. (1977). The former transsexual: A case study. *Archives of Sexual Behavior*. Vol 13, Num 3.
- McConaghy, N. (1993). *Sexual behavior, problems and management*. New York, Plenum Press.
- Mejía, N. (2006). *Transgenerismos, una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*. Barcelona, Ediciones Ballaterra.
- Meyer, J. y Reter, D. (1979). Sex-reassignment. *Archives of General Psychiatry*. 36:1010-1015.

- Meyer, J. (1983). *Clinical management of sexual disorders*. Baltimore/Londres, William and Wolkins.
- Meyer-Bahlburg, H. F.; Gruen, R. S. y New, M. I. (1996). Gender change from female to male in classical congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behavior*. 30:319–332.
- Meyer, W.; Bockting, W.; Cohen-Kettenis, P. (2001). *Harry Benjamin international gender dysphoria association's the standards of care for gender identity disorders*. 6ª edición. IJT, 2001; 5 (1).
- Miano Borroso, M. (2000). *Hombre, mujer y muxe en el Istmo de Tehuantepec*. México, Plaza y Valdés Editores y CONACULTA.
- Migeon, C. J. y Wisniewski, A. B. (1998). Sexual differentiation: from genes to gender. *Hormone research* 50(5):245-251.
- Money, J. (1975a): *Gendermaps: Social constructionism, feminism, and sexophical history*. New York, The Continuum Publishing Company.
- Money, J. y Ehrhardt, A. (1975b). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, U. S. A., Johns Hopkins University Press.
- Money, J. (1975c). Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl. *Archives of Sexual Behavior* 4(1):65-71.
- Money, J. y Ehrhardt, A. (1982). Desarrollo de la sexualidad humana: diferenciación y dimorfismo de la identidad de género. Madrid, Ediciones Morata, S. A.
- Money, J. (1992). El concepto de trastorno de identidad de género en la niñez y en la adolescencia después de 37 años. *Revista latinoamericana de sexología*. Volumen VII No. 3 Sociedad Colombiana de Sexología, Colombia.
- Moore, D. y Jefferson, J. (2005). *Manual de psiquiatría médica*. Madrid, Eslevier España.
- Moore, E.; Wisniewski, A. y Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes and adverse effects. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* Vol. 88, No. 8 3467-3473.
- Murray, James F. (1985). Borderline manifestations in the Rorschachs of male transsexuals. *Journal of Personality Assessment*. Volume 49, Issue 5, pages 454-466.
- New, M. I. (2006). Non-classical 21-hydroxylase deficiency. In: Proceedings of the 3rd Special Scientific Meeting of the Androgen Excess Society; 2005 Sep 30-Oct 1; Ravello, Italy. *Fertility and Sterility*. 86 Suppl 1:S2, 2006.
- Nogués, R. (2004). *Sexo, cerebro y género: Diferencias y horizonte de igualdad*. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10)*.
- Pavón, I.; Monereo, S. y Alameda, C. (2000). Tratamiento de reasignación de sexo en pacientes transexuales. *Med Clin* 115:783-788
- Person, E. y Ovesey, L (1974). *The psychodynamics of male transsexualism*. En: Friedman R, Richart R, Vande Wiele R, eds. Sex Differences in Behavior. New York, Wiley and Sons Inc.
- Person E, Ovesey L. (1974). The transsexual syndrome in males. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy* 28 174-193.
- Pitch, T. (1980). *Teoría de la desviación social*. México, Editorial Nueva Imagen.
- Pombo, M. (1997). *Tratado de endocrinología pediátrica*. Madrid, Díaz de Santos.

- Potts, M. y Short, R. (2001). *Historia de la sexualidad, desde Adán y Eva*. Madrid, Cambridge University Press.
- Rubio, E., y Díaz, M. (2004). *Antología de la sexualidad humana*. Ediciones CONAPO-Porrúa, México.
- Saro Cervantes, I. (2009). *Transexualidad, una perspectiva transdisciplinaria*. México, Editorial Alfíl.
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (2002). *Trastornos de identidad de género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento*. Madrid.
- Stoller, R. J. (1968). Sex and gender. On the development of masculinity and femininity. Vol. 1. *Science House*, New York.
- Stoller, R. J. (1996). *The gender disorders*. In: Rosen, I., ed. *Sexual Deviation*. 3rd ed. New York, Oxford University Press.
- Suarez Gallardo, J. L. (1996): Generalidades, diagnóstico de la persona transexual y propuestas de trabajo terapéutico desde la Gestalt. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. Volumen II, No. 2.
- Swaab, D. F.; Chung, W. C.; Kruijver, F. P.; Hofman, M. A. y Ishunina, T. A (2001). Structural and functional differences in the human hypothalamus. *Hormones and Behavior*, 40, 93-98.
- Swaab, D. F.; Chung, W. C.; Kruijver, F.; Hofman, M. A. y Hestiantoro, A. (2003). Sex differences in the human hypothalamus in the different stages of human life. *Neurobiology of aging*. May-Jun 24 Suppl 1:S1-16, discussion S17-9.
- Thompson, J. S. (2006): *Genética médica*. España, Editorial Salvat.
- Uddenberg, N.; Englesson, I. y Nettelblatt, P. (1979). Experience of father and later relations to men. Systematic study of women relations to their father, their partner and their son. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 59(1):87-96.
- Van Kesteren, P.; Asscheman, H.; Megens, J. y Gooren, L. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology* 47: 337-342.
- Vitale, A. (1982): *History and resolution of sex/gender integration needs as experienced in four male transsexuals*. Unpublished Doctoral Dissertation, Professional School for Psychological Studies, San Diego.
- World Professional Association for Transgender Health, WPATH (2001). *Normas de cuidado para trastornos de identidad de género*. Sexta versión.
- Zhou, J. N.; Hofman, M. A.; Gooren, L. J. y Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*. Nov 378(6552):68-70.
- Zúñiga, A. (2003). *Apoyo y atención para personas transgenéricas en el "Grupo EON, inteligencia transgenérica"*. Tesis de Licenciatura, UNAM, México.

Páginas Web:

- www.bangkokgenderclinic.com
- www.carlaantonelli.com
- www.disforiadegenero.org
- www.elhombretransexual.org
- www.genderpsychology.org
- www.grsmontreal.com
- www.stp2012.wordpress.com
- www.transsexual.org
- www.transexualia.org
- www.transexualidad-navarra.com
- www.transexualidad-euskadi.com
- www.transsexualitat.org
- www.transsexuality.org
- www.wpath.org
- <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/conway-Spanish.html>

Bibliografía complementaria

- Arango de Montis, I. (2008). *Sexualidad humana*. México, Editorial El Manual Moderno.
- Baile, M. y Asua, J. (1999). *Cirugía para cambio de sexo*. Vitoria: Departamento de Sanidad. Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA).
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems*. United Kingdom, Elsevier Health Sciences.
- Barrios Martínez, D. (1997). *Contribución a la crítica de la patologización sexual*. Versión para mesa redonda. En: Anales del VIII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Montevideo, Sociedad Uruguaya de Sexología, Sociedad de Estudios Superiores de Sexología, 1997:95-96.
- Barrios Martínez, D. (1999). *La necesidad de despatologizar la diversidad sexual*. Versión para simposio. En: Memorias del IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. México, D. F., 174-176.
- Bermúdez Tapia, B. (2006). Existíamos, pero no nos veíamos... Génesis de acción colectiva en organizaciones no gubernamentales. Formulación y canalización de demandas de las minorías sexuales. *CONfines*, Núm. 2 a 4, 81-94.
- Bradley, S. J. y Zucker, K. J. (1997). Gender identity disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36:872-880.
- Breedlove, S. M. (1997). Sex on the brain. *Nature*. 389:801.
- Bullough Vern L. y Bullough, Bonnie (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. USA, University of Pennsylvania Press.
- Bullough Vern L. (1997). Are transvestites necessarily heterosexual? *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 26, No. 1.
- Bullough Vern L. y Bullough, Bonnie (2000). Transgenderism and the concept of gender. *The International Journal of Transgenderism*, Vol. 4, No. 3. Versión electrónica: www.symposion.com/ijt/gilbert/bullough.htm
- Burgos Díaz, E. (2007). Identidades entrecruzadas. *Thémata. Revista de Filosofía*. España, 39:245-253.
- Carbonell, Miguel (2008). Introducción. *Una ley para el México del Siglo XXI*, en Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Ley Federal para Prevenir la Discriminación. México, CONAPRED, segunda edición.
- Careaga, Gloria (2004). Introducción, en Careaga, Gloria y Cruz Salvador (coords.). *Sexualidades diversas. Aproximaciones para su análisis*. México, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chung, W.; De Vries, G.; y Swaab, D (2002). Sex differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in humans may extend into adulthood. *Journal of Neuroscience*, 22(3) 1027-1033.
- Coolidge, F. L.; Theda, L. L. y Young, S. E. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent sample. *Behavior Genetics* 32: 251-257.
- Córdoba, D. y Sáez, J. (2005). *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*. Madrid, Egales.
- Crooks, R y Baur, K. (2010). *Nuestra sexualidad*. México, Cengage Learning.
- Díaz Morfa, J. (2007). Disforia de género. *Sexología Integral*, 4 (2): 83-88.

- García-Ramos, P. (2007). *Sustitución de acta de nacimiento por enmienda cuando se afecten datos esenciales de personas transexuales*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Derecho. Colegio Partenón. México, UNAM.
- Gooren, L. J. (2001). Gender identity and sexual behavior. En: DeGroot, Jameson (eds.): *Endocrinology*. W. B. Sanders, 2033-2042.
- Herman-Jeglinska, A.; Grabowska, A. y Dulko, S. (2002). Masculinity, femininity, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*. Dec 31(6):527-34.
- Hyde, J. y DeLamater, J. (2006): *Sexualidad humana*. México, McGraw-Hill.
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid, Ediciones Cátedra.
- López Mato, A. (2009). Diferencias neurobiológicas de género. Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Vol. 16, Nº 1, págs. 5 a 13.
- Martín, R. (2004). *La transexualidad, diversidad de una realidad*. Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Servicios Sociales.
- Núñez, E. (2003). *La transexualidad en el sistema de géneros contemporáneo: del problema de género a la solución de mercado*. En Raquel Osborne y Oscar Guash (comp.): *Sociología de la sexualidad*. Col. Monografías, 195. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- Orozco Calderón, G.; Ostrosky-Solís. F.; Salin Pascual, R.; Borja Jiménez, K. y Castillo Parra. G. (2009). Bases biológicas de la orientación sexual: Un estudio de las emociones en transexuales. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Abril Vol.9, Nº1, pp. 9-24.
- Rubio, E., y Díaz, M. (2004). *Antología de la Sexualidad Humana*. México, Ediciones CONAPO-Porrúa.
- Samons, Sandra L. (2001). Sexual orientation of male-to-female transgendered people in transition. *XVII Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium*, 31 October - 4 November 2001, Galveston, Texas, U.S.A.
- Swaab, D. F.; Fliers, E. A. (1985). Sexually dimorphic nucleus in the human brain. *Science*. May 228(4703):1112-5.
- Swaab, D. F.; Fliers, E. y Partiman, T. S. (1985). The suprachiasmatic nucleus of the human brain in relation to sex, age and senile dementia. *Brain Research*. Sep 342(1):37-44.
- Swaab, D. F. y Hofman, M. A. (1990). An enlarged suprachiasmatic nucleus in homosexual men. *Brain Research* 537:141-148.
- Vidal, A.; Gómez Gil, J. y Peri, N. (2003). Psicopatología y trastorno de la identidad sexual. *Revista de Psiquiatría*, 30 (3): 147-151.
- Zucker, K. J. (2000). *Gender identity disorder*. En: Sameroff, A. J. et al. (eds.): *Handbook of developmental psychopathology*. 2a ed. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum, 671-686.
- Zucker, K. J. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: a comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 7:398-411.

Anexo 1: Cuestionario

COGIATI: COMBINED GENDER IDENTITY AND TRANSSEXUALITY INVENTORY Inventario combinado de identidad de género y transexualidad

COGIATI contents copyright C 1998 Jennifer Diane Reitz, All Rights Reserved.

El siguiente instrumento consta de 65 preguntas, cada una de las cuales contiene 5 posibilidades de respuesta. Elige una respuesta para cada pregunta, y lo más importante para lograr resultados que sean fieles con la realidad, es que seas lo más honesto posible al momento de elegir tus respuestas.

- 1) Describe tu relación con las matemáticas.
 - a) Las matemáticas son útiles y divertidas. Me agradan los cálculos matemáticos.
 - b) Soy bastante hábil con las matemáticas.
 - c) Sólo uso las matemáticas cuando no puedo evitarlo.
 - d) Las matemáticas son difíciles muchas veces. No es mi materia preferida.
 - e) ¡Odio las matemáticas! Son tediosas e insoportables para mí.

- 2) Recibes una llamada telefónica de alguien que conociste hace un par de días. ¿Qué tan fácil te resulta identificar quién es con tan solo escuchar su voz?
 - a) Eso es muy difícil, no sabría de quien se trata. Desearía que me dé su nombre.
 - b) Creo que podría recordar quién es después de escuchar su voz lo suficiente.
 - c) Normalmente reconozco quien es después de no más de un minuto.
 - d) Puedo saber quién es en unos pocos segundos... tendría que pensar un poquito.
 - e) Reconocería quien es rápidamente. Puedo recordar las voces con mucha facilidad.

- 3) Te muestran unas fotografías de close-up de los rostros de varias personas diferentes que tú no conoces. Si te pidieran que describieras las emociones y los sentimientos de esas personas sólo por las expresiones de sus rostros, ¿qué tan bien crees que lo harías?
 - a) Probablemente no muy bien. Es muy difícil, en realidad nunca se puede saber con seguridad.
 - b) Tendría un poco de dificultad con eso. No es algo tan fácil.
 - c) Quizás podría adivinar la mayoría. Probablemente.
 - d) Creo que sería capaz de acertar casi todas.
 - e) Definitivamente sabría qué es lo que esas personas están sintiendo sólo con mirar sus rostros.

- 4) Estás en una reunión y todas las personas son del mismo sexo que tú. El anfitrión de la reunión decide que es momento de abrazarse entre todos ¿Cómo te sentirías con esto?
- ¿Para qué eso de abrazos entre todos? Es innecesario.
 - Realmente sentiría cierta incomodidad.
 - Podría estar bien. Ok.
 - Es algo simpático. Nada del otro mundo.
 - Me fascinan los abrazos. Sería una buena idea.
- 5) Cuando eras pequeño y jugabas con tus amigos más cercanos, ¿cómo describirías el tipo de juego en el que más te gustaba participar?
- Me gustaba salir y hacer muchas cosas. Correr, saltar y gritar. Hacíamos un poco de alboroto.
 - Me gustaba tener mucha actividad. También me gustaban los juguetes complejos y construir fortalezas.
 - Me gustaban los juguetes simples, y pasear en bicicleta o jugar juegos de pelota.
 - Los juguetes eran divertidos, jugábamos juegos donde hacíamos el papel de otros personajes y actuábamos mucho.
 - Hacíamos muchas historias de nosotros y de nuestros juguetes. También hablamos mucho y cantábamos.
- 6) Conoces algunas personas y ellas son amables contigo pero parecen un poco distantes. En realidad ellas están muy atraídas a ti. ¿Qué tanto puedes darte cuenta de esto?
- No mucho, es difícil saberlo.
 - Dudo que pueda darme cuenta de eso sin tener algunas pistas.
 - Creo que quizás podría darme cuenta.
 - Me daría cuenta con mucha probabilidad.
 - Siempre puedo darme cuenta cuando a alguien le gusto mucho, aún si son tímidos.
- 7) Estás conversando con unas personas a quienes recién conoces. Mientras hablan, una persona toca el tema de un evento en común de su propia juventud. La discusión los toma desprevenidos y comienzan a llorar. ¿Cuál sería tu reacción ante esto?
- Me haría sentir incómodo. Esperaría a que se calmaran entre ellos. Depende también de la persona.
 - Sería un poco incómodo, pero eso sucede, supongo. Si se prolonga mucho ya no sería algo muy normal.
 - Puedo entenderlo. Es un poco incómodo pero puedo entenderlo.
 - Quisiera poder ayudar, si pudiera. Después de todo están llorando.
 - También me ha ocurrido eso a mí. Trataría de confortarlos lo mejor que pueda. Los abrazaría para consolarlos si la situación así lo requiere.
- 8) Te encuentras sólo disfrutando algún material erótico de tu preferencia. ¿Cuál sería?
- Películas. Primero películas y quizás también fotos.
 - Fotos, aunque las películas también son buenas.
 - Podrían ser fotos y también historias.
 - Probablemente libros o historias.
 - Definitivamente serían historias. Las fotos no son tan buenas como tener las historias escritas.

- 9) ¿Cuál elección describe con más exactitud el por qué te vistes con ropas femeninas, como una mujer?
- a) Es algo muy sexy. Es muy divertido. Me encanta.
 - b) Me excita un poco.
 - c) Algunas veces me excita y otras veces sólo me siento bien.
 - d) Mayormente de alguna manera hace que me sienta muy bien.
 - e) La única razón por la que lo hago es porque me hace sentir muy bien. En realidad no lo hago por diversión ni por excitación.
- 10) En tus primeros días de colegio, ¿qué tan bien escribías ensayos, poesía y reportes?
- a) A veces era muy difícil. En realidad no me gustaba hacerlo mucho.
 - b) Podía hacerlo más o menos, pero no puedo decir que me gustaba escribir.
 - c) Lo hacía lo suficientemente bien.
 - d) En verdad, algunas veces me agradaba escribir.
 - e) Me dejaba llevar mientras escribía. Siempre me sentí orgulloso de lo que había escrito.
- 11) Estás estacionando tu auto. Debes acomodarlo de reversa en un espacio que se ve bastante pequeño. ¿Qué harías?
- a) Lo estaciono sin ningún problema. Eso es fácil.
 - b) Es una molestia pero puedo realizarlo la mayoría de las veces.
 - c) Es un poco difícil, creo que buscaría un mejor lugar.
 - d) No me gusta esa situación. Me estacionaría ahí sólo si no hubiera ningún otro lugar.
 - e) Iría en busca de otro lugar donde estacionarme. ¿Para qué complicarme?
- 12) Adquieres un poder increíble. Puedes cambiar tu sexo cuando lo desees y el cambio es absolutamente perfecto en cualquier forma, masculina o femenina. ¿Qué es lo que más harías con un poder como ese?
- a) Lo usaría para cambiar y cambiar por diversión.
 - b) Sería para mí algo mucho mejor que sólo cambiar de ropa.
 - c) Yo sería lo que quisiera ser según lo desee.
 - d) Probablemente lo usaría para volverme mujer y me mantendría mayormente de esa manera.
 - e) Me volvería mujer y en realidad no volvería a querer usar el poder otra vez.
- 13) Has estado de visita en un lugar nuevo para ti por varios días. Alguien te pregunta hacia qué dirección queda el sur. ¿Sabrías hacia dónde está?
- a) Casi siempre. Después de unos días yo ya sé como orientarme.
 - b) Probablemente pueda hacer un buen estimado de la dirección.
 - c) Podría estar adivinando un poco pero creo que tendría una idea.
 - d) Eso sería un poco difícil. No me sentiría muy seguro de ello.
 - e) Seguramente no podría saber. No es algo tan fácil.

- 14) Te encuentras en un lugar público, como en una sala de espera o la banca de un parque. Las circunstancias requieren que te sientes MUY CERCA de otra persona de tu mismo sexo. ¿Cómo te sientes en esa situación?
- No me agrada sentarme tan cerca de alguien así.
 - Sentarme tan cerca me da cierto fastidio.
 - Sólo me sentiría un poco incómodo.
 - Sentiría un poco de molestia de vez en cuando.
 - Me siento perfectamente cómodo. No es nada del otro mundo.
- 15) Estás en una situación que involucra a un grupo de personas. Ellas están debatiendo el problema y no están seguras de qué hacer. Tú entiendes la mayor parte de la situación. Estás en la posibilidad de actuar en la forma que desees hacerlo. ¿Qué harías?
- Tomo la palabra y aclaro la situación.
 - Trato de hacerles saber lo que está pasando de la mejor forma que pueda.
 - Espero el momento adecuado para intervenir y ofrezco mi conocimiento del caso.
 - Escucho para estar seguro que entendí bien, y luego les preguntaría si desean escuchar mis sugerencias sobre el tema.
 - Escucharía y vería si ellos pueden resolver el problema. Yo podría añadir mis ideas a la discusión.
- 16) Visualiza lo siguiente enteramente en tu mente. No dibujes ni escribas nada, sólo usa tu imaginación. Imagínate un par de cubetas. Las dos cubetas están conectadas por una barra a través de cada una, como si fueran el péndulo de una campana. Imagina que el objeto está flotando en frente tuyo, una cubeta está cerca a ti, la otra en línea recta lejos de ti. Ahora, imagina que la cubeta más cercana es roja y la más lejana es azul. Mira como el objeto completo con las dos cubetas empieza a rotar, la cubeta más cercana, la roja, va hacia abajo y hacia atrás, y la más lejana, la cubeta azul rota hacia arriba y hacia adelante. El objeto completo continúa esa rotación hasta que queda justo en forma vertical, frente a ti, la cubeta roja abajo y la azul arriba. Continúa con esta dirección de rotación, cubeta sobre cubeta por tres veces exactamente, empezando desde el momento en que la cubeta roja estaba abajo y la azul arriba. ¿Cuál será la posición de cada cubeta, la azul o la roja al final de estas rotaciones?
- Tengo la seguridad de que la cubeta roja estará arriba.
 - Creo que la cubeta azul estará abajo.
 - Me parece que la cubeta roja podría ser la que esté abajo.
 - No estoy seguro. Es bastante difícil. ¿Quizá la cubeta roja esté abajo?
 - No puedo realizar la secuencia de ninguna manera. ¿Cómo se supone que deba entender esto?
- 17) Estas conversando con una amiga en tu sala. Afuera y lejos, alguien está haciendo sonar el claxon de su auto intermitente pero indefinidamente. No es un ruido muy fuerte, apenas si lo escuchas cuando la sala queda en silencio. ¿Cuál es tu reacción?
- ¿Y qué? Estoy ocupado conversando con mi amiga. Seguro que ni lo notaría.
 - Podría captar mi atención después de un rato. Depende del auto.
 - Lo ignoraría si es que llego a notarlo.
 - Lo notaría pero estaría muy ocupado conversando con mi amiga.
 - Me molestaría. Eventualmente se lo diría a mi amiga o podría tratar de ignorarlo.

- 18) Ayer conociste cinco nuevas personas. Hoy te preguntan por nombres acerca de las personas que conociste. ¿Qué tan bien puedes recordar sus rostros en tu mente?
- No hay forma. No podría recordar sus caras. Uno, quizás.
 - Honestamente sería mucha suerte si llego a recordar uno o dos.
 - Podría recordar más o menos como eran.
 - Puedo recordar cómo eran la mayor parte de todos.
 - Realmente muy bien. Soy muy bueno recordando rostros y nombres.
- 19) En tus primeros días de colegio, ¿qué tan bueno eras deletreando palabras?
- Honestamente deletrear era un problema para mí. Aún ahora me resulta difícil.
 - Deletrear no era una de mis mejores habilidades.
 - Yo era bueno deletreando.
 - En realidad yo podía deletrear bastante bien.
 - Era muy bueno deletreando y todavía lo soy.
- 20) ¿Puedes recordar tonadas o canciones con facilidad? ¿Puedes tararearlas, cantarlas o silbarlas sin problema?
- Me resulta muy difícil recordar la música. No me es posible.
 - Recordar canciones no es lo que mejor hago.
 - Soy bueno recordando esas canciones pegajosas.
 - Soy muy bueno recordando tonadas.
 - Soy en verdad muy bueno recordando música. La escucho una vez y ya me la aprendí.
- 21) Escuchas un ruido en algún lugar. Sin buscar de dónde viene, ¿qué tan bien puedes identificar la dirección desde donde proviene el sonido?
- Yo siempre sé la dirección. No es difícil hacer eso para mí.
 - Sabría más o menos de dónde viene el sonido.
 - Creo que sabría de dónde viene el sonido al menos la mitad de las veces.
 - Ocasionalmente podría saber de dónde viene el sonido, pero no muy a menudo.
 - Nunca puedo saber de dónde viene un ruido a menos que busque.
- 22) Estás contándole a un amigo algo que te sucedió hace alguno años. ¿Qué tan bien puedes recordar que ropa estabas vistiendo?
- No podría recordarlo. ¿Por qué debería? ¿Qué diferencia haría?
 - Probablemente no podría recordarlo. A menos que fuera de importancia en la historia, por supuesto.
 - Podría recordarlo, eso depende.
 - Seguro que podría recordar lo que estaba vistiendo.
 - Podría recordar lo que yo vestía con facilidad y también podría recordar lo que alguien más vestía.

- 23) Tienes más o menos la edad de 14 años. Tienes que presentar un examen, pero puedes elegir qué asignatura deseas. Si obtienes una buena calificación recibirás un gran premio. ¿Cuál sería la asignatura que elegirías, si te dan una semana de estudio previo al examen?
- a) Geometría o Ciencias Naturales.
 - b) Elegiría Ciencias Naturales o Matemáticas.
 - c) Podría escoger Historia, quizás Ciencias Naturales.
 - d) Escogería Lenguaje o Historia.
 - e) En definitiva escogería Lenguaje.
- 24) Estás siendo descrito por alguien. ¿Qué frase es la que MENOS te gusta?
- a) Dulce de temperamento y receptivo.
 - b) Simpático y comprensivo. No es alguien a quien se necesite presionar mucho.
 - c) Una buena persona por donde se le mire.
 - d) Siempre toma control inmediato de la situación.
 - e) Un competidor agresivo con mucha determinación, no hay duda.
- 25) Estás manejando tu auto, dando vueltas y vueltas en la gran ciudad. Has estado por ese lugar un par de veces antes pero esta es la primera vez que conduces por ahí. No llevas ningún mapa contigo. ¿Qué es lo que probablemente pasaría?
- a) No tendría dificultades para orientarme.
 - b) Me las arreglaría bastante bien.
 - c) Bueno, es un poco difícil orientarse en algunos lugares.
 - d) Me perdería por algunos momentos pero encontraría mi camino pronto.
 - e) Lo más seguro es que me pierda. Tendría que preguntar para orientarme.
- 26) Tu pene y tus testículos son destruidos, tal vez debido a un accidente o algo así, pero han desaparecido para siempre. De alguna manera tú eres el mismo de ahora sólo que ahora careces de tus órganos reproductivos, y en su lugar sólo tienes piel suave y lisa. ¿Cuál sería tu posición más realista de cómo manejarías esta situación?
- a) Consideraría el suicidio. Eso sería absolutamente terrible.
 - b) Eso sería algo terrible.
 - c) No estoy seguro de cómo me sentiría. Podría sobre llevarlo, con el tiempo suficiente.
 - d) No me molestaría. Algunas veces pienso que sería una mejoría.
 - e) A menudo deseo que algo así pudiera ocurrirme. Lo digo en serio.
- 27) Tienes 10 años de edad. Es hora de jugar. ¿Qué actividad escogerías?
- a) Saldría a jugar pelota con mis amigos.
 - b) Podría salir en bicicleta con mis amigos.
 - c) Podría nadar o jugar con mis juguetes y con mis amigos.
 - d) Pasearía en el bosque con mis amigos o jugaría con mi mascota.
 - e) Jugaría juegos donde pretendiéramos ser otras personas con mis amigos, o quizás juegos de mesa.

- 28) Te presentan a alguien que no conoces. Esta persona tiene un pequeño hilo blanco saliendo de su saco gris. ¿Qué tan seguro es que tú notes esto?
- a) No lo notaría. Eso no importaría.
 - b) Eso es algo que probablemente no pueda notar.
 - c) Podría notarlo. Quizás.
 - d) Probablemente lo notaría y le diría algo después.
 - e) Casi con toda seguridad lo notaría.
- 29) ¿Qué tanto descontento o sufrimiento te ha provocado tener algún conflicto entre tu sexo físico y tu género sexual interno?
- a) No demasiado. No es un gran problema para mí.
 - b) Quizás sólo un poco. En gran parte estoy satisfecho con mi cuerpo.
 - c) Algunas veces pienso si sería mejor ser mujer.
 - d) No me gusta que mi cuerpo se vea masculino. Eso es un problema.
 - e) Esto en realidad me molesta. Siento que mi cuerpo es un error. Yo debería ser mujer.
- 30) De repente, alguien te lanza una pelota. ¿Qué sería lo que con más certeza pasaría?
- a) Probablemente capture la pelota.
 - b) Podría capturar la pelota.
 - c) Sería algo muy sorpresivo. Se me podría caer la pelota.
 - d) Probablemente se me caiga la pelota.
 - e) De seguro me tomaría por sorpresa. Dudo que pueda capturar la pelota.
- 31) Estás en un restaurante con algunos amigos. Hay un ruido moderado pero no fuerte. Una canción que conoces se escucha en las bocinas, pero suena en estilo "música ambiental", también llamada "música para elevadores". ¿Reconocerías la canción instantáneamente?
- a) En esa forma probablemente no pueda reconocer ninguna canción.
 - b) Dudo que pueda reconocer la canción, especialmente por el ruido de fondo.
 - c) Podría reconocer la canción.
 - d) Es probable que pueda reconocer la canción después de unos momentos.
 - e) Reconocería la canción de inmediato.

- 32) De pronto el mundo entero cambia mágicamente. Ahora existes en un mundo que carece por completo de géneros sexuales. Todos los cuerpos son hermafroditas, andróginos por completo en apariencia, masculino y femenino a la misma vez. La cultura refleja esto, como toda interacción humana. Tú, sin embargo, eres todavía tú mismo en tu interior, con todas tus memorias de haber vivido en nuestro mundo tal y como es ahora. Tus sentimientos están intactos, solo tu cuerpo ha cambiado. En este nuevo mundo todos se visten, actúan y viven según como se sientan en el momento y no existe tal cosa como ser hombre o ser mujer. Solamente tú recuerdas el mundo de géneros. En un mundo como ese, ¿todavía sentirías necesidad de vestirte como mujer?
- a) Sin duda. En realidad me encanta sentirme femenina. Sería un mundo muy incómodo también.
 - b) Sí. Me divierte expresar mi feminidad. Lo extrañaría mucho.
 - c) Pienso que ya no importaría más, ¿o sí? Ese es mi mundo de sueños.
 - d) No lo sé. Sin embargo creo que sería más fácil vivir.
 - e) Como me vista no es en realidad el problema para mí. Me vestiría según como se me antoje.
- 33) Estás trabajando con un grupo de personas en un proyecto importante. ¿Qué es para ti lo más importante para que se tenga una buena estructura interpersonal en el grupo?
- a) Es muy importante que todos y cada uno compartan el mismo grado de dedicación.
 - b) Todos deben poder trabajar bien juntos. Es mejor si se mantienen concentrados en el trabajo.
 - c) Es importante llevarse bien, pero la prioridad es tener el trabajo listo.
 - d) Me interesaría porque cada uno se lleve bien con los demás y respeten los sentimientos de cada persona.
 - e) Es mejor si todos pueden ser amigos y disfrutan de la compañía mutua. Eso haría que el trabajo se termine lo antes posible.
- 34) En algún lugar suena un timbre suavemente. Tienes que apuntar exactamente al lugar de inmediato. ¿Qué tan bien puedes hacer esto?
- a) Yo sabría exactamente dónde está el timbre.
 - b) La mayor parte de las veces sabría dónde está el timbre.
 - c) Creo que podría acertar.
 - d) Eso sería difícil de hacer pero quizás pueda acertar.
 - e) Lo más probable es que no pueda apuntar dónde está el timbre.
- 35) Un doctor te ofrece un tratamiento indoloro y absolutamente efectivo para ser completamente masculino. Todos los deseos femeninos que tengas serán eliminados y serás feliz y contento de ser un hombre. Nunca más necesitarás vestirte con ropas de mujer y nunca más querrás ser femenina en ninguna forma otra vez. Antes del tratamiento te han asegurado que quedarás completamente feliz. ¿Tomarías el tratamiento?
- a) Probablemente lo tomaría.
 - b) Consideraría la opción con mucha seriedad.
 - c) No lo sé. Quizás.
 - d) No quiero un tratamiento de ese tipo.
 - e) Saldría corriendo de ahí. Eso sería como la muerte para mí.

- 36) Elige la palabra con la que MÁS te gustaría que se refieran a ti.
- a) Asertivo.
 - b) Independiente.
 - c) Adaptable.
 - d) Comprensivo.
 - e) Compasivo
- 37) ¿Con qué facilidad lloras al ver películas?
- a) Nunca he llorado al ver una película.
 - b) Normalmente las películas no me hacen llorar.
 - c) A veces, si es una película muy fuerte, podría llorar.
 - d) Algunas veces algo me llega justo ahí, y entonces lloro.
 - e) Me involucro mucho y lloro con mucha facilidad si la escena es lo suficientemente intensa.
- 38) En lo más hondo de ti, ¿de qué género te ves en realidad?
- a) Soy probablemente mayormente hombre.
 - b) Soy más hombre que mujer.
 - c) No soy ni hombre ni mujer. Soy algo así como algo intermedio.
 - d) Soy probablemente más mujer que hombre.
 - e) Soy mayormente mujer.
- 39) ¿Qué crees que es lo más deseado de tener?
- a) Poder.
 - b) Respeto.
 - c) Amistad.
 - d) Compasión.
 - e) Amor
- 40) Elige la opción que más claramente represente la edad a la que tu género sexual por primera vez se volvió un problema para ti o te preocupó.
- a) Alrededor de los 15 años.
 - b) Alrededor de los 12 años.
 - c) Como a los 9 años.
 - d) Como a los 7 años.
 - e) Como a los 5 años.
- 41) ¿Alguna vez has sufrido de dolores de cabeza intensos o migrañas?
- a) Nunca.
 - b) Lo dudo.
 - c) Tal vez una vez.
 - d) He tenido unas pocas veces.
 - e) Los he tenido más que unas pocas veces durante los últimos años.

- 42) ¿Qué tanto tiempo has sentido que tienes una incongruencia de género con el sexo de tu cuerpo?
- a) No siento de esa manera. Al menos no fuertemente.
 - b) Es apenas bastante reciente que me siento de esa manera.
 - c) Siempre he pensado acerca de ese problema.
 - d) Hace un largo tiempo que me estoy sintiendo así.
 - e) Mis más tempranos recuerdos son de tener este problema.
- 43) ¿Cuál es, con honestidad, el grado que juegan para ti la excitación y atracción sexual en la importancia y en el valor de vestirte de mujer?
- a) Es realmente muy importante para mí.
 - b) Es importante.
 - c) Es agradable pero no la única razón.
 - d) No es en verdad importante para mí.
 - e) En realidad eso me importa muy poco.
- 44) ¿Qué tan importante es para ti que los demás te acepten completamente como mujer?
- a) Que las personas me consideren en verdad como mujer no es lo importante para mí.
 - b) Ese no es un problema mayor para mí.
 - c) Sería bueno pero no necesito eso para ser feliz.
 - d) Es importante. Me sentiría mucho mejor si los demás me aceptaran.
 - e) Es muy importante para mí. En verdad quiero ser completamente aceptada como mujer.
- 45) ¿Alguna vez has considerado seriamente el suicidio debido a tus problemas de género?
- a) Nunca.
 - b) No. Seriamente, no.
 - c) Tal vez haya estado cerca de sentir algo así.
 - d) He pensado en ello más o menos en serio.
 - e) Han habido veces en las que en realidad pensé suicidarme.
- 46) ¿Alguna vez te han visto, descubierto o se han dado cuenta de tus problemas de género? ¿Han sabido que te vistes de mujer o han cuestionado tu comportamiento relacionado con tu género?
- a) No. He tenido mucha discreción.
 - b) Quizá alguna vez. Me mantengo a escondidas.
 - c) He tenido un par de incidentes en el pasado.
 - d) He tenido algunos problemas. Es difícil esconderse completamente.
 - e) Es muy difícil mantenerse a escondidas. Casi ni intento esconderme.
- 47) Cuando ves el rostro de una persona, ¿qué tan bien puedes juzgar lo que está sintiendo?
- a) Es muy difícil saberlo sólo con mirarla.
 - b) Preferiría que ella me dijera, así quedan menos opciones.
 - c) A veces puedo darme cuenta.
 - d) Usualmente puedo saber lo que una persona está sintiendo, más o menos.
 - e) Es algo muy obvio para mí.

- 48) Estás teniendo una erección. ¿Cómo te sientes?
- a) Me siento muy excitado. Eso significa tener una erección.
 - b) Probablemente muy bien.
 - c) Me podría sentir un poco fastidiado.
 - d) De alguna manera me molesta que eso pase.
 - e) Odio eso. Deseo que termine de una vez.
- 49) Estás tratando de describir la forma compleja de un objeto desconocido para alguien. No estás usando tus manos, sólo puedes valerte de las palabras. ¿Qué tan fácil es para ti explicar la forma lo más acertado posible?
- a) Puedo imaginarme la forma, pero puede resultar difícil encontrar las palabras adecuadas.
 - b) Puedo verlo en mi mente y describir la forma muy bien.
 - c) Puedo describir la forma más o menos bien, si me dan el tiempo suficiente.
 - d) Trataría muchas descripciones y comparaciones, pero puede ser difícil conseguirlo.
 - e) Es muy difícil para mí ver en mi mente las formas con claridad. Las palabras son la parte más fácil.
- 50) Estás en la escuela primaria y la maestra te da como premio una estrella dorada por tu buen trabajo. ¿En que habría sido?
- a) Hice bien mis sumas.
 - b) Supe cómo multiplicar.
 - c) Supe el nombre de las capitales.
 - d) Hice un perfecto trabajo deletreando.
 - e) La maestra consideró que yo había escrito el mejor poema.
- 51) Te comentan que algo que dijiste parece haberle molestado a alguien. ¿Cuál es tu reacción?
- a) Pienso que ese no es mi problema.
 - b) Tengo el derecho de decir lo que me parece.
 - c) Podría darle un poco de importancia y pensaría un poco.
 - d) Trataría de averiguar un poco más al respecto.
 - e) Me preocuparía un poco. No quiero herir a nadie.
- 52) ¿Te has dejado crecer el cabello, usas un corte de pelo femenino o de alguna manera has alterado tu apariencia física diaria para incrementar la efectividad para cuando te vistes de mujer o para cuando expresas tu feminidad?
- a) No. Eso sería un poco excesivo en estos momentos.
 - b) En realidad no he hecho nada que pueda notarse.
 - c) Quizás un poco. No demasiado.
 - d) Se nota que me gusta que mi cabello y su apariencia tengan un aspecto más femenino.
 - e) Para ser honesto, la gente muchas veces comenta sobre mi apariencia.

- 53) Tienes un mensaje de voz en tu contestadora. La persona no dejó un nombre y se nota que espera que sepas quién es. ¿Qué tan fácil es para ti recordar de quién se trata sólo con escuchar esa voz?
- a) Un poco difícil, es tan sólo una grabación. Desearía que hubiera dejado su nombre.
 - b) No creo que pueda saberlo con sólo escuchar la voz.
 - c) Podría identificar quién es después de escuchar el mensaje un par de veces. Tendría que pensar un poco.
 - d) Normalmente yo sé quién es después de escuchar el mensaje un par de veces.
 - e) Sabría quién es rápidamente. Soy muy bueno identificando voces.
- 54) Un desconocido se muestra contento de conocerte y desea darte un abrazo. ¿Cómo te sientes respecto a esto?
- a) Eso sería un poco raro y extraño para mí.
 - b) Francamente, sentiría un poco de fastidio.
 - c) Estaría bien. OK.
 - d) Suena simpático.
 - e) Me gustan los abrazos. Es algo muy agradable.
- 55) Acabas de conocer a alguien que es muy cortés contigo, pero se le nota un poco distante. En realidad a esta persona en el fondo le desagradas. ¿Qué tanto te das cuenta de esto?
- a) No mucho, es difícil saber con la gente.
 - b) Dudo que pueda saberlo sin algunas señales.
 - c) Podría darme cuenta de eso.
 - d) Creo que sí me daría cuenta de eso.
 - e) Puedo darme cuenta cuando a alguien le desagradó, aunque traten de ocultarlo.
- 56) Estás hablando con unas personas que acabas de conocer. Durante la conversación una de estas personas toca un tema del pasado de ellos. La discusión se torna muy seria y comienzan a ponerse muy emotivos. ¿Cómo reaccionas ante esto?
- a) Me hace sentir incómodo.
 - b) Me sentiría un poco incómodo pero ya se les pasara, eso espero.
 - c) Puedo entender eso. Es un poco incómodo pero puedo comprenderlo.
 - d) Quisiera poder ayudar si pudiera porque ellos lo necesitan.
 - e) Trataría de reconfortarlos lo mejor que pudiera.
- 57) Estás solo y te estás masturbando. ¿Qué es lo que más te excita?
- a) Mayormente las cosas visuales. Imágenes de personas juntas o solas.
 - b) Prefiero las cosas que puedo ver.
 - c) Podrían ser fotos, figuras o historias.
 - d) Probablemente las historias. Imaginarme y hacerme ideas es lo que más me excita.
 - e) Definitivamente algo escrito, especialmente si está bien escrito.

- 58) Jamás, nunca podrás ser una mujer. Tendrás que vivir el resto de tus días completamente como un hombre y cada año que pase te volverás más masculino. No hay salida. ¿Cuál es tu reacción?
- Podría sobrellevarlo. No es muy diferente que ahora.
 - Mientras pueda usar vestidos en privado, podré sobrevivir.
 - Eso dolería pero podré soportarlo.
 - No creo que pueda soportar algo así.
 - Sería mejor morir.
- 59) Te muestran una película con imágenes en close-up de los rostros de diferentes personas. Tienes que describir las emociones que están sintiendo esas personas sólo por las expresiones de sus caras. ¿Qué tan bien puedes hacerlo?
- Probablemente no muy bien.
 - Tendría un poco de dificultad con eso.
 - Podría adivinar en algunos de los casos.
 - Creo que podría acertar en muchos de los casos.
 - Sabría bien qué es lo que la mayoría de las personas están sintiendo.
- 60) Estás pasando el rato con un grupo de amigos casados. Dos de ellos están siendo infieles a sus parejas. ¿Detectarías eso fácilmente?
- Si están manteniendo su secreto, ¿cómo se supone que yo sepa?
 - Si ellos se descuidan quizá podría adivinar.
 - Me podría dar cuenta después de un rato.
 - Generalmente creo que detecto esas cosas muy rápidamente.
 - Es algo que para mí es muy fácil. Se siente, imposible no darse cuenta.
- 61) ¿Estás siguiendo terapia hormonal actualmente o estás por comenzarla?
- No. No estoy seguro de que quiera usar hormonas.
 - Actualmente no, pero lo he pensado. Probablemente no.
 - Pienso que de repente sería bueno intentar usar hormonas.
 - Estoy por comenzar terapia hormonal tan pronto como pueda.
 - Estoy en terapia hormonal actualmente.
- 62) ¿Alguna vez has pasado más de una semana viviendo como mujer?
- No. No estoy seguro como me sentiría haciendo eso.
 - He tratado algo así pero es bastante agotador e incómodo.
 - No, pero sería algo muy interesante de probar.
 - Me gustaría hacer eso, lo haría si pudiera.
 - Sí. En realidad me encantó hacerlo.
- 63) ¿Qué respuesta se acerca más a cómo describirías lo que sientes viviendo como un hombre en este mundo?
- Definitivamente tiene algunas ventajas, debo admitirlo.
 - Puede ser muy útil en muchas circunstancias.
 - Es sólo una forma de estar en este mundo. Tiene sus problemas y sus beneficios.
 - No puedo pensar que sea bueno estar así.
 - Es algo muy molesto y displacentero.

- 64) Estás por morir. En tus últimos momentos puedes tomar una elección. Puedes ser enterrado y recordado como un hombre o enterrado y recordado como una mujer. ¿Qué elegirías?
- a) Quiero que me recuerden correctamente. Ya en verdad no interesa a esas alturas.
 - b) Mis familiares y mis amigos se sentirían muy fastidiados. Mejor no cambiar las cosas.
 - c) Cualquier cosa. En realidad no es algo que me importe.
 - d) Creo que quisiera que me recuerden como una mujer.
 - e) Si tengo que morir, definitivamente quiero que me recuerden como una mujer.
- 65) ¿Cuál es la definición que se aproxima más a la definición que tienes de tu persona?
- a) Soy un hombre que le gusta vestir ropas de mujer.
 - b) Tengo un lado femenino que me gusta expresar.
 - c) Soy algo de los dos, hombre y mujer. Quizás un transgenerista.
 - d) Probablemente soy un transexual.
 - e) Soy un transexual.

COGIATI, Análisis de Resultados

(COGIATI contents copyright C 1998 Jennifer Diane Reitz, All Rights Reserved)

Todas las respuestas *a* tienen un valor de *menos 10*, todas las respuestas *b* tienen un valor de *menos 5*, todas las respuestas *c* tienen un valor de *0*, todas las respuestas *d* tienen un valor de *5*, y todas las respuestas *e* tienen un valor de *10*.

Suma el total de puntos obtenidos por las respuestas seleccionadas, e identifica en la siguiente tabla la posición en que ubican al paciente sus respuestas:

Resultado: -650 a -389	Clasificación UNO	MASCULINO ESTÁNDAR
Resultado: -390 a -129	Clasificación DOS	HOMBRE FEMENINO
Resultado: -130 a +129	Clasificación TRES	ANDRÓGINO
Resultado: +130 a +389	Clasificación CUATRO	PROBABLE TRANSEXUAL
Resultado: +390 a +650	Clasificación CINCO	TRANSEXUAL

❑ Análisis por clasificación.

- ❖ COGIATI clasificación UNO, MASCULINO ESTÁNDAR: Esto significa que estás clasificado como un individuo esencialmente masculino en su identidad interna del género, y que por tanto tus problemas de género son principalmente problemas de expresión más que un problema médico. Cualquier dificultad que tengas es mayormente causada por una vergüenza interna sobre tus necesidades y deseos, o debido a una curiosidad respecto a qué podrían representar esas necesidades o deseos.

Acciones sugeridas: Tu situación es la más fácil y segura de todas las clasificaciones del COGIATI. Como tu situación no es un problema físico o biológico, las sugerencias son relativamente simples:

- 1) Si sientes cualquier disconformidad acerca de la expresión de tu género, siempre una pequeña consejería podría ser de buena ayuda. El objetivo principal es hacer posible que disfrutes de tus expresiones de género libre de cualquier sentimiento de vergüenza y resolver cualquier tipo de preguntas que puedas tener.
- 2) El juego o el papel de tu género es solamente eso: un juego, y es aconsejable que lo consideres así. Tus juegos de género son una forma de diversión para ti y contribuyen a tu felicidad como cualquier otra cosa que te interese de verdad. Ciertamente no eres un transexual y cualquier acción que te lleve en esa dirección sería el camino a una catástrofe segura.
- 3) Si aún no lo has hecho, considera unirse a cualquier grupo dedicado a variedades de juegos de género. Literalmente existe todo un mundo de personas con quién compartir tus intereses. También hay muchas publicaciones, paquetes de vacaciones y actividades donde podrás expandirte más en tus juegos de género.

- ❖ COGIATI clasificación DOS, HOMBRE FEMENINO: Esto significa que estás clasificado como un individuo principalmente masculino en su identidad interna del género, y que por tanto tus problemas de género son principalmente problemas de expresión más que un problema médico. Cualquier dificultad que tengas son mayormente causadas por una vergüenza. Averigua sobre tus necesidades y deseos, o debido a una curiosidad respecto a qué podrían representar esas necesidades o deseos. Sin embargo, hay algunas indicaciones de un fuerte lado femenino en ti, y esto es intrínseco a tu constitución.

Acciones sugeridas: Tu situación es muy poco complicada, así que puedes estar tranquilo. Como tu situación no es un problema físico ni biológico, las sugerencias son relativamente simples:

- 1) Si sientes cualquier disconformidad acerca de la expresión de tu género, siempre una pequeña consejería podría ser de buena ayuda. El objetivo principal es hacer posible que disfrutes de tus expresiones de género, libre de cualquier sentimiento de vergüenza y resolver cualquier tipo de preguntas que puedas tener.
- 2) Los problemas y la expresión de tu género son más que un simple juego: son una forma de expresión de identidad personal pero esto no es un indicador de transexualidad. De hecho, todas las sugerencias que se le puedan dar a un transexual no se te pueden dar a ti porque te llevarían a una severa tristeza al final. Es posible que un paso parcial hacia una mayor expresión femenina te lleve a una mayor felicidad, pero esta acción debe ser tomada con extrema cautela.
- 3) Si aún no lo has hecho, considera unirse a cualquier grupo dedicado a variedades de juegos de género. Literalmente existe todo un mundo de personas con quién compartir tus intereses. También hay muchas publicaciones, paquetes de vacaciones y actividades donde podrás expandirte más en tus expresiones de género.

- ❖ COGIATI clasificación TRES, ANDRÓGINO: Lo que esto significa es que el COGIATI ha clasificado tu identidad interna de género sexual como esencialmente andrógino, masculino y femenino a la vez, o posiblemente ninguno de los dos. En algunas culturas de la historia serías considerado como individuo del tercer sexo, independiente de lo masculino y de lo femenino. Tus problemas de género son intrínsecos a tu ser y la forma más clara de que encuentres tu felicidad es que te comportes expresando los dos géneros como tú lo sientas.

Acciones sugeridas: Tu situación es un poco complicada en nuestra sociedad pero no demasiado, dependiendo de tu ubicación geográfica. Las sugerencias para tu caso no son muy complicadas:

- 1) Si sientes cualquier disconformidad acerca de la expresión de tu género, siempre una pequeña consejería podría ser de buena ayuda. El objetivo principal es hacer posible que disfrutes de tus expresiones de género, libre de cualquier sentimiento de vergüenza y resolver cualquier tipo de preguntas que puedas tener.
- 2) Como un ser andrógino, los dos géneros y los dos sexos son naturales en tu expresión. Una polarización permanente en cualquier dirección produciría infelicidad. No es recomendado que asumas ir a través de una completa transformación sexual. Deberías encontrar un valor parcial de transformación si es que sientes más atracción por lo femeni-

no. Eres más un transgénérico que un transexual. Es recomendado que reconozcas que tus problemas de género son reales pero una acción extrema sobre ellos debe ser tomada con mucha precaución.

- 3) Si aún no lo has hecho, considera unirse a cualquier grupo dedicado a variedades de juegos de género. Literalmente existe todo un mundo de personas con quien compartir tus intereses. También hay muchas publicaciones, paquetes de vacaciones y actividades donde podrás expandirte más en tus expresiones de género.

❖ COGIATI clasificación CUATRO, PROBABLE TRANSEXUAL: Esto quiere decir que el COGIATI ha identificado que tu identidad interna del género sexual es esencialmente femenina, pero con algunos rezagos masculinos o andróginos. Es muy posible que seas un candidato de diagnóstico de transexualidad. Tienes un alto grado de disforia sexogenérica, y por lo menos se debe hacer una investigación más a fondo. Tus resultados te ubican en el grupo mayoritario de los casos diagnosticados como transexuales.

Acciones sugeridas: Tu situación es potencialmente muy seria y es un indicativo de un probable conflicto de género desde el nacimiento. Definitivamente es recomendado que tomes acciones al respecto. Las sugerencias en tu caso son varias.

- 1) Es recomendado que busques ayuda de un comprensivo y adecuado consejero o de un profesional sobre tus problemas de género. Es posible que con el tiempo estos problemas se vuelvan cada vez más difíciles de sobrellevar. Es vital una temprana determinación de lo que tú en realidad necesitas y quieres. Debes determinar si es que en verdad eres transexual. Ten presente que existen muchas alternativas aparte de una transformación completa. Están disponibles transformaciones parciales y varias otras formas de ser. Aunque tú muy probablemente seas un transexual, el COGIATI determina que esto no es absolutamente cierto. El tiempo para tomar una acción es muy importante a tomar en cuenta, pero estar completamente seguro es lo más importante. Procede con la investigación de tu posible transexualidad o transgenerismo, pero con cuidado.
- 2) Algunas acciones pueden ayudarte a definir tus necesidades más claramente. Experimentar vivir a tiempo completo como mujer, tomar hormonas por un corto periodo de tiempo bajo supervisión, o tomar supresores de testosterona para que observes como te sientes son todas opciones viables. Piensa que siendo muy probable que seas transexual, esto no es completamente seguro. No tomes ninguna acción severa o permanente sin una profunda meditación y ayuda de consejeros y de profesionales.
- 3) Tus problemas de género son reales y no deben ser ignorados. Tampoco debes precipitarte al actuar al respecto, no importa los poderosos que puedas sentirlos. No posees todas las características de la última clasificación (de transexual clásico) y por eso debes mantener el cuidado y estar abierto a las posibilidades. Podrías finalmente terminar con una transición completa y quizás ese sea el camino de tu salvación. Sé muy cuidadoso pero no ignores tus problemas.
- 4) Si aún no lo has hecho, considera unirse a cualquier grupo dedicado a variedades de juegos de género. Literalmente existe todo un mundo de personas con quien compartir tus intereses. También hay muchas publicaciones, paquetes de vacaciones y actividades donde podrás expandirte más en tus expresiones de género.

- ❖ COGIATI clasificación CINCO, TRANSEXUAL: Esto significa que el COGIATI ha identificado la identidad interna de tu género sexual como femenina. De acuerdo a tu resultado, tu mente y tu identidad sexogenérica son los de una mujer. De manera esencial encajas en el modelo de transexual clásico y no deberías ignorar tus problemas de género, o se volverán mucho más severos. Definitivamente necesitas buscar seguir un tratamiento.

Acciones sugeridas: Tu situación es muy seria y es un alto indicativo de un conflicto sexogenérico desde el nacimiento. Es muy fuertemente recomendado que tomes acciones al respecto y las sugerencias para tu caso son importantes.

- 1) Es recomendado que busques ayuda de un comprensivo y adecuado consejero o de un profesional acerca de tus problemas sexogenéricos. Con el tiempo ellos se volverán demasiado difíciles de soportar y de sobre llevar. Un diagnóstico a tiempo de tu transexualidad es vital. Mientras más pronto que busques ayuda en serio, mayor será la posibilidad de que no solamente sobrevivas, sino de que también seas feliz.
- 2) Algunas acciones pueden ayudarte a definir tus necesidades más claramente: Experimentar vivir de tiempo completo como mujer, tomar hormonas por un corto periodo de tiempo bajo supervisión, o tomar supresores de testosterona para que observes como te sientes son todas opciones viables. Piensa que siendo extremadamente probable que seas transexual, aún así no es completamente seguro. No tomes ninguna acción severa o permanente sin una profunda meditación y ayuda de consejeros y de profesionales.
- 3) Tus problemas sexogenéricos son reales y no debes ignorarlos. Tampoco debes apresurarte en actuar por más fuertes que estos sean. La transición a un cuerpo de sexo femenino puede ser tu salvación, pero es imperativo que estés absolutamente seguro de lo que realmente quieres. Actúa de inmediato para buscar resolver tu disforia sexogenérica. Busca ayuda profesional inmediatamente.
- 4) Si aún no lo has hecho, considera unirse a cualquier grupo dedicado a variedades de juegos de género. Literalmente existe todo un mundo de personas con quien compartir tus intereses. También hay muchas publicaciones, paquetes de vacaciones y actividades donde podrás expandirte más en tus expresiones de género.

Anexo 2: Cuestionario
Cuestionario del género cruzado H a M (versión experimental 2.0)

Para medir la identidad de género cruzado y el proceso de transición transexual.

Richard F. Docter, Ph.D. y James S. Fleming, Ph.D.

California State University, Northridge.

A continuación se presentan una serie de aseveraciones. Por favor, responde lo más sinceramente posible si para ti la mayoría de las veces son verdaderas (V) o falsas (F).

V F

1			Cuando llevo ropa de mujer, no lo considero “transvestismo” porque mi verdadero género es femenino (o principalmente femenino).
2			Tengo un “juego de ropa de mujer de fantasía alternativo”, que es demasiado sexy para llevar en público.
3			He adoptado un nombre femenino que ahora es mi nombre legal.
4			Si llevo un vestido sexy, a veces siento más atracción a los hombres.
5			Yo creo que yo soy una mujer en el cuerpo de un hombre.
6			A veces adquiero más juegos de ropa interior elegante u otra ropa sexy que la que realmente necesito.
7			Tengo licencia conducir u otra identificación válida que muestra mi foto de mujer y mi nombre.
8			Como en restaurantes en mi papel femenino varias veces al año.
9			En mi papel femenino, yo normalmente me siento como una mujer.
10			A veces me excito al verme con ropas de mujer en el espejo.
11			Mientras he estado en mi papel femenino, hombres a los que no conozco me han invitado algún refresco o alguna bebida.
12			He vivido completamente o casi completamente como mujer por más de seis meses consecutivos.
13			Prefiero pensar en mi nombre femenino como nombre real.
14			Como mujer, he sido llevada a un restaurante por un hombre como su acompañante.
15			Cuando yo siento tensión, el llevar algo femenino normalmente me hace sentir un poco de calma.
16			He vivido completamente o casi completamente como mujer durante un año o durante más tiempo.
17			Puedo experimentar sentimientos de ser mujer en cualquier momento sin importar cómo me vista.

18		Comprar y usar maquillaje a menudo me hace sentir excitación sexual.
19		He recibido 10 horas o más de electrólisis para depilación.
20		He recibido 50 horas o más de electrólisis para depilación.
21		Como mujer, he sido llevada a algún evento por un hombre.
22		Incluso cuando no estoy en mi papel femenino, revelo algunos amaneramientos femeninos (o lo he hecho).
23		Ponerme lápiz de labios o perfume me hace sentir sexy.
24		Puedo disfrutar siendo una mujer, pero también en otros momentos disfruto funcionando como hombre.
25		Prefiero utilizar medias sexy y zapatos de tacón altos y no el estilo común que usan las mujeres.
26		Estar en el papel femenino casi siempre es una experiencia sexual para mí.
27		He bailado con un hombre estando en mi papel femenino.
28		La ropa interior femenina normalmente me provoca excitación sexual.
29		Cuando estoy en mi papel femenino, siento que estoy expresando mi "verdadero yo" y no solamente actuando.
30		He hablado con algún médico sobre el hecho de obtener hormonas femeninas (las haya obtenido o no).
31		Ya he sido besada apasionadamente en los labios por un hombre al estar en mi papel femenino.
32		Si fuera posible, escogería vivir mi vida como mujer (o ya lo hago ahora).
33		Normalmente, algunos artículos específicos de ropa femenina tienen un efecto especialmente poderoso en mi excitación sexual.
34		He tomado hormonas femeninas regularmente durante tres meses o mucho más tiempo.
35		Mientras he estado en mi papel femenino, he tenido encuentros físicos con un hombre que fueron más allá de solamente besar.
36		Si me debo apartar de mi papel femenino aunque sea por un corto tiempo, es duro para mí.
37		Llevar ropa femenina y maquillaje me provoca a menudo un placer sexual mayor que otras actividades sexuales.
38		A menudo me excito sexualmente simplemente al pensar en mí como mujer.
39		He tomado hormonas femeninas regularmente durante seis meses o mucho más tiempo.
40		Como hombre, yo me siento atraído exclusivamente por mujeres.

41		Casi siempre uso uno o más artículos de ropa femenina bajo mi ropa masculina.
42		A menudo me excita sexualmente comprar ropa femenina, zapatos o cosméticos.
43		He tomado hormonas femeninas regularmente durante un año o durante más tiempo.
44		Como hombre me siento atraído por mujeres y por hombres, aunque no necesariamente en igual medida.
45		Tengo ensueños o pensamientos sobre ser mujer por lo menos una vez al día.
46		A menudo me excito sexualmente cuando leo acerca de hombres que se transforman en mujeres.
47		He conversado con un médico sobre una posible o real cirugía cosmética para mejorar mi apariencia femenina.
48		En el papel femenino yo me siento atraído exclusivamente por mujeres.
49		Tengo ensueños o pensamientos sobre ser mujer por lo menos unas 10 veces cada día.
50		Estar vestido de mujer es un excelente placer para mí.
51		Ya he recibido algún tipo de cirugía cosmética para mejorar mi apariencia femenina.
52		Cuando estoy en mi papel femenino me siento atraído por hombres y por mujeres, aunque no necesariamente en la misma medida.
53		Después de pasar varias horas o días en el papel femenino, normalmente estoy listo para cambiar y regresar a mi ropa masculina.
54		A menudo el hecho de estar en el papel femenino me produce fuertes sentimientos de alegría.
55		En una o más ocasiones, al estar en mi papel femenino he tenido encuentros sexuales con un hombre.

- **Procedimiento de evaluación:** Obtener el total para cada escala, sumando los ítems contestados “V” y los contestados “F”.
 - ❖ **Identidad de género cruzado:** Las preguntas que se espera sean contestadas como “V” para la identidad de género cruzada son la 1, 5, 9, 13, 17, 22, 29, 32, 36, 41, 45 y la 49; y las preguntas que se espera sean contestadas como “F” son la 24 y la 53.
 - ❖ **Transición transexual:** Las preguntas que se espera sean contestadas como “V” respecto al proceso de transición son la 3, 7, 8, 12, 16, 19, 20, 30, 34, 39, 43 y la 51.

Anexo 3: Glosario

Ablación: Extirpación quirúrgica de una parte, especialmente cortando. Amputación o desprendimiento.

Agonista: En bioquímica, un agonista es aquella sustancia que es capaz de unirse a un receptor y provocar una respuesta en la célula. Un agonista es lo opuesto a un antagonista en el sentido de que mientras un antagonista también se une a un receptor, no solamente no lo activa sino en realidad bloquea su activación por los agonistas. Los receptores en el cuerpo humano funcionan al ser estimulados o inhibidos por agonistas o por antagonistas naturales (como las hormonas o los neurotransmisores) o artificiales (como por ejemplo las drogas).

Alopecia: Calvicie, deficiencia natural o anormal de cabello.

Ambulatoria: Que no obliga al enfermo a estar en cama.

Amenorrea: Ausencia o falta de menstruación.

Andrógenos: Hormonas “masculinas” o que poseen actividad masculinizante.

Andrógino: Masculino con apariencia femenina, o femenina con apariencia masculina (gigandria).

Angustia: Reacción ante un peligro sin objeto real, temor ante un peligro imaginario, combinación de disgusto y de tensión interna así como de una sensación continua de inquietud y de espera de sucesos dolorosos.

Anomalía cromosómica: Irregularidad o anormalidad en uno o en más cromosomas.

Anomalía genética: Irregularidad o anormalidad en uno o en más genes.

Anovulación: Suspensión o cese de la ovulación.

Ansiedad: Anticipación aprehensiva de un daño o de una desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. Sensación de que suceda en este momento lo que va a suceder dentro de un tiempo.

Atipicidad: Que es irregular, no conforme con el tipo normal, natural o esperable de las cosas.

Atrofia: Disminución del volumen y del peso de un órgano por un defecto en su nutrición.

Bifóbica: Persona que muestra aversión, miedo o rechazo irracional propiciado por la ignorancia y por los prejuicios hacia las personas bisexuales, basadas en un sectario enfoque heterocentrista y excluyente. Prejuicio antibisexual.

Blefaroplastia: Cirugía plástica de los párpados.

Caracteres sexuales primarios: Estructuras, signos o condiciones que están directamente relacionadas con la reproducción o con los aspectos reproductivos, como por ejemplo los testículos en los hombres y los ovarios en las mujeres.

Caracteres sexuales secundarios: Estructuras, signos o condiciones que están indirectamente relacionadas con la reproducción o con los aspectos reproductivos, como por ejemplo el vello facial o la voz gruesa en los hombres y el crecimiento de los pechos en las mujeres.

Cardiopatía isquémica: Afección cardíaca caracterizada por una detención en la circulación arterial (isquemia).

Cariotipo: Imagen cromosómica completa de un individuo que presenta a los cromosomas en pares de mayor a menor tamaño, y de acuerdo con la posición del centrómero. Se obtiene por medio de la microfotografía de una célula somática en estado de mitosis.

Castración: Extirpación quirúrgica de las glándulas genitales, o sea de los testículos en el hombre y de los ovarios en la mujer.

Catártico: Tratamiento psicoanalítico de las psiconeurosis por el proceso de abreacción, en el que se estimula al paciente para que cuente todo lo que se le ocurra sobre una cuestión determinada, asegurando de este modo una “purgación” de la mente.

Cefalea: Dolor de cabeza. Cefalgia.

Centrómero: Parte no tangible del cromosoma por la que se separan las dos cromátides.

Cigoto: Célula resultante de la conjugación de dos gametos. Óvulo fecundado. Individuo resultante de la unión de dos gametos.

Cirugía cosmética: Cirugía cuyos procedimientos tienen por objeto mejorar la estética del individuo.

Cirugía electiva: Es el nombre que se le da a toda aquella cirugía que no sea de emergencia y que pueda ser demorada al menos por 24 horas.

Clitoroplastia: Cirugía plástica del clítoris.

Condroplastia: Cirugía plástica del cartílago.

Condroplastia tiroidea: Cirugía plástica del cartílago tiroides.

Conducto galactóforo: Conducto ubicado en el interior de la glándula mamaria a través del cual circula la leche producida en esta glándula.

Congénito: Nacido con el individuo. Que existe desde el nacimiento o antes del mismo. Innato. No adquirido.

Cricotiropexia: Unión del cartílago cricoides y del cartílago tiroides, ambos ubicados en la laringe.

Criopreservación: Proceso en el cual las células o los tejidos son congelados a bajas temperaturas, generalmente entre - 80 °C y - 196 °C (el punto de ebullición del nitrógeno líquido) para disminuir las funciones vitales de una célula o de un organismo y poderlo mantener en condiciones de vida suspendida por mucho tiempo.

Cromátide: Cualquiera de los dos cuerpos resultantes de la división longitudinal de un cromosoma durante la mitosis.

Delección: Forma de alteración cromosómica consistente en la pérdida de una porción de un cromosoma.

Depresión: Estado emocional anormal caracterizado básicamente por dos síntomas, que son un excesivo sentimiento de tristeza y una pérdida de la capacidad para sentir placer por cualquier cosa que se haga. Además pueden existir otros síntomas como melancolía, desánimo, demérito, vacío y desesperanza en grado inapropiado y desproporcionado respecto a la realidad.

Diabetes mellitus: Trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono caracterizado por un aumento anormal en las cantidades de glucosa en la sangre (hiperglucemia), sed intensa (polidipsia), aumento en el apetito o bulimia (hiperorexia), adelgazamiento progresivo, afeciones de la piel a menudo de carácter gangrenoso, dolor intenso intermitente a lo largo de uno o de varios nervios (neuralgias), una sensación particular que invita a rascarse (prurito), disminución de la reserva alcalina de la sangre (acidosis) y por un estado de sopor profundo con abolición del conocimiento, de la sensibilidad y de la movilidad (coma).

Dimórfico: Que tiene dos formas o que existe en dos diferentes formas, y en este sentido se refiere a aquellas estructuras cerebrales que tienen la capacidad de diferenciarse tanto hacia lo masculino como hacia lo femenino.

Disforia: Inquietud, malestar, opuesto a euforia.

Disfunción sexual: Es una alteraciones persistentes en una o en varias fases de la respuesta sexual que provoca problemas, molestias o ambos al individuo, a la pareja o a ambos; y puede ser primaria, secundaria, selectiva, situacional, fisiológica o subjetiva.

Dislipidemia: Alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y de lipoproteínas en la sangre. Presencia de anomalías en la concentración de grasas en sangre (colesterol, triglicéridos, colesterol HDL o de alta densidad y colesterol LDL o de baja densidad también llamado “colesterol malo”).

Distrés: Consecuencias negativas para el sujeto sometido a estrés.

Ecografía: Es un procedimiento de imagenología que emplea los ecos de una emisión de ultrasonidos dirigida sobre un cuerpo o a un objeto como fuente de datos para formar una imagen de los órganos o de masas internas con fines de diagnóstico. Un pequeño instrumento similar a un micrófono llamado transductor emite ondas de ultrasonidos (ondas sonoras de alta frecuencia) que se transmiten hacia el área del cuerpo bajo estudio, y se recibe su eco. El transductor recoge el eco de las ondas sonoras y una computadora convierte este eco en una imagen que aparece en la pantalla. También se conoce como ultrasonografía o ecosonografía.

Electrólisis: Descomposición química o desintegración orgánica producida por una corriente eléctrica, que se utiliza entre otras cosas para la depilación permanente.

Electrologista: Persona que realiza el procedimiento de electrólisis.

Embolia: Obstrucción de un vaso sanguíneo, especialmente de una arteria, por un cuerpo arrastrado por la corriente sanguínea (émbolo).

Enfermedad cerebrovascular: Conjunto de trastornos de la vasculatura cerebral que conllevan a una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro con la consecuente afectación, de forma transitoria o permanente, de la función de una región generalizada del cerebro o de una zona más pequeña o focal, sin que exista otra causa aparente que el origen vascular. La enfermedad cerebrovascular trae como consecuencia procesos isquémicos debidos a la detención de la circulación arterial o a procesos hemorrágicos, causando o no la subsecuente aparición de sintomatología y/o secuelas neurológicas. La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular.

Enfermedad tromboembólica: Enfermedad producida por la oclusión completa de un vaso sanguíneo por un trombo o por un coágulo.

Epigénesis: Generación por formaciones sucesivas: teoría de Wolff que supone que el desarrollo comienza en una célula sin estructura, y consiste en la formación y en la adición sucesivas de nuevas partes que no preexistían en el óvulo fecundado.

Epilepsia: Enfermedad nerviosa esencialmente crónica, que se presenta por accesos más o menos frecuentes, caracterizados unas veces por la pérdida súbita del conocimiento, convulsiones y coma (gran mal), y otras veces por sensaciones vertiginosas o por otros signos y síntomas equivalentes (pequeño mal).

Eritema: Enrojecimiento difuso o en manchas de la piel, producido por la congestión de los capilares, que desaparece momentáneamente por la presión.

Escala de Tanner: Parámetros para valorar el desarrollo puberal del niño y de la niña.

Escisión: División, rompimiento, segmentación o fisión. Ablación de partes pequeñas.

Escrotoplastia: Cirugía plástica del escroto (bolsa donde se encuentra alojado el testículo).

Esquizofrenia: Es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o en la expresión de la realidad. La esquizofrenia además causa una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de la realidad y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.

Estado intersexual: Estado, cualidad o condición en la que un individuo muestra caracteres típicos de su sexo reproductivamente complementario.

Estenosis: Estrechez patológica congénita o adquirida de un orificio o de un conducto.

Estro: Periodo del ciclo sexual de las hembras relacionado con el momento de la ovulación.

Etiogenético: Referente a la causa y al origen de las cosas.

Etiología: Estudio de las causas de las cosas. Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de las enfermedades.

Euforia: Sensación de bienestar o de satisfacción, natural o provocada, contrario a disforia.

Faloplastia: Cirugías plástica del pene.

Feminización testicular: Estado en el cual un individuo fenotípicamente femenino tiene sexo cromosómico masculino (representado por los cromosomas sexuales XY), con ausencia de útero y de trompas de Falopio, y con gónadas testiculares a veces no descendidas.

Fenotipo: Conjunto de características fisonómicas, físicas o ambas apreciables en un individuo. Conjunto de las propiedades manifestadas de un organismo, sean o no hereditarias.

Fetichismo: Expresión del comportamiento sexual en la cual una persona manifiesta gusto por al obtener y poseer objetos o pertenencias de determinada(s) persona(s) como una sustitución del objeto sexual, o bien, el gusto por una parte específica de su anatomía.

Fetichismo transvestista: Es una de las cinco fases del transvestismo presente en las personas heterosexuales, y se presenta cuando los individuos tienen más oportunidades para transvestirse por tener mayor privacidad o mayor seguridad económica, aumentando la frecuencia y la intensidad del transvestismo. Buscan intensamente pasar en público y esto les causa una gran gratificación. Estas personas usualmente se casan y no presentan mayores problemas psicológicos con excepción del estrés del transvestismo, y en ocasiones inexplicablemente no se presenta el paso a la siguiente fase.

Fimosis: Estrechez natural, congénita o accidental de la abertura del prepucio, de la que resulta la imposibilidad de descubrir el glande. Y cuando el glande ya está expuesto y el orificio del prepucio es demasiado pequeño, el resultado es una incapacidad para retraer el glande al interior del prepucio, lo que se conoce como parafimosis.

Fisiología: Estudio del funcionamiento normal de los organismos. Contrario a patología o estudio de las enfermedades y de los trastornos que producen en el organismo.

Fístula: Comunicación artificial, quirúrgica o experimental entre un órgano y una superficie mucosa o cutánea.

Flebografía: Registro imagenológico de las venas.

Gameto: Célula sexual masculina o femenina.

Gammagrafía: Prueba diagnóstica que se basa en la imagen que producen las radiaciones generadas tras la inyección o por la inhalación de sustancias que contienen isótopos radiactivos. La emisión radiactiva es captada por un aparato detector llamado gammacámara, el cual procesa los datos recibidos que posteriormente y mediante un tratamiento informático servirán para formar una imagen tridimensional.

Genético: Que se transmite a la descendencia a través de los genes.

Genotipo: Constitución fundamental hereditaria de un organismo, que resulta de una combinación particular de genes.

Ginecomastia: Volumen excesivo de las mamas en el hombre, o agrandamiento patológico de una o ambas glándulas mamarias en el hombre.

Gónada: Glándula productora de gametos masculinos o femeninos. Testículo u ovario.

Gonadectomía: Extirpación quirúrgica de una gónada o de una glándula sexual (testículo u ovario).

Gonadotropina: Sustancia química producida en la hipófisis y que estimula las gónadas.

Hemograma: Cuadro o fórmula sanguínea en la que se expresan el número, la proporción y las variaciones de los elementos celulares de la sangre. Examen de la sangre.

Heterocigótico: Individuo que presenta dos genes homólogos (que dan origen a lo mismo) o alelos pero que son diferentes entre sí: uno es dominante y el otro es recesivo.

Hiperplasia: Multiplicación anormal de los elementos de los tejidos. Hipertrofia numérica.

Hiperplasia suprarrenal congénita: Esta condición engloba un grupo de trastornos enzimáticos de la glándula suprarrenal que conlleva a una disminución en la producción de cortisol y de aldosterona, y a un aumento en la producción de precursores androgénicos, teniendo como resultado desde un trastorno de la diferenciación sexual en el momento del nacimiento asociado o no asociado a un síndrome adrenogenital en el período neonatal, hasta amenorrea primaria e hipertensión arterial en la adolescencia debido a los efectos masculinizantes de el aumento en la producción de precursores androgénicos.

Hiperprolactinemia: Aumento anormal de la concentración de prolactina en la sangre.

Hipertrofia: Desarrollo exagerado de los elementos anatómicos de una parte o de un órgano sin alteración en la estructura de los mismos, que da como resultado un aumento del volumen y del peso de ese órgano.

Hipogonadismo: Disminución de la función de las gónadas debido a una insuficiencia de la secreción interna testicular u ovárica.

Hirsutismo: Desarrollo exagerado de pelo, especialmente en la mujer. Hipertricosis.

Histerectomía: Extirpación quirúrgica parcial o total del útero.

Homocigótico: Individuo que presenta dos genes homólogos (que dan origen a lo mismo) o alelos iguales entre sí.

Homofóbica: Persona que muestra aversión, miedo o rechazo irracional propiciado por la ignorancia y por los prejuicios hacia las personas homosexuales, basadas en un sectario enfoque heterocentrista y excluyente. Prejuicio antihomosexual.

Idiopático: De origen desconocido.

Inadecuación: Falta de adecuación o calidad de inadecuado.

Infarto: Porción de un tejido o de un órgano privados súbitamente de circulación sanguínea por una obstrucción de los vasos arteriales o venosos.

Intrón: Región del ADN que debe ser eliminada del transcrito primario de ARN, a diferencia de los exones que son regiones que codifican para una determinada proteína.

Labioplastia: Cirugía plástica de los labios vulvares.

Lipoplastia: Cirugía plástica de los depósitos de grasa corporal.

Liposucción: Tecnología sanitaria que se utiliza en diversas técnicas de cirugía estética y que permite un remodelado de la silueta a través de la extracción de grasa o de tejido adiposo de diversos sitios del cuerpo.

Lúdico: Relativo al juego.

Malar: Relativo al pómulo.

Mamografía: Radiografía de la mama. Mastografía.

Mamoplastia: Cirugía plástica de las mamas o de las glándulas mamarias.

Mastectomía: Remoción quirúrgica de una o de ambas mamas de manera parcial o completa. Si se extirpa sólo la glándula mamaria pero se conserva la piel de la mama, la areola y el pezón, se llama mastectomía subcutánea. La extirpación de la mama completa incluida la piel que la cubre, la areola y el pezón, se llama mastectomía simple. La extirpación de la mama completa acompañada de los ganglios linfáticos de la axila y de porciones variables de los músculos pectorales se llama mastectomía radical; y en la mastectomía radical modifica-

da se preservan los músculos pectorales o como máximo se extirpa solo el músculo pectoral menor con la intención de facilitar el acceso a la región más interna de los ganglios linfáticos axilares.

Melanina: Pigmento de color negro o pardo negruzco en forma de gránulos que existe en el protoplasma de ciertas células de los vertebrados, es el determinante primario del color de la piel humana y es producida por melanocitos.

Metaplasia: Producción de un tejido distinto al que produce una célula bajo condiciones normales.

Metoidioplastia: Cirugía plástica del clítoris, que aprovecha el hecho de que el tratamiento previo con testosterona en las mujeres biológicas o en los hombres transexuales ocasiona típicamente que su clítoris se desarrolle más. Después del tratamiento previo con testosterona el clítoris puede adquirir el tamaño semejante al de un dedo pulgar. Cortando el ligamento que lo sostiene en posición debajo del hueso púbico y retirando parte del tejido circundante, el cirujano puede crear un pene pequeño del clítoris alargado. El clítoris es liberado de parte de su tejido circundante y llevado hacia adelante en el cuerpo de manera que parezca un pene pequeño; y para mejorar el resultado, se puede remover grasa del área púbica y la piel puede ser jalada hacia arriba para llevar el clítoris aún más hacia adelante.

Migraña: Enfermedad nerviosa o vascular caracterizada por dolores intensos de un lado de la cabeza, generalmente asociados con trastornos sensoriales como fotofobia (intolerancia anormal para la luz) y digestivos como náuseas y vómito. Jaqueca o hemicrania.

Miocardio: Porción muscular del corazón. Músculo cardíaco.

Mioclonía: Estado caracterizado por contracciones o por espasmos musculares involuntarios (mioclonos).

Mitosis: Proceso de división celular en el cual una célula da origen a dos células idénticas a ella o células hijas.

Neoclítoris: Clítoris formado o construido a partir de diversos procedimientos quirúrgicos en los hombres biológicas o en las mujeres transexuales.

Neofalo: Pene formado o construido a partir de diversos procedimientos quirúrgicos en las mujeres biológicas o en los hombres transexuales.

Neovagina: Vagina formada o construida a partir de diversos procedimientos quirúrgicos en los hombres biológicas o en las mujeres transexuales.

Nulípara: Que nunca ha parido, o que nunca ha tenido hijos biológicos.

Oligociclos: Ciclos sexuales deficientes.

Oligospermia: Deficiencia en la cantidad de secreciones seminales, o deficiencia en el volumen de semen.

Ooforectomía: Escisión quirúrgica de uno o de ambos ovarios. Ovariectomía o castración.

Orquiectomía: Ablación quirúrgica de uno o de ambos testículos. Orquidectomía. Castración.

Osteoporosis: Formación de espacios anormales en el hueso por la ampliación de sus conductos, o rarefacción (disminución de la densidad y del peso de un órgano por atrofia o por resorción con conservación del volumen) del mismo sin descalcificación también por la ampliación de sus conductos.

Ostracismo: Aislamiento voluntario de una persona, que tiene como resultado su exclusión voluntaria del medio social.

Ovariectomía: Ablación de uno o de ambos ovarios. Ovariectomía u ooforectomía.

Ovario poliquístico: Presencia de quistes frecuentes en el ovario.

Parafilia: Estado en el que la excitación sexual y la gratificación del individuo están supeditadas por entero a la fantasía recurrente de una experiencia sexual insólita, que se convierte en el foco principal de la conducta sexual.

Penectomía: Ablación quirúrgica del pene.

Poliglobulia: Aumento en el número de glóbulos rojos de la sangre. Policitemia.

Postmenopáusica: Después de la menopausia, después de la cesación natural de los periodos menstruales.

Premenopáusica: Antes de la menopausia, antes de la cesación natural de los periodos menstruales.

Prolactinoma: Tumor funcional productor de prolactina.

Prótesis: Rama de la terapéutica quirúrgica que tiene por objeto remplazar la falta de un órgano o parte de un órgano por otro órgano o parte artificial.

Pseudohermafrodita: Individuo en el que se encuentran presentes órganos reproductores tanto masculinos como femeninos, pero que no son funcionales y que por lo tanto no es capaz de auto-reproducirse.

Psicotrópico: Agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual tiene como consecuencia cambios temporales en la percepción, en el ánimo, en el estado de conciencia y en el comportamiento.

Pubertad: Periodo de la vida en el que comienza la función de los órganos reproductores, indicado en el hombre por la capacidad para eyacular y en la mujer por la primera menstruación, menarca o menarquía.

Puericultura: Es una de las especialidades de la medicina cuyo objetivo es el cuidado de los niños o el arte de la crianza.

Radio lucidez: Imagen que aparece negra en una placa expuesta a rayos X, como por ejemplo el aire.

Radio opacidad: Imagen que aparece blanca en una placa expuesta a rayos X, como por ejemplo el hueso o el metal.

Relación coital: Comúnmente se refiere a una relación sexual con penetración de un pene en una vagina o en un ano.

Remisión: Disminución en la intensidad de los síntomas.

Rinoplastia: Cirugía plástica de la nariz.

Ritidnectomía: Cirugía plástica que se realiza para eliminar las arrugas de la piel.

Salpingooforectomía: Ablación quirúrgica del ovario y de la trompa de Falopio.

Salpingotomía: Incisión quirúrgica de una trompa de Falopio.

Seno galactóforo: Espacio o cavidad hueca de la glándula mamaria donde se almacena leche durante el periodo de lactación.

Signo: En medicina se refiere a cualquier manifestación objetivable consecuente a una enfermedad o a una alteración de la salud, que se hace evidente en la biología del enfermo y que puede ser reconocida por el médico, como por ejemplo la fiebre, el edema, el enrojecimiento de una zona del cuerpo, etc.

Síndrome: Conjunto de signos y de síntomas que se presentan al mismo tiempo y que definen clínicamente un estado morbo determinado o una enfermedad determinada.

Síndrome adrenogenital: Aparición en la mujer de caracteres sexuales secundarios masculinos, como resultado de un aumento en la actividad de las glándulas suprarrenales. Es el caso más común del llamado pseudohermafroditismo femenino, en el que estas mujeres presentan una deficiencia genética en el sistema de enzimas que controlan la producción de cortisol a partir de la corteza de las glándulas suprarrenales, sustancia que comienza a pro-

ducir sus efectos en el desarrollo sexual por acción hormonal aún desde antes del nacimiento, y por complicados procesos de bloqueo se produce una excesiva cantidad de otras hormonas suprarrenales que son de naturaleza androgénica o masculinizantes.

Síndrome de insensibilidad a los andrógenos: También se conoce con el nombre de síndrome de feminización testicular, se presenta cuando una persona que genéticamente es masculina es resistente a los andrógenos y como resultado tiene algunas o todas las características físicas de una mujer, a pesar de tener la composición genética de un hombre.

Síndrome de Klinefelter: Es un trastorno de los cromosomas sexuales de los hombres que se caracteriza porque se presenta un cromosoma X de más (47 XXY), producto de la fertilización de un óvulo con 24 cromosomas o quizá de la participación de un espermatozoide también con 24 cromosomas. El niño que nace con este padecimiento tiene una anatomía externa completamente normal, puede llegar a ser más alto que el promedio, a veces presenta un desarrollo muscular diferente que incluye pechos abultados en el 20% de los casos (ginecomastia), la piel puede ser fina, la barba rala, rara y el vello sexual poco desarrollado. Durante la adolescencia se presenta un retraso en el desarrollo sexual por una deficiencia de testosterona, y en la edad adulta aún y cuando el pene tiene características normales, los testículos son pequeños, atróficos (disminución de volumen y peso de un órgano por un defecto en su nutrición) y con esterilidad asociada (azoospermia o ausencia de espermatozoides) por hialinización de los túbulos seminíferos (endurecimiento de los túbulos seminíferos por depósito de material hialino). Esta situación se ve acompañada por una disminución del deseo sexual y en ocasiones de incompetencia eréctil.

Síndrome de la República Dominicana: Es un tipo de pseudohermafroditismo de los varones, que presentan cromosomas sexuales normales pero que por un defecto enzimático se manifiesta una malformación en los genitales externos, aunque los genitales internos son completamente normales. Al momento de nacer estos niños presentan un escroto que por no estar cerrado ofrece claramente la apariencia de vulva, en donde el pene por ser tan pequeño se asemeja al clítoris, además de que existe una vagina a medio formar. Estos hallazgos hacen que el varón sea considerado y educado como mujer, aunque ya en la pubertad y debido a la producción de testosterona sobrevengan los cambios masculinizantes característicos y el "clítoris" se transforme en un "pene", los testículos descienden en el escroto y aparecen las erecciones.

Síndrome de Morris: A este trastorno también se le conoce como síndrome de feminización testicular, síndrome de insensibilidad androgénica o síndrome de Morris. Es un raro trastorno representativo de los llamados pseudohermafroditas masculinos, en el que en un feto varón normal con una producción normal de testosterona testicular, no se produce el desarrollo de los órganos sexuales externos debido a una insensibilidad o a una incapacidad de respuesta de los tejidos del feto a la testosterona producida. Como resultado, los genitales externos se desarrollan en dirección femenina con presencia de labios vulvares, del primer tercio de la vagina y de clítoris. En vista de que los testículos (que sí tienen actividad) segregan la sustancia inhibidora de los conductos de Müller, no se desarrollan el útero, el cérvix ni las trompas de Falopio; pero la vagina es muy corta, debido a que su tercio medio e interno se origina a partir del sistema mülleriano, y sólo se forma su tercio externo. Por otra parte, al ser la testosterona incapaz de producir sus efectos sobre los tejidos, los conductos de Wolff no se transforman en estructuras sexuales internas del varón.

Síndrome de ovario poliquístico: También se conoce como Síndrome de Stein-Leventhal, y es un desorden endocrino que se caracteriza por anomalías en los periodos menstruales, infertilidad generalmente como consecuencia de una falta de ovulación, hirsutismo o au-

mento excesivo del vello corporal (por lo general en un patrón masculino que afectan a la cara, al pecho y a las piernas), caída del cabello que aparece como el adelgazamiento del cabello en la parte superior de la cabeza, acné, piel grasa, seborrea, obesidad (una de cada dos mujeres con este síndrome son obesas) y depresión.

Síndrome de Stein-Leventhal: Ver síndrome de ovario poliquístico.

Síndrome de Turner: Es un trastorno de los cromosomas sexuales de las mujeres, quienes carecen de un cromosoma X, mismo que hace imposible la formación de ovarios normales que nunca llegan a desarrollarse adecuadamente. En lugar de ovarios aparecen cordones de tejido fibroso, y la diferenciación interna y externa generalmente se produce en dirección femenina. La razón de este trastorno puede deberse a que un óvulo con sólo 22 pares de cromosomas autosómicos pudo haberse fertilizado con un espermatozoide portador de un cromosoma X (45 XO). Entre las características físicas de este síndrome figuran una corta estatura y amenorrea (ausencia de flujo menstrual) primaria, presencia del llamado cuello alado (hinchazón en la parte posterior del cuello que asemejan alas), pliegues de piel que se extienden de la base del cráneo sobre la clavícula, tórax ancho y corto con pezones muy separados, y escaso desarrollo de los pechos. También son comunes la sordera y la deficiencia mental.

Síndrome nefrótico: Trastorno renal causado por un conjunto de enfermedades, caracterizado por aumento en la permeabilidad de la pared capilar de los glomérulos renales (capilares arteriales) que conlleva a la presencia de niveles altos de proteína en la orina, niveles bajos de proteína en la sangre, acumulación de líquidos en la cavidad abdominal, y en algunos casos acumulación de líquido en el tejido celular, colesterol alto y una predisposición para la coagulación.

Síntoma: Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el enfermo, como por ejemplo el dolor.

Somatopsíquico: Relativo al cuerpo (soma) y a la mente (psique).

Sustancia psicoactiva: Una sustancia psicoactiva o psicotrópica es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, en el ánimo, en el estado de conciencia y en el comportamiento.

Testículo feminizante: Ver Síndrome de Morris.

Transdérmico: A través de la piel.

Transfóbica: Persona que muestra aversión, miedo o rechazo irracional propiciado por la ignorancia y por los prejuicios hacia las personas transvestistas, transgeneristas y transexuales, basadas en un sectario enfoque heterocentrista y excluyente.

Tricologista: Experto capilar o en el cuidado del cabello.

Tromboembolismo: Afección producida por la oclusión completa de un vaso sanguíneo debida a un trombo o a un coágulo sanguíneo.

Trombosis: Proceso de formación o de desarrollo de un trombo (coágulo sanguíneo en el interior de un vaso).

Trombosis venosa: Proceso de formación o de desarrollo de un coágulo sanguíneo en el interior de una vena.

Umbral clínico: Cantidad y calidad mínima de signos o de síntomas necesarios para desencadenar una enfermedad o un proceso patológico.

Uretroplastia: Cirugía plástica de la uretra.

Vaginectomía: Resección quirúrgica de la vagina.

Vaginitis: Inflamación de la mucosa de la vagina. Colpitis.

Vulvovaginoplastia: Cirugía plástica de la vulva y de la vagina.