

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



No de Tesis

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

DESCRIPCIÓN DE GRUPOS EN POBLACIÓN TRANSEXUAL CON BASE A LA EDAD
DE INICIO

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN PSQUIATRIA

PRESENTA
DRA: PAMELA ESPINOSA MENDEZ

México D.F a JULIO del 2012



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

Facultad de Medicina



DRA PAMELA ESPINOSA MENDEZ
AUTOR

DR RAFAEL J. SALIN PASCUAL
TUTOR TEÓRICO

DRA INGRID VARGAS HUICOCHEA
TUTOR METODOLÓGICO

ÍNDICE

	PAGINA
a. INTRODUCCIÓN	5
1 Antecedentes	6
1.1 Definiciones	6
1.2 Historia	8
1.3 Epidemiología	9
1.4 Diagnostico de Trastorno de Identidad de Género en Adultos	11
1.5 Trastorno de Identidad de Género en la Infancia	11
1.6 Diagnóstico según DSM IV TR	12
b. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
c. JUSTIFICACIÓN	14
d. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Diferencias sexuales con respecto al ambiente social	15
2.2 Diferencias sexuales con respecto a la neurobiología	16
2.3 Desarrollo biológico	17
2.3.1 Diferenciación sexual del cerebro	17
2.3.2 Hormonas sexuales y el desarrollo del cerebro	18
2.4 Desarrollo de los constructos sexuales	18
2.4.1 Orientación	18
2.4.2 Identidad género	19
2.4.3 Inconformidad de género	21
2.4.4 Desarrollo de una identidad transgénero	22
2.5 Trayectorias de desarrollo	23
2.5.1 Persistencia de trastorno	24
2.5.2 Edad de inicio	24
2.5.3 Adolescentes con Trastorno de Identidad de Género	30
2.5.4 Adultos con Trastorno de Identidad de Género	31
2.5.5 La aceptación del Género de nacimiento	31
2.5.6 Tiempo parcial en el papel transversal de género	31
2.5.7 Tiempo Completo como el sexo opuesto y de reasignación del mismo	32
e. SUPUESTO	
f. OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo General	32
3.2 Objetivos Específicos	32
g. METODOLOGÍA	33
4.1 Fase I	33
4.1.1 Participantes	33

4.1.2	Muestra	33
4.1.3	Instrumento	34
4.1.4	Análisis Estadístico	34
5.1	Fase II	35
5.1.1	Participantes	35
5.1.2	Muestra	35
5.1.3	Instrumento	35
5.1.4	Análisis	36
5.1.5	Procedimiento	36
5.1.5.1	Fase I	36
5.1.5.2	Fase II	37
5.1.5.2.1	Contacto	37
5.1.5.2.2	Entrevista focalizada	37
5.1.5.2.3	Transcripción	37
5.1.5.2.4	Análisis de la información	37
5.1.5.2.5	Aspectos éticos	37
h.	RESULTADOS	38
6.1	Auto concepto de transexualidad	38
6.2	Identificación femenina	40
6.3	Inicio de la transexualidad	43
6.4	Falta de masculinidad	46
6.5	Juegos y Transexualidad	48
6.6	Órganos sexuales	50
6.7	Manera de ser vistos por los demás	53
6.8	Travestismo	54
i.	DISCUSIÓN	56
j.	CONCLUSIONES	57
k.	REFERENCIAS	59
l.	ANEXOS	69

a. INTRODUCCION

¿POR QUÉ UNA TESIS SOBRE TRANSEXUALIDAD?

...siento que mi cuerpo no compagina con lo que mi cerebro piensa, ¡siento que soy diferente! ¡me siento una mujer atrapada en un cuerpo de hombre! (Carolina)

Yo empiezo, desde la infancia a ponerme ropa de niña siendo yo niño... (Victoria)

A los 12 años, yo sí pensé ¡que se me iba a caer un día el pene! Pensé que se iban a caer mis genitales, decía, - Bueno a las 12 años se caen y ya reglare-, pero eso ¡no pasoj... (Carolina)

Estos son extractos de testimonios de casos reales que se recogen para la elaboración de esta tesis, con el fin de darles mayor visibilidad a los individuos transexuales en el marco científico. Este estudio pone de manifiesto las dificultades con las que estas personas se encuentran en su vida cotidiana para construir su identidad, haciendo relevancia en el descubrimiento de su identidad de género.

La motivación personal de investigar sobre el tema, nació de la influencia que ha tenido el enfoque de género en la actualidad, con el fin de ampliar la visión de las identidades de las personas, además deseando generar las bases teóricas para, en un momento dado, poder proponer una nueva tipología sobre el inicio de la transexualidad lo que significaría poder darles un mejor manejo y calidad de vida.

Además, cabe señalar que los estudios de género han cobrado importancia a escala mundial, existe escasez de estos en la literatura médica mexicana, no existiendo un estudio de este tipo actualmente.

En el proyecto a desarrollar, desde un abordaje metodológico mixto (cuantitativo y cualitativo), se busca conocer la edad de inicio que las participantes perciben acerca de su transexualidad, por medio de una encuesta, además de la noción que ellas tienen sobre este concepto y cómo se fueron transformando en chicas transexuales, a través de entrevistas focalizadas en algunas de las participantes.

1. ANTECEDENTES

1.1 Definiciones

El término **Transexualidad** apareció por primera vez en los escritos de *Hirschfeld (1923)*, pero sólo comenzó a ser utilizado en su sentido contemporáneo en la década de 1950, para describir a las personas que deseaban vivir como miembros del sexo opuesto y de someterse a la reasignación de sexo vía hormonal y/o quirúrgica.

La **Transexualidad**, se caracteriza por una fuerte identificación con el género opuesto, junto con un sentimiento de incomodidad con el propio sexo anatómico y rol de género relacionados con el sexo (*Fisk, 1974 a*).

Transgénero es aquella persona que modifica permanentemente su expresión de género (Hombre a Mujer y Mujer a Hombre), vive y se relaciona con la sociedad desde su género adoptado con nombre e identidad. Puede o no modificar su cuerpo con el uso de hormonas, aceites o cirugías, pueden ser homosexuales, bisexuales o heterosexuales.

El **Sexo** se refiere a los rasgos que, colectivamente, y por lo general en armonía, conforman la masculinidad y feminidad biológica. En los seres humanos, los rasgos que constituyen el sexo biológico son los genes, cromosomas sexuales, el antígeno H-Y, las gónadas, hormonas sexuales, el aparato de reproductivo y genitales externos (*Migeon & Wisniewski, 1998*). En el caso de las personas transexuales, ese “sexo” expresado por su cuerpo no es el que ellos sienten que debería ser expuesto; por alguna razón.

La **identidad propia** es un proceso que se desarrolla durante toda la vida, con rápida formación en la niñez, adolescencia y juventud. Puede ser considerada como una vista a sí mismo, formada por las interacciones sociales, procesamiento cognitivo de las experiencias y sentimientos (*Martin, 2002*).

La **identidad de género** es el sentido de uno mismo como niña/ mujer o niño/hombre y se refiere a las formas en que las personas actúan, interactúan, o se sienten acerca de sí mismos (*Ruble, 2006*). La identidad de género es una construcción social, y como tal es algo que la sociedad inscribe en el cuerpo, lo cual se efectúa por medio del proceso de socialización. En las personas transexuales, la identidad de género asumida como propia no corresponde a lo que indica su interior.

El **rol de género** describe cómo las personas expresan públicamente su ropa, cosméticos, peinado, conversación, lenguaje corporal, apariencia y comportamiento. Por lo general, la identidad de género y rol de género son congruentes, pero en las personas transexuales, hay una incongruencia entre estos, causando un malestar persistente con respecto a su sexo anatómico, por lo general desde la infancia. Teniendo una fuerte identificación hacia el sexo opuesto, con el deseo de vivir y ser aceptado así (*Ruble, 2006*).

La **orientación sexual** se define por que alguien está romántica o sexualmente atraído/a, incluso eróticamente, con sentimientos, pensamientos y fantasías (*Savin-Williams, 2004*), que pueden ser hacia el mismo sexo (lesbianas u homosexuales), otro sexo (heterosexual), ambos (bisexuales), o ninguno. La orientación sexual es fluida, sobre todo en la adolescencia donde existe un período de cuestionamiento y experimentación. Sin embargo, para una gran cantidad de personas transgénero, que se sintieron atraídos en un principio por personas a las de su sexo opuesto, se siguen sintiendo atraídos después de la transición deseada de género.

Los **Trastornos De Identidad De Género** aparecieron por primera vez como diagnósticos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales tercera edición (*DSM-III, American Psychiatric Association, 1980*), indicando las condiciones psicopatológicas que supongan "Una incongruencia entre el sexo anatómico e identidad de género". Dos categorías de los trastornos de identidad de género fueron reconocidas en los adultos: La Transexualidad, aplicable a personas que deseaban vivir como miembros del sexo opuesto y que buscaban conversión de los genitales por cirugía y una categoría residual, el Trastorno de Identidad No Identificado. Este esquema general, continuó en la siguiente edición del DSM.

En la tercera edición revisada, (*DSM-III-R American Psychiatric Association, 1987*), el diagnóstico principal de la transexualidad se mantuvo, pero la categoría residual se amplió para incluir dos diagnósticos: Trastorno de Identidad de Género de la Adolescencia o Edad adulta, y el tipo de no transexual (GIDAANT), aplicables a las personas que reunían la mayoría de los criterios de transexualidad, pero que no tienen un deseo persistente de adquirir las características anatómicas del sexo opuesto, y trastorno de identidad sexual no especificado (GIDNOS).

En el DSM-IV (*American Psychiatric Association, 1994*), el nuevo diagnóstico de Trastorno de Identidad Sexual (TIG) en adultos resumió los diagnósticos previos de transexualidad y GIDAANT en adultos, dejando sólo una categoría de adultos como residual, GIDNOS. El DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000*) mantiene las categorías de adultos del DSM-IV. Sin embargo, la transexualidad sigue siendo un diagnóstico oficial en la más reciente edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud *CIE-10*, (*Organización Mundial de la Salud, 1992*) y términos como transexualidad y transexuales siguen siendo ampliamente utilizados en la clínica para describir a las personas que sufren disforia de género severa, solicitan o completaron el cambio de sexo.

Con respecto al DSM V, estas son las propuestas de cambio hasta febrero del 2010. Se propone que el nombre de trastorno de identidad de género (TIG) se sustituya por "Incongruencia de género" (GI), ya que este último es un término descriptivo que refleja mejor la esencia del problema, además de facilitar y ampliar el Tratamiento Hormonal en adolescentes. Así como la creación de un subtipo diagnóstico que reconoce la realidad de

un desorden del desarrollo sexual y distinguir entre los conceptos de Transexualismo y Transgenerismo.

1.2 Historia

En cualquier rama del conocimiento, el estudio del proceso que da los conceptos y métodos actuales nos amplía la perspectiva individual, enriqueciéndola con la experiencia de los predecesores.

La revisión histórica del surgimiento de la transexualidad, desarrollo y manejo actual es particularmente instructiva. Una observación que se desprende de este estudio, es que la historia de la transexualidad se presenta desde tiempos muy remotos, a pesar de ser un tema joven dentro de su estudio.

El caso más antiguo identificable como transexual probablemente sea el rey asirio *Sardanapalus*, que vestía de mujer y paseaba con sus esposas. Hay muchos más casos: *Filo de Judea*, durante el Imperio Romano, el Caballero *Eon*, vivió durante 39 años como mujer y se disputaba los amores de *Luis XV* con *Madame Pompadour*, *Lord Cornbury*, primer gobernador colonial de Nueva York, pisó tierra americana vestido de mujer y siguió así hasta el final de su mandato (*Stones, 1991*).

Sexólogos alemanes como *Krafft-Ebing* (1965) & *Hirschfeld* (1910/1991) describen a las personas que hoy serían reconocidas como transexuales y las primeras operaciones quirúrgicas de reasignación de sexo realizadas en Alemania en 1930. (*Abraham, 1931*)

El transexualismo, entendido como trastorno aparece en los sistemas de clasificación no antes de 1980, a pesar que desde 1966 *Harry Benjamín*, en su libro "*The transexual phenomenon*" (*Benjamín, 1966*) había definido los criterios diagnósticos básicos que durante décadas fueron tomados como referencia.

Se crearon las primeras clínicas en EEUU, aunque en Marruecos hacía años que funcionaban y se comenzó con los programas de reasignación sexual (*Stone, 1991*). En 1966, los cirujanos del Hospital Johns Hopkins comenzaron a realizar la cirugía de reasignación de sexo en los Estados Unidos, en el mismo año.

El término de Trastorno de Identidad de Género en la Infancia y Adolescencia, comenzó a partir de los años 1950 y 1960. Debido a que la prevalencia en niños y adolescentes es baja, sólo un pequeño número de clínico-investigadores han dirigido su atención a esta población, pero, a partir de mediados de los años 1960, varias clínicas especializadas o programas se establecieron en los Estados Unidos, Canadá, Holanda e Inglaterra.

En 1979, *Harry Benjamín* funda la organización de **Disforia de Género (Asociación HBIGDA)**, una organización de Médicos, Psicólogos y otros profesionales involucrados en el

tratamiento de problemas de identidad de género, publicando las primeras normas de atención para el tratamiento de los trastornos de identidad de género.

Ahora hablemos de los terceros géneros, los cuales existen en muchas sociedades, tales como los *Xanith* de Omán, los *Hijras* de la India, los *Bakla* filipinos, el *We'wha* entre los *zúñi* norteamericanos, los *Mahu hawaianos*, los *Sarombay* de la República Malgache, ciertos *hombres Kunas* de Panamá o los *Muxes* del Istmo de Tehuantepec, México (Nieto, 2003).

El Istmo de *Tehuantepec*, la zona más estrecha de América del Norte, es una región del estado mexicano de Oaxaca. Con una población de un millón de habitantes, está integrada por cinco grupos culturales, de los que 100.000 son zapotecas (Barabás 1999). En el Istmo de Tehuantepec, la constancia escrita de la presencia de homosexuales se remonta al siglo XVI. En la actualidad el homo-erotismo, las prácticas homosexuales, junto con el feminamiento y el travestismo están normalizados y funcionan como un "tercer género" socialmente concebido, permitido y aceptado. Se definen como ni hombre ni mujer, sino todo lo contrario, un alma femenina en un cuerpo de varón. Existen *muxes* que mantienen su identidad y aspecto masculino, tal y como tradicionalmente ha sucedido; otros únicamente mantienen su aspecto viril pero se maquillan como las mujeres (las "*pintadas*"); otros *muxes* se identifican como "travestis" al vestirse de mujer ocasionalmente. Pero en las últimas décadas, algunos *muxes* han adoptado apariencia femenina diariamente, son las denominadas "vestidas": ropas femeninas, peinados, accesorios, modo de andar femenino, gestos, voz, expresiones faciales, lenguaje, se colocan nombres femeninos, van al baño de mujeres (Miano, 2002).

1.3 Epidemiología

Este trastorno constituye un importante problema de salud, que en nuestro país se ha mantenido al margen de las prestaciones sanitarias públicas, lo que ha dificultado la realización de estudios socio-demográficos en poblaciones mexicanas con trastorno de identidad de género.

En España, los estudios epidemiológicos como en la mayor parte de países son escasos o nulos; estudios iniciales de la década de 1960 aportaban cifras de prevalencia de **1/100.000 hombres y de 1/400.000 mujeres**, mientras que estudios posteriores (Norte de Europa y Estados Unidos) indicaron prevalencias cada vez más elevadas, estimándose en **1/11.900 varones y 1/30.400 mujeres**. La razón de sexos es de 3 hombres por cada mujer, manteniéndose lo anterior hasta 199. (Van Kesteren, 1996).

Tsoi (1988) ha señalado, "Un problema de confusión"... con respecto a las encuestas epidemiológicas, debido a que los transexuales tienden a congregarse en las ciudades y la mayoría no quiere ser identificado/a. Sin embargo, también señalo que, en Singapur, donde la cirugía de reasignación sexual estaba bien establecida, el transexualismo era diagnosticado más de ocho veces que en cualquier otro país.

En el DSM-IV-TR se reagruparon éstos resultados y notificaron una prevalencia promedio de **1:30 000 para hombres y 1:100 000 para mujeres**. La mayoría de los estudios han reportado que es más común en hombres que mujeres, con proporciones de 8:1 a 2.3:1, con un promedio de 3:1 (*Michel, 2001*).

Witten (2002), refiere que la tasa de cirugías de reasignación sexual que se llevan a cabo en los Estados Unidos y Europa, indican que están realizando dos operaciones por día, 48 semanas al año, 4-5 días por semana. Algunos afirman que tienen listas de espera de más de 2 años. En Francia, el tiempo de espera quirúrgica es ahora de 5 años. Otros afirman que las estimaciones de prevalencia de cirugías de reasignación sexual son de **1 en 1.000 a 1 en 30.000**.

Zucker, (2000) menciona que en comparación en los niños con Trastorno de Identidad de Género, la proporción sexual de los adolescentes es mucho menor: Los adolescentes entre las edades de 13 a 20 años, la proporción de sexos, se sitúa en 1.40:1 de hombres y mujeres, esta proporción es notablemente similar a la proporción de sexos de 1.20:1 reportada por *Cohen-Kettenis, (2003)*, el cual señaló que el "retraso" en la referencia a las Clínicas Holandesas no fácilmente se podría explicar por las diferencias en la historia natural, incluyendo la disforia de género en los dos países, o los factores financieros (por ejemplo, la cobertura del seguro). Se ha especulado que los factores culturales podrían explicar la diferencia entre naciones en la edad de referencia, en el que los padres de América del Norte se preocupan por el comportamiento de disforia de género de sus hijos en una edad más temprana que los padres de los países bajos.

Una posibilidad que refleja con exactitud el cambio en prevalencia de Trastorno de identidad de Género en hombres y mujeres entre la infancia y adolescencia, puede ser que el comportamiento del transexual extremo está sujeto a las presiones sociales y por lo tanto hay una reducción en el sesgo hacia una mayor derivación de los niños. En la misma línea, es posible que la disforia de género en las adolescentes es más difícil de hacer caso omiso de lo que es durante la infancia, por la intensificación de las preocupaciones con respecto a la transformación sexual física volviéndose más importante para los padres y otros adultos (por ejemplo, maestros) que participan en la vida del *adolescente (Cohen-Kettenis, 2003 & Streitmatter, 1986)*.

También se habla de que las estimaciones de la prevalencia de transexualidad en la adultez e infancia en sociedades occidentales vienen a partir de datos basados en la población de los países europeos. Las estimaciones más recientes, realizadas en *Bélgica (De Cuypere, 2007)*, revelan una prevalencia de aproximadamente **1:12.900 para Hombres a mujeres transexuales** (con cirugía de reasignación sexual) y **1:33.800 para mujeres a hombres transexuales**. Aunque las razones exactas por las que hay diferencias en las relaciones de hombre a mujer y mujer a hombre, entre los países son desconocidas, podrían estar involucrados, el cómo los chicos afeminados son menos "aceptables" que las niñas masculinas en la sociedad europea, los niños pudieran tener una mayor posibilidad de visitar las clínicas obtener un diagnóstico que las niñas masculinas (*Baba, 2011*). En contraste, en Japón, los hombres que tienen incongruencia de género pueden tender a ocultar la condición por temor a la discriminación.

En México el censo de población y vivienda del 2010, no registró a las familias encabezadas por uniones del mismo sexo, por lo que en nuestro país, hasta donde se ha revisado, no se cuenta con datos epidemiológicos (a nivel de censo) para la población transexual.

1.4 Diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género en Adultos

El DSM IV-TR considera cuatro criterios para alcanzar el diagnóstico de transexualidad. El primero establece la identificación con el otro sexo y dice que, no solo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales, indicando dicha identificación, tanto en niños, adultos y adolescentes. Estos rasgos afirman pertenecer al otro sexo y es demostrarlo mediante determinados gustos, deseo de usar una determinada clase de ropa o ser tratados de una determinada manera. El segundo de los criterios se refiere exactamente a lo mismo pero en negativo, es decir se refiere al disgusto de pertenecer al sexo asignado al nacer.

La CIE 10, publicada con posterioridad al DSM IV no añade elementos que mejoren el rendimiento diagnóstico. En ambos casos, refieren que el problema está en el modelo que hace que esas personas sientan que algo no encaja entre su cuerpo y mente. Un modelo que define dos sexos “naturales” contrapuestos destinados a desearse cada uno al otro y que otorga unas características a cada uno que son definitorias y excluyentes.

1.5 Trastorno de Identidad de Género en la Infancia

Los niños y niñas diagnosticados con Trastorno de Identidad de Género, como se describe en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (*American Psychiatric Association, 2000*) y en el CIE-10 (*Organización Mundial de la Salud, 1992*). Refieren que muestran una gran identificación psicológica y sexual con el sexo opuesto. Estos comportamientos incluyen:

- a) Identificación con el sexo opuesto.
- b) Gusto por la vestimenta, juguetes del sexo opuesto.
- c) Papeles del sexo contrario en el juego de fantasía.
- d) Preferencia por relacionarse con compañeros del sexo opuesto.
- e) Características motoras y del habla, del sexo opuesto.
- f) Inconformidad sobre su anatomía sexual.

Los comportamientos en los niños ocurren de manera progresiva, no de manera aislada. Este patrón de comportamiento clínico, es extremadamente importante en la realización de un diagnóstico (*Stoller, 1967 & Zucker, 2000*).

1.6 Diagnóstico según DSM IV TR

En el DSM-IV, tres criterios son necesarios para el diagnóstico y un criterio de exclusión también se observa. El criterio A refleja la identificación con el sexo opuesto, caracterizado por 5 comportamientos de los cuales al menos cuatro deben estar presentes. El criterio B refleja el rechazo a su condición anatómica y / o el rechazo de actividades del mismo sexo y los comportamientos estereotipados. El punto C es un criterio de exclusión y se refiere a la presencia de una enfermedad intersexual. El punto D especifica el malestar significativo o deterioro importante en la actividad social, laboral o de otro tipo de áreas.

A. Una fuerte y persistente identificación con el sexo opuesto. En los adolescentes, la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, el deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de que él o ella tiene los sentimientos típicos y las reacciones del otro sexo

B. Malestar persistente con su sexo o sentimiento de inadecuación en el papel de ese sexo. En los adolescentes, la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (por ejemplo, pedir tratamiento hormonal, cirugía u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales para simular el otro sexo) o la creencia de que él o ella nació con el sexo equivocado.

C. La alteración no es concurrente con una enfermedad intersexual

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en importantes áreas sociales, ocupacionales o de otro tipo de funcionamiento.

Especificar si (para individuos sexualmente maduros):

- Atracción sexual por los varones.
- Atracción sexual por las mujeres.
- Atracción sexual por ambos.
- Siente atracción sexual por ninguno.

El criterio del DSM-IV con respecto a la "preocupación" con uno de los caracteres sexuales primarios y secundarios (punto B-2) refleja muy bien la expresión de los adolescentes de disforia de género, ya que se refiere a las molestias con las relaciones sexuales. Sin embargo, incluso en este caso, uno tiene que ejercer cierta precaución en la realización del diagnóstico.

En los párrafos anteriores, mencionamos que el término Transexual aparece por primera vez con *Hirschfeld (1923)*, refiriéndose a las personas que tenían una fuerte identificación con el género opuesto, e inconformidad con su sexo anatómico y rol de género (*Fisk, 1974 b*), creando atención e importancia en la profesión médica. Recordemos que el transexualismo, como trastorno aparece desde 1966 con *Harry Benjamín* y finalmente la base de los criterios diagnósticos por primera vez aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales tercera edición (*DSM-III, American Psychiatric Association, 1980*). Actualmente en

el DSM IV-TR dentro de los criterios para alcanzar el diagnóstico de transexualidad, deben estar presentes la identificación con el otro sexo, disgusto de pertenecer al sexo asignado al nacer.

Por lo que este trastorno constituye un importante problema de salud. En México hasta donde se ha revisado no se encuentra un censo poblacional de Transexualidad, quedando al margen de las prestaciones sanitarias, lo que dificulta la realización de estudios socio demográfico. De *Cuyper (2007)*, refiere que las estimaciones de la prevalencia de transexualidad en la adultez e infancia en sociedades occidentales más recientes, realizadas en Bélgica, revelan una prevalencia de aproximadamente 1:12.900 para Hombres a mujeres transexuales (con cirugía de reasignación sexual) y 1:33.800 para mujeres a hombres transexuales.

La transexualidad ha sido durante mucho tiempo reconocida como un trastorno heterogéneo y varios sistemas de clasificación o tipologías para transexuales han sido propuestos. Las más influyentes tipologías utilizadas en transexuales han hecho hincapié en la edad y orientación sexual con respecto a la aparición de los síntomas relacionados con GID (Por ejemplo, disforia de género, identificación, conductas del género opuesto) como principal criterio para clasificación.

Los sistemas de clasificación basados en la orientación sexual han servido como tipologías para el diagnóstico de la transexualidad en el DSM desde que entraron estos diagnósticos en 1980.

Las tipologías de Transexualidad basadas en la edad de inicio también han sido ampliamente utilizadas, sin embargo, especialmente en las últimas décadas y en algunos países del Norte de Europa como Noruega, Polonia y Suecia. Los primeros investigadores prestaron menos atención a la edad de inicio de los síntomas relacionados con GID como una variable descriptiva, porque el inicio se asumió usualmente era muy pronto en casi todos los casos. Sólo a finales de 1960 y principios de 1970, comenzaron a utilizar la orientación sexual y edad de inicio como criterios para elaboración de tipologías formales en transexuales. La aparición de estas tipologías refleja en parte los intentos de desarrollar bases de selección de candidatos apropiados para la reasignación de sexo en cirugía (SRS), siendo cada vez más disponible.

b. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un transexual, es una persona que se percibe en un cuerpo del sexo opuesto al de su identidad sexual de nacimiento. Algunas personas con Trastorno de Identidad de Género informan que eran conscientes de sus sentimientos transgénero desde sus primeros recuerdos.

Según Person E, (1974) & Stoller, (1980) los **transexuales primarios** se caracterizan por ser evidentes en la primera infancia por medio del travestismo, reportado en niños mayores de 3 años, *caracterizados por su bajo nivel de interés sexual, ausencia de características muy afeminadas o masculinizadas* (Stoller, 1985; Zucker & Blanchard, 1997). Levine & Lothstein, (1981) refieren también el implacable trasvestismo (Aunque tal vez en secreto), Lundstroöm, Pauly & Walinder, (1984) mencionan una profunda aversión a las características biológicas y en la adolescencia una ausencia total del fetichismo con el género opuesto o experimentación heterosexual, dando como resultado el rechazo de la identidad homosexual, siendo ellos los mejores candidatos para reasignación de sexo.

Como Person & Ovesey, (1974a, b), Levine & Lothstein, (1981) creen que el transexualismo secundario surge, en la adolescencia tardía y edad adulta. Caracterizado también por experimentar toda la vida preocupaciones por la identidad de género, pero en menor intensidad; siendo para ellos más conflictivas sus identificaciones femeninas y tendiendo a ser más abiertamente masculinos en sus presentaciones. En ellos se mencionan varios subtipos como homosexuales y travestis, la característica compartida fue la fluctuación de la disforia de género en la vida de la persona.

En este estudio se busca dividir a los sujetos transexuales con base a edad de inicio y aprender más sobre su naturaleza. Hacer programas de salud con enfoques a los cambios de sus cuerpos, conflictos personales y disminuir la discriminación y victimización.

c. JUSTIFICACIÓN

Revisando los diferentes estudios de lo que se ha realizado en el tema de Transexualidad y, específicamente sobre la edad en la que comienza, observo la necesidad de aportar datos sobre el desarrollo de la transexualidad. De ahí que a partir de mis resultados, pretendo contribuir con información (desde lo objetivo de los porcentajes hasta lo subjetivo de la vivencia) que pueda sentar la base para generar, en un momento dado, nuevas tipologías. Esto podría redundar en una detección oportuna y un mejor manejo de estos sujetos desde etapas muy tempranas de su vida mejorando así su calidad de vida.

d. MARCO TEÓRICO

La etiología de la transexualidad es objeto de controversia. Algunos creen que refleja la salud física y mental de la madre durante el embarazo, mientras que otros creen que es una alteración que se produce en algunas zonas del cerebro en relación con hormonas sexuales durante el desarrollo del feto, en la sexta semana de gestación. Otros teóricos han descrito que refleja los problemas del desarrollo durante la primera infancia. Los niños tienen que suprimir sus recursos naturales, comportamientos y tendencias para ajustarse y adaptarse, lo cual puede causar angustia excesiva.

2.1 Diferencias sexuales con respecto al ambiente social

En los años 1960 y 1970, se postuló que el niño nacía como una tabula rasa y que se veía obligado por la dirección de hombres o mujeres y convenciones de la sociedad. *Money* (1975) dijo: "La identidad de género esta incompletamente diferenciada al nacer, como para permitir la asignación genética correcta de un varón o una mujer". La identidad de género se diferencia de acuerdo con las experiencias de crianza. Este concepto ha tenido resultados devastadores. Y nos lleva a la conocida historia de *Joan-John* (seudónimo de David Reimer) en la que se media el concepto de neutralidad sexual al nacer. Según *Money*, la impronta de género no se inicia hasta el 1er año de edad, y se desarrolla hasta los 3 a 4 años de edad. (*Money & Erhardt, 1972*) Esta fue la base para la decisión de hacer una chica de un niño de 8 meses de edad que perdió su pene debido a un error durante la cirugía menor (operación de fimosis). Los testículos de este niño fueron retirados antes de los 17 meses con el fin de facilitar la feminización. El niño estaba vestido con ropa de niña, recibió asesoramiento psicológico y se le dieron estrógenos en la pubertad. *Money* describe el desarrollo de este niño como el de una mujer normal. Sin embargo, más tarde *Milton Diamond* dejó en claro que esto no había sido en absoluto cierto. En la edad adulta el niño cambió de nuevo a hombre, se casó, y adoptó algunos niños (*Diamond & Sigmundson, 1997*). Desafortunadamente, perdió dinero en la bolsa de valores, se divorció y finalmente, se suicidó en mayo del 2004. Esta historia ilustra la influencia enorme de la programación del período intrauterino en el género. La imposibilidad de cambiar la orientación sexual es uno de los principales argumentos en contra de la importancia del entorno social en el surgimiento de la homosexualidad.

Una de las diferencias estereotipadas de conducta entre niños y niñas, que ha a menudo se dice están obligadas por el medio ambiente y educación social, es el comportamiento en el juego. Los niños son más activos y salvajes, y prefieren jugar con los coches, mientras que las niñas prefieren las muñecas. Un estudio realizado por *Alexander & Hines (2002)*, ofreció muñecas, coches de juguete y pelotas a los monos verdes *vervet*. Los monos hembras elegían, consecuentemente, las muñecas, mientras que los monos machos estaban más interesados en jugar con coches de juguete y pelotas.

También se ha visto que las niñas que son expuestas a demasiada testosterona en el útero, en el caso de Hiperplasia suprarrenal congénita (CAH), tienden a elegir como compañeros de juego a los niños, jugar con juguetes de niños, y en general son más salvajes que las otras chicas, se llaman "tomboys" (*Nordenstrom, Servin & Bohlin, 2002*). Parece, pues, como si las diferencias sexuales en la conducta estuvieran impresas durante el desarrollo intra-uterino y bajo la influencia de las hormonas sexuales. Además, las niñas con CAH tienen una mayor posibilidad de ser lesbianas o transexuales. Al parecer, la exposición a niveles más altos de hormonas masculinas tiene efectos importantes y duraderos en el comportamiento, y no por lo que la sociedad demanda en el futuro. La oportunidad de una niña de convertirse en transexual, en el caso de la CAH, aunque las posibilidades de la transexualidad es mayor de 300:1000 de lo normal, el riesgo de la transexualidad en esta condición sigue siendo sólo 3.1%, mientras que las posibilidades de que haya problemas de género graves son del 5,2% (*Dessens, Cohen-Kettenis, Mellenbergh, Poll, Koppe & Boer,*

1994). El consenso es, por tanto, que las niñas con CAH deben ser criadas como niñas, incluso cuando están masculinizadas (Campbell, 1999).

2.2 Diferencias sexuales con respecto a la Neurobiología

Dewing, Horvath & Vilain (2003) refieren que las mujeres epilépticas que recibieron fenobarbital o fenitoína durante el embarazo también tienen un riesgo mayor de dar a luz a un niño transexual. Ambas sustancias cambian el metabolismo de las hormonas sexuales y puede actuar sobre la diferenciación sexual de los cerebros de los niños. En un grupo de 243 mujeres que habían estado expuestas a tales sustancias durante el embarazo, encontraron tres niños transexuales y un poco más con problemas de género menos radicales, que son un número relativamente alto. No hay indicios que factores posnatales de tipo sociales podrían ser responsables de la transexualidad (Colapinto, 2000).

Coolidge (2002), refirió que las anomalías cromosómicas raras pueden conducir a la transexualidad, y se ha descubierto recientemente que los polimorfismos en los genes de los receptores de estrógeno A y B y de la aromatasa también producen un riesgo aumentado. Los niveles anormales de hormonas durante el desarrollo temprano pueden jugar un papel sugerido por la alta frecuencia de ovarios poliquísticos, oligomenorrea y amenorrea de mujer a hombre transexual. Esta observación apunta a la exposición temprana del feto femenino a niveles anormalmente altos de testosterona (D. Crews, 2008).

Cierta evidencia apoya la idea de que la transexualidad es una condición del desarrollo neurológico durante el crecimiento fetal. Se ha encontrado un dimorfismo sexual en el hipotálamo especialmente en el sistema límbico (*Núcleo de la estría terminalis, BSTc*). Zhou, Hofman, Gooren, Swaab (1995); descubrieron que la estructura biológica en el cerebro de hombre a mujer en personas transexuales tenía un patrón totalmente femenino que no es atribuible a la terapia de hormonas sexuales. Kruijver & Zhou (2000), encontraron más adelante que independientemente de su orientación sexual, los hombres tenían el doble de neuronas de somatostatina que las mujeres. Estas inhiben la hormona estimulante de la tiroides y el crecimiento de hormonas en el hipotálamo. El número de neuronas de somatostatina en transexuales de hombre a mujer era similar a la de las mujeres biológicas, mientras que el número de neuronas de somatostatina en transexuales de mujer a hombre era similar a la de los hombres. El tamaño del *BSTc* y el número de neuronas coincide con el género que los transexuales sienten que pertenecen, y no el sexo de sus órganos sexuales. Por desgracia, la diferencia de sexo en el *BSTc* no se hace evidente en el volumen de *BSTc* hasta principios de la adultez (Ellis & Hellberg 2005) y esta diferencia sexual neuroanatómica por lo tanto, no puede desempeñar un papel en el diagnóstico precoz de la transexualidad; pero parece apoyar las bases neurobiológicas de la transexualidad. Las hormonas pueden influir considerablemente en el dimorfismo sexual ocasionando varios momentos críticos: en un principio durante el periodo fetal, al momento del nacimiento y lo más probable es que después del nacimiento.

2.3 Desarrollo biológico

2.3.1 Diferenciación sexual del cerebro

La diferenciación sexual del cerebro provoca cambios permanentes en las estructuras cerebrales a través de la interacción de las neuronas con el medio ambiente en su sentido más amplio.

El entorno de una neurona está formado por las células nerviosas que la rodean, las hormonas que circulan del niño, nutrientes, medicamentos y otras sustancias químicas del ambiente que entran en la circulación fetal a través de la madre. Todos estos factores pueden tener un efecto duradero en el proceso de diferenciación sexual del cerebro. Los testículos y los ovarios se desarrollan en la sexta semana de embarazo. Esto sucede bajo la influencia de una cascada de genes, como el gen determinante del sexo en el cromosoma Y (*SRY*), en el que muchos factores juegan un papel importante. La producción de andrógenos como testosterona y dihidrotestosterona en los testículos de un niño son necesarios para la diferenciación sexual de los órganos sexuales entre las semanas 6ta y 12va del embarazo. La conversión periférica de la testosterona en dihidrotestosterona es esencial para la formación del pene del niño, la próstata y escroto. El desarrollo de los órganos sexuales de la mujer en el seno materno se basa principalmente en la ausencia de andrógenos (*Swaab, 2004*). Una vez que la diferenciación de los órganos sexuales en el hombre o mujer finaliza, determinado por la presencia o ausencia del cromosoma Y del padre, el siguiente a diferenciar es el cerebro, en particular debido a la influencia de las hormonas sexuales en el desarrollo de las células del cerebro. Esto implica cambios “permanentes” en la organización, mientras que en la pubertad los circuitos del cerebro que se desarrollaron en el seno materno se activan por las hormonas sexuales. El cerebro de un infante está protegido contra los efectos de los estrógenos circulantes de la madre por la proteína α -feto proteína, que es producida por el feto y se une fuertemente a los estrógenos pero no a testosterona (*Bakker J, De Mees, Dourhard, 2006*).

En la actualidad hay muchos genes candidatos adicionales para un papel en la diferenciación sexual del cerebro sin la participación de las hormonas, ya que se ha encontrado en el ratón feto que, incluso antes de que las hormonas entren en juego, 50 genes se expresan en los diferentes niveles en el cerebro de fetos machos y hembras (*Dewing, Shi, Hovarth & Vilain, 2003*). También hay genes que escapan a la inactivación en el cromosoma X, esto podría contribuir a la expresión de dimorfismo sexual de los genes (*Lopes, Ross, Close, 2006*). Así, la diferenciación sexual del cerebro no sólo es causado por las hormonas, a pesar de que son muy importantes para la identidad de género y orientación sexual.

2.3.2 Hormonas sexuales y el desarrollo del cerebro

Durante el desarrollo del feto, el cerebro está influenciado por las hormonas sexuales como la testosterona, estrógenos y progesterona. Desde las primeras etapas del desarrollo cerebral en adelante, muchas neuronas a lo largo de todo el sistema nervioso ya tienen receptores para estas hormonas. El desarrollo temprano de los niños muestra dos períodos durante los cuales los niveles de testosterona son altos. El primer pico se produce durante la mitad del embarazo. Los niveles máximos de testosterona en el feto son entre la semana 12 y 18 del embarazo. En las semanas 34 a 41 del embarazo los niveles de testosterona de los varones son 10 veces superiores a la de las niñas (*Zegher, Devlieger & Veldhuis, 1992*). El segundo pico se produce en los primeros 3 meses después del nacimiento. Al final del embarazo, cuando la α -fetoproteína disminuye, el feto está más expuesto a los estrógenos de la placenta, lo que inhibe el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal del niño. Esta inhibición se pierde una vez que nazca el niño, lo que provoca un pico de testosterona en los varones y un pico de estrógenos en niñas (*Quigley, 2002*). Estos dos picos de testosterona se dice que fijan el desarrollo de estructuras y circuitos en el cerebro para el resto de la vida de una persona ($\frac{1}{4}$ de programación o de organización). El aumento de los niveles hormonales durante la pubertad "activa" los circuitos que se construyeron durante el desarrollo, patrones de comportamiento y los trastornos que se originaron mucho antes en el desarrollo, tales como la esquizofrenia, entonces son expresados (*Swaab, 2004*).

A medida que la diferenciación sexual de los genitales tiene lugar mucho antes en el desarrollo (los 2 primeros meses del embarazo) de la diferenciación sexual del cerebro (a partir del 2do semestre del embarazo hasta alcanzar la edad adulta), estos dos procesos pueden ser influenciados de forma independiente el uno del otro, lo que puede dar lugar a las personas con órganos sexuales masculinos que se sienten mujeres y vice-versa (un fenómeno conocido como la transexualidad). Sin embargo, esto también significa que en el caso de un sexo ambiguo al nacer, el grado de la masculinización de los genitales pueden no reflejar el mismo grado de masculinización de la del cerebro (*Swaab, 2004*).

2.4 Desarrollo de los constructos sexuales

2.4.1 Orientación

Los estudios han reportado diferentes edades de la conciencia de identidad de género. *Grossman & D'Augelli, (2006)* informaron que 531 jóvenes transgénero en su estudio fueron los primeros en saber que su identidad o expresión de género no era el igual que su sexo biológico a una edad media de 10.4 años (rango de 15 a 54 años). La primera juventud se dio cuenta de que otras personas los etiquetaban como transgénero en una edad media de 13,5 (rango 57-16 años). Un año más tarde, en la primera juventud son acusados de ser transgénero (Rango 57-18 años) y dieron a conocer su identidad a los demás por el travestismo o la búsqueda de hormonas. El conocimiento de orientación sexual personal en los jóvenes transexuales se informó que se produce entre los 4 y 9 años, o entre las edades de 13 y 15 cuando estaban físicamente atraídos por otros del mismo sexo.

En una encuesta de estudiantes universitarios *LGBT (lésbico-gay-bisexual-transexual)*, la mayoría se dio cuenta de su atracción al mismo sexo a edades 10 a 14 años y "salió" a las edades de 15 a 18 (*Lindley, Nicholson, Kerby & Lu, 2003*). Las reacciones variaban de tristeza a reiterada felicidad cuando descubrieron una atracción hacia el mismo sexo (*Grossman, D'Augelli & Salter, 2006*). Esta atracción del mismo sexo y la visualización de los no conformes así como sus comportamientos sociales y sexuales en la infancia llevo a mucha confusión sobre la identidad de género y la orientación sexual.

En el desarrollo sexual de los adolescentes hay una vida sexual, ya sea con otros, ellos mismos, o a través de las fantasías (*Ponton & Judice 2004*). Una parte vital de la adolescencia se gasta pensando y experimentando con las áreas de la sexualidad. Es a través de la experimentación y la toma de riesgos que los adolescentes desarrollan sus identidades y descubren lo que son y serán. La toma de riesgos también incluye cometer errores, a veces graves, pero es la herramienta de descubrimiento y crecimiento de los adolescentes.

Aspectos de la conciencia sexual de los adolescentes incluyen autoestima, deseo y vida de fantasía, orientación sexual, factores biológicos incluyendo una capacidad de placer físico, orgasmo, deseo sexual y el nivel de desarrollo físico, fecundidad y reproducción; estilo sexual, patrones de comportamiento en el desarrollo sexual, las relaciones con parejas sexuales, los padres, y otros, eventos tales como un trauma severo, y la espiritualidad. La sexualidad puede potenciar las experiencias positivas en la vida de los adolescentes, aunque son de muy poco apoyo, están presentes en nuestra cultura para el crecimiento de afirmación sexual. Al igual que la orientación sexual puede ser más fluida de cómo se creía, los comportamientos sexuales pueden ser muy fluidos. La homofobia internalizada puede llevar a algunos adolescentes a explorar los actos heterosexuales incluso si lo prefieren con parejas del mismo sexo, o tener rechazo de la actividad sexual por completo, o actuar de manera agresiva contra aquellos que son percibidos como homosexuales (*Moser, Kleinplatz, Zuccarini & Reiner, 2004*).

Los jóvenes transexuales experimentan de las mismas influencias hormonales como los otros adolescentes. Sin embargo, el foco de la vida transexual no es sobre el comportamiento sexual, aunque la sociedad a menudo lo marca así. En todo el mundo la identidad sexual es una parte de la propia identidad, pero sin duda no en todos es la misma.

2.4.2 Identidad género

La mayoría de los niños aprenden acerca de su sexo desde el nacimiento y expectativas de los roles de género durante el desarrollo temprano (*Grossman & D'Augelli 2006*). La mayoría alrededor de los 2 años de edad ya saben si son niñas o niños. Los niños usan pronombres "ella" o "él", al referirse a hombres o mujeres a la edad de 3 años (*Grossman & D'Augelli, 2007*). Los niños no entienden que su relación sexual es constante y no sujeto a cambio con características tales como la longitud del cabello hasta la edad de 6 o 7 años (*Egan & Perry, 2001*). Muchos niños muestran una identidad de género no conforme al

comportamiento desde los 2 a 3 años de edad, los padres y la sociedad empiezan a darle forma a este comportamiento para ajustarse a lo que se considera normal en la vida del niño (*Piper & Mannino, 2008*). Muchos niños experimentan una gran confusión acerca del sexo y género antes de clasificarse por sí mismos.

Dos importantes grupos de investigación han publicado resultados que contribuyen en la última década al desarrollo de la identidad de género en los niños y adolescentes transexuales. En el estudio de *Egan & y Perry (2001)*, 182 niños (101 niñas, 81 niños) en los grados de cuarto a octavo grado, de auto-apreciación de su identidad de género y adaptación psicosocial. Los componentes de la identidad de género se evaluaron:

- A. En base a los sentimientos de compatibilidad psicológica con un género (es decir, sentir que uno es un miembro típico del mismo sexo y el cómo se siente con su sexo biológico).
- B. La sensación de presión de los padres, compañeros y acerca de estereotipos de género.
- C. Sentimiento de que el propio sexo es superior al otro (Es decir, entre grupos).

Lo anterior se evaluó en términos de autoestima y aceptación de sus pares. El sentido compatible de género se relaciona positivamente, mientras que la presión y los prejuicios entre los grupos fueron negativamente relacionados.

El segundo estudio realizado por este grupo fue importante ya que describe los principales aspectos del desarrollo de la identidad de género entre la edad preescolar y los años de pre-adolescencia (*Carver, Yunger & Perry, 2003*). Se informó que los preescolares tienden a jugar con compañeros del mismo sexo, lo cual era importante ya que refleja que las niñas y los niños socializan de manera diferente conforme a los roles de género.

Carver, Yunger & Perry (2003), señalaron que, "Hay una fuerte presión que sienten los niños pequeños por la conformidad de género y tienden a considerar el género como estereotipos morales imperativos". Esto puede explicar por qué es tan importante para los niños saber lo que es la identidad de género. La satisfacción de género o disforia es también evidente en los años de preescolar. En los años escolares, los niños son más flexibles a las normas de género, quieren encajar, por lo que se convierte este un momento difícil de la conformidad de género.

Yunger, Carver & Perry (2004), probaron la hipótesis acerca de las correlaciones, causas y consecuencias de cuestionar la heterosexualidad en la infancia. El interrogatorio fue realizado por la atracción homo erótica y exploración sexual del mismo sexo o si el niño era objeto de burlas o exhibido por sus comportamientos con el sexo opuesto en juegos, así como los intereses, los gestos, o estilos de discurso. Los niños heterosexuales reportados se ven más afectados por los conceptos de sí mismos, escriben menos atributos del mismo sexo (pero no más del sexo opuesto), una mayor sensación de sentirse diferente de otras personas del mismo sexo y una menor satisfacción con su género de asignación.

Corby, Hodges & Perry (2007), informaron resultados de un estudio de 863 negros, blancos e hispanos estudiantes de quinto grado (edad media 10 años). Los resultados sugirieron que el significado de que un niño conectado con el género varía dentro de razas y / o grupos étnicos y que las implicaciones de identidad de género dependen de los atributos específicos que el niño considera deseables para cada sexo.

Egan & Perry (2001) con su modelo multidimensional, ayudaron a comprender la identidad de género y sus implicaciones, sugiriendo que las diferentes facetas de la identidad de género sirven para diferentes funciones psicológicas, siga diferentes trayectorias de desarrollo, o afecta a la adaptación de diferentes maneras. Los resultados también sugieren que la evaluación de sí mismo como el género típico y la satisfacción con la asignación del género de uno son pensamientos con una influencia positiva en él, mientras que la presión del fuerte sentimiento de inconformidad de género se cree que es una influencia negativa. Hay diferencias sin explorar en las diferencias étnicas y raciales.

Estos resultados tienen una importancia mayor a través de los años en la adolescencia. Aunque esta información puede ayudar a entender cómo los niños transexuales puedan manifestarse su verdadero ser y los efectos negativos de expectativas de la sociedad en los primeros años de vida, es importante no etiquetar mal a los niños como lesbianas, homosexuales o transexuales. Lo contrario también es cierto: los niños homosexuales y lesbianas no deben ser mal etiquetados como transgénero. Una útil distinción entre transexuales y lesbianas u homosexuales se ha sido ofrecido por *Mallon & De Crescenzo (2006)*, quienes escribieron que algunos niños de género atípico pueden decir que desean a el otro sexo, los niños transexuales dicen que son del otro sexo. Otros estudios no han apoyado esta suposición, "que deseen" ha sido frecuente entre los jóvenes transgénero en estudios de investigación.

2.4.3 Inconformidad de género

La experimentación con el travestismo y jugar con los juguetes del sexo opuesto, son ejemplos de inconformidad de género, conductas que son naturales para todos los niños (*Mallon & De Crescenzo (2006)*, *Piper & Manino (2008)*). Actividades que suelen atribuirse al otro sexo, como deportes o danza en parte pueden definir a un niño. Recibiendo recompensas de los padres y de la sociedad para aumentar la conformidad de género en los niños por lo que la presión para ajustarse comienza en etapas tempranas de la vida, tanto para los niños y padres.

La mayoría de los estudios que han explorado la inconformidad de género en los niños se han basado en los recuerdos de los adultos como en las experiencias de la infancia y sentimientos, lo que puede hacer que se distorsione la información (*Carver, Yunger & Perry 2004*; *Grossman & D'Augelli 2006*; *Savin-Williams & Cohen 2004*).

Un estudio abordó el problema del sesgo retrospectivo mediante la codificación de videos infantiles de los adultos que más tarde habían tenido una fuerte identidad sexual. El propósito fue explorar el vínculo entre la inconformidad de género infantil y la orientación

sexual. Los niños pre homosexuales reportaron, más conductas de inconformidad de género, que los niños pre heterosexuales, con patrones similares para niños y niñas que se prolongó hasta la edad adulta (*Rieger, Linsenmeier, Gygax & Bailey 2008*).

Pocos estudios prospectivos se han centrado en género o comportamientos de inconformidad "atípica" en adolescentes y niños, y han eliminado el recuerdo teniendo un sesgo. Estos estudios deben ayudar a aprender más sobre la naturaleza del desarrollo de la identidad.

Los estudios que exploran el desarrollo de identidad de género y / o orientación sexual de los futuros jóvenes son importantes para los niños trans género debido a los sentimientos intrínsecos y psicosociales relacionados con la expresión conductas de inconformidad de género.

2.4.4 Desarrollo de una identidad transgénero

Los problemas de género a menudo surgen incluso a principios del desarrollo. Las madres informan que, desde el momento en que sus hijos aprendieron a hablar, insistieron en usar ropa de su madre y zapatos, sólo mostrando interés en juguetes de niñas, y sobre todo jugar con las niñas. Por otro lado, no todos los niños con problemas de género con el tiempo se convierten en transexuales. Sólo en el 23% de los casos con problemas de género en la infancia conducirán a la transexualidad en la adultez (*Cohen-Kettenis, Van Goozen, Doorn & Gooren 1998*).

El desarrollo e integración de una identidad positiva es una tarea de desarrollo para todos los adolescentes. Sin embargo, los jóvenes transexuales tienen el reto de la integración de una identidad de género compleja, con sus características personales, circunstancias familiares, culturales y grupos étnicos (*Grossman & D'Augelli 2006*). También debe conciliar su identidad de género con expectativas de género de su sexo biológico (*Bailey, 2003*). Transexuales jóvenes también deben resolver sus identidades de género, con orientaciones sexuales.

Grossman, D'Augelli & Salter (2006) realizaron un estudio para investigar los temas destacados de expresión de género en una muestra de HTM (hombre-mujer) transexuales jóvenes. Treinta y un jóvenes, de 15 a 21 años, participaron en grupos focales. En esta muestra, todos los jóvenes prefieren el término transexual por sí mismos. De acuerdo con otra documentación que se ha sugerido que uno desee haber nacido del otro sexo era típica (*Mallon & DeCrescenzo (2006); Piper & Mannino (2008)*), sólo un joven informó que no deseaba haber nacido del otro sexo.

Grossman & D'Augelli (2006) llevaron a cabo otro estudio con tres grupos focales con ocho transexuales jóvenes (83% varones biológicos, 17% mujeres biológicas, 90% jóvenes de

color, edades de 15 a 21 años (N= 524). Se informó que los jóvenes tenían más probabilidades de dar a conocer su identidad transgénero a amigos (83%) y profesores (75%). Dos tercios (66%) habían revelado a sus padres o hermanos, el 50% a los abuelos, y el 63% a las tías o tíos. Sin embargo, los jóvenes indicaron que la discriminación y la victimización fueron los resultados frecuentes de la divulgación. Sin embargo, algunos de los jóvenes perciben los apoyos de sus compañeros, compañeros transexuales, miembros de la familia, maestros y amantes.

2.5 Trayectorias de desarrollo

Green (1987) realizó un estudio en niños a largo plazo observando los comportamientos femeninos, la mayoría de los cuales habían cumplido criterios del DSM para Trastorno de Identidad de Género. Su estudio abarcaba 66 niñas y 56 niños con una edad media de 7.1 años (4 a 12 años). Existiendo 44 niños con comportamientos femeninos y 30 niños como control. Su seguimiento fue hasta una edad media de 18.9 años (14 a 24 años). La mayoría de los niños no estaban en terapia entre la evaluación y seguimiento. La orientación sexual y el comportamiento se evaluaron por medio de una entrevista semi-estructurada. Se observó que (en base a fantasías o comportamientos), del 75% al 80% de los niños con comportamientos femeninos eran bisexuales u homosexuales en el seguimiento frente al 0%- 4% de los niños de control. *Green* también informó la identidad de género de los 44 niños con comportamientos femeninos. Él encontró que sólo uno de los jóvenes, a la edad de 18 años, tuvo disforia de género y consideró la cirugía de reasignación sexual.

Los datos de otros seis informes de seguimiento en 55 niños con Trastorno de Identidad de Género, fueron resumidos por *Zucker & Bradley (1995)*. En el seguimiento (13 a 26 años), 5 de estos niños fueron clasificados como transexuales (orientación sexual homosexual), 21 fueron clasificados como homosexuales, una fue clasificada como travesti (con orientación heterosexual), 15 fueron clasificados como heterosexuales y 13 no pudieron ser clasificados con respecto a la orientación sexual. En estos estudios, el porcentaje de muchachos con Trastorno de Identidad de Género fue mayor que la reportada por *Green* (11,9% frente al 2,2%, respectivamente), pero el porcentaje de los que fueron homosexuales (62,1%) fue algo menor.

Zucker & Bradley (1995) reportaron de los 40 niños, 8 (20%) fueron clasificados con disforia de género en el seguimiento. El 80% restante tenía una identidad de género "normal". En cuanto a la orientación sexual, 20 (50%) fueron clasificados como heterosexuales, 17 (42,5%) fueron clasificados como bisexual / homosexual, y 3 (7,5%) fueron clasificados como "asexuales" (no informaron fantasías sexuales).

En estudio de seguimiento de *Wallien, Cohen-Kettenis, Owen-Anderson, Bradley & Zucker (2007)* en niños con Trastorno de Identidad de Género, se reportó que el 20% mostró persistencia de este a mediados de la adolescencia. Por lo tanto, la tasa de persistencia, fue hasta la adolescencia y fue mayor que la reportada por *Green (1987)* y comparable a la obtenida por *Zucker & Bradley (1995)*, como se señaló anteriormente.

Tanto *Zucker & Bradley (1995)*, *Wallien, Cohen-Kettenis, Owen-Anderson, Bradley & Zucker (2007)*, por ejemplo, encontraron tasas más altas de persistencia que *Green*. Esto podría

ser por diferencias en la muestra. *Green* realizó el estudio de manera anunciada mientras los demás autores, fueron en contexto de clínicas. Por lo tanto, puede ser que en sus muestras incluyeron los casos más extremos de Trastorno de identidad de Género.

2.5.1 Persistencia de Trastorno de Identidad Sexual

Solo una minoría de niños en los estudios anteriores mostro una persistencia de Trastorno de Identidad de Género, en la adolescencia y adultez. Entonces se entiende que, para la mayoría, el trastorno remite en la adolescencia, o antes. Una posible explicación sería el sesgo de referencia.

Green (1974) argumenta que los niños que se refieren a evaluación clínica pueden venir de familias en las cuales hay más preocupación para adolescentes y adultos, la mayoría de los cuales no recibió una evaluación clínica y tratamiento durante la infancia.

Una posibilidad es que los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género, al menos en lo que se está formulado actualmente, simplemente no son lo suficientemente inteligentes para distinguir a los niños que tienen más probabilidades de mostrar una persistencia en el desorden de los que no.

Green refiere la posibilidad, que la identidad de género es maleable relativamente durante la infancia, consolidándose durante la adolescencia. Apoyado lo anterior en los estudios que muestran una tasa más alta de persistencia de Trastorno de Identidad de Género en la adolescencia y adultez joven.

2.5.2 Edad de inicio

Algunas personas con Trastorno de Identidad de Género informan que eran conscientes de sus sentimientos transgénero desde sus primeros recuerdos haciéndose evidentes en la primera infancia más comúnmente por medio del travestismo, siendo reportado en niños mayores de 3 años (*Zucker & Blanchard, 1997*).

Adultos transexuales de hombre a mujer informaron experimentar su primer deseo de ser del sexo contrario en la infancia media (*Lawrence, 2005*). Transexuales homosexuales de mujer a hombre se ha visto realizan la reasignación sexual cerca de sus 20 años, los no homosexuales transexuales de mujer a hombre generalmente lo realizan más adelante, sobre todo si se casarán o tienen hijos (*Blanchard, 1994*).

Hirschfeld (1923) fue posiblemente el primer autor en dedicar un estudio significativo al fenómeno que se reconoce ahora como transexualidad. *Hirschfeld* se refirió a las personas de estas condiciones simplemente como Travestis. En sus primeros escritos sobre el tema, *Hirschfeld* expresa la creencia de las orientaciones sexuales de las personas travestis. Sus observaciones parecen haber sido simplemente descriptivas, no como la propuesta de una tipología formal. *Hirschfeld (1991)* tuvo poco que decir sobre la edad de inicio señalando que el impulso puede venir desde su infancia.

Hamburger (1953), reporto 465 personas que pedían reasignación de sexo. El dijo poco acerca de la edad de inicio de disforia de género o identidad de género, señalando que el deseo de cambio de sexo aparece antes de la pubertad.

Randell (1959) describe 20 hombres y 10 mujeres transexuales, 17 hombres and 3 mujeres travestis. *Randell* describe la edad de inicio de pacientes transexuales y travestis de ambos sexos, refiriendo que el impulso fue temprano, generalmente antes de los 10 años de edad.

Lukianowicz (1959) fue quizás el primer investigador que presto la debida atención a la edad de inicio de disforia de género en la descripción de transexualidad. Por lo tanto, su principal criterio de clasificación de los transexuales fue la gravedad de su angustia (Leve, moderada o grave); señaló que los casos leves tienen probabilidades de estar satisfechos con las medidas parciales, mientras que en casos severos, el individuo estaría satisfecho solo con la cirugía de reasignación. *Lukianowicz* cree que el travestismo y al parecer la mayoría de los casos de transexualidad, por lo general se desarrollan en las etapas más tempranas de la vida. Observo que, el travesti masculino, comienza sus tendencias desde su primera infancia y raramente lo manifiestan durante la adolescencia tardía. *Lukianowicz* sugirió que un retraso de disforia de género era una característica de muchos casos de transexualismo con intensidad moderada y que probablemente son los casos de desarrollo de lento de transexualidad, presentando por años, una imagen típica de travestismo, y finalmente, transexuales.

Walinder (1967) describe 30 H-M y 13 M-H transexuales, pero no propuso formalmente una tipología transexual. Informó que la edad de inicio de identidad con el género opuesto, se presentaba entre los 5-10 años, 10-15 años y 15-25 años.

Meyer (1974) describió varias variantes clínicas entre los las personas que solicitan la reasignación de sexo. El no cree que un inicio temprano de disforia de género sea importante, teniendo en cuenta que los travestis tienen un curso largo.

Person & Ovesey (1974 a-b) propuso una de las tipologías más influyentes en transexuales H-M, basadas en la edad de inicio de disforia de género, aunque esta difería significativamente de la mayoría de las tipologías basadas en la edad de inicio que siguieron. Los autores a los distinguieron en transexuales primarios H-M, en los que el impulso transexual fue permanente y sin tregua, y secundarios a los que oscilan hacia la transexualidad sólo después de períodos prolongados de homosexualidad activa o travestismo. Ellos consideran que los transexuales primarios H-M iniciaron en la primera infancia, mientras que los transexuales secundarios H-M iniciaron en la edad adulta, por lo general por el estrés psicosocial grave. Los transexuales primarios H-M se caracterizaron supuestamente por un bajo nivel de interés sexual y por la ausencia de características muy afeminadas o masculinizadas. En los transexuales secundarios, mencionaron dos subtipos distintos, homosexuales y travestis, pareciéndose mucho a los subtipos que *Money & Gaskin (1970-1971)* llamaban como afeminado homosexual y sólo travesti. La característica común de los transexuales secundarios fue la edad de inicio. *Person y Ovesey (1974b)*

considerando que según su clasificación, los mejores candidatos para la reasignación de sexo son los transexuales primarios. En la situación de transexuales homosexuales y travestis que constituyen la mayoría de los solicitantes de cambio de sexo se debe ser extremadamente cautelosos al recomendar la reasignación quirúrgica, refieren los autores.

Fisk (1974 a- b) en esta tipología él considero candidatos apropiados para reasignación de sexo al transexualismo clásico de *Benjamín (1966)*, la homosexualidad afeminada, y travestis. Otras categorías descritas por *Fisk* incluyeron personas con psicosis, sociópata y personalidad esquizoide. El Clásico transexualismo Hombre-Mujer (H-M), se caracteriza por la aparición en la primera infancia, comportamiento femenino durante toda la vida, ausencia de excitación sexual con el travestismo, y tal vez una falta de interés en la sexualidad genital. El afeminado homosexual progresa al síndrome de disforia sexual caracterizado por *androfilia*, travestismo episódico no erótico y aparición de disforia de género en la edad adulta. El travestismo progresa a un síndrome de disforia sexual caracterizado por la excitación erótica con travestismo, *gynefilia* y aparición de disforia de género en la edad adulta.

Stoller (1979-1980) comenzó a formular teorías transexuales de H-M en la década de 1960, pero al parecer, no propuso una tipología formal. Como transexuales primarios o verdaderos siempre habían sido el más femenino de todos los hombres, nunca habían tenido un episodio de parecer el papel de un hombre ordinario. *Stoller (1980)* explicó que la palabra primaria se utiliza en el diagnóstico porque la condición comienza en los primeros años y se mantiene constante durante toda la vida. El transexualismo secundario, refiere a una adquisición posterior. De este modo, los transexuales H-M secundarios según *Stoller* eran los que tenían que vivir de manera equivocada al menos por períodos cortos. *Stoller* reconoció que existía una gran diversidad de transexuales H-M secundarios. No obstante, observó que los transexuales secundarios eran por mucho, el mayor número de personas que solicitan la reasignación de sexo. *Stoller* señaló que los pacientes más importantes así como *Person & Ovesey (1974a)* son los transexuales primarios. Él creía que la psicoterapia puede resultar en algunos transexuales H-M secundarios útil, provocando la renuncia de reasignación de sexo, mientras que esto era poco probable en el caso de transexuales primarios H-M.

Levine & Lothstein (1981) describieron a los transexuales primarios con disforia de género tienen una evidente perturbación de la identidad de género. Caracterizada en la infancia por el implacable trasvestismo (Aunque tal vez en secreto) y en la adolescencia por una ausencia total del fetichismo con el género opuesto o experimentación heterosexual, dando como resultado el rechazo de la identidad homosexual. Como *Person & Ovesey (1974 a- b)*, *Levine & Lothstein (1981)* creen que el síndrome de disforia de género secundario surge, presumiblemente en la edad adulta. Los transexuales secundarios con disforia de género también había experimentado toda la vida preocupaciones por la identidad de género, pero en menor intensidad; para ellos eran más conflictivas sus identificaciones femeninas y tendían a ser más abiertamente masculinos en sus presentaciones. *Levine y Lothstein* pensaban que la disforia de género secundaria puede surgir en afeminados homosexuales, caracterizando por la exclusiva o casi exclusiva androfilia y el afeminamiento de la niñez. El travesti, que se caracteriza por gynefilia y una historia de fetichismo con el sexo opuesto y

de género ambiguo, caracterizado por la bisexualidad y la baja libido. *Levine y Lothstein* observaron que los transexuales secundarios se relacionan generalmente con el estrés (por ejemplo, la pérdida importante de una relación, depresión severa, o enfermedad física).

Lundstroöm, Pauly & Walinder (1984) distinguen entre transexualismo primario (original) y secundario en hombres. Aunque *Lundstrom* no utilizó el término "edad de inicio", se cree que el transexualismo primario se caracteriza por la ausencia de cualquier fluctuación en los síntomas de disforia de género, tuvo un inicio temprano, presumiblemente en la infancia, no indica explícitamente si estuvo presente durante toda la vida de la persona, la débil libido y una profunda aversión a las características biológicas, fueron androfilicos y carecía de cualquier historia de travestismo fetichista. Como *Person & Ovesey (1974 a- b)*, *Lundstroöm, Pauly & Walinder (1984)* creen que hay dos subtipos distintos transexualismo secundario, que deriven a homosexualidad afeminada o travestismo, la característica compartida fue la fluctuación de la disforia de género en la vida de la persona. Los transexuales secundarios derivados de la homosexualidad afeminada se caracterizaron por *androfilia*, afeminamiento en la niñez, sin antecedente fetichista de travestismo y con la libido alta. La transexualidad secundaria derivada de travestismo fue caracterizada por una historia de travestismo fetichista, *gynefilia*, y ausencia de afeminamiento de la niñez. *Lundstroöm, Pauly & Walinder* creen que la mayoría de los pacientes transexuales secundarios, no se verán favorecidos por la reasignación de sexo.

Dolan (1987) también hizo la distinción entre transexualidad primaria (verdadera) y secundaria H-M. Los transexuales primarios muestran deseos de ser como el género opuesto, son exclusivamente *androfilicos*, y no experimentan ningún fetichismo de género opuesto. *Dolan* describe que rara vez tienen travestismo fetichista antes de la adolescencia. También afirmó que invariablemente pasan sin esfuerzo como mujeres, sin el beneficio de la terapia de hormonas del sexo, electrólisis, o entrenamiento de la voz. *Dolan* dice que los transexuales primarios son casos raros. Él describió a los transexuales secundarios H-M, como un grupo residual, en los cuales el deseo de desarrollo del género inicia en periodo posterior de la vida. *Dolan* señaló que existen tres subtipos principales de transexuales secundarios. El homosexual afeminado que se caracteriza por la exclusiva *androfilia*, afeminamiento, y travestismo no erótica. El subtipo heterosexuales travestista caracterizado por *gynefilia*, una historia de travestismo fetichista, y una ausencia de afeminamiento manifiesta. El subtipo atípico compuesto por personas con orientación de diversidad sexual, trastornos psiquiátricos, sobre todo trastorno límite de personalidad, eran comunes en este subtipo. *Dolan* considera que la reasignación de sexo era apropiado para transexuales primarios pero arriesgado en secundarios, pues a menudo se pierden a sus familias, amigos y ocupaciones. Él observó que la mayoría de los reportes de casos publicados de arrepentimiento en reasignación de sexo estaban relacionados con transexuales secundarios.

Docter (1988) del mismo modo distinguió transexuales primarios (de aparición temprana) y secundarios (de aparición tardía) H-M. Proponiendo que el componente crítico que de la transexualidad primaria además de la historia necesaria de sentimientos de disforia durante toda la vida, añadió, que están acompañados por la preferencia sexual de ser homosexuales desde una edad temprana, además de la ausencia de fetichismo asociado

con el travestismo y el real comportamiento que es más apropiado del sexo opuesto. *Docter* cree que la transexualidad secundaria está compuesta por dos diferentes subtipos, uno se basa en una carrera como un travesti y el otro en una carrera previa como homosexual. Pensó que los dos subtipos secundarios H-M compartían una ausencia de disforia de género, características narcisistas o *borderline* la personalidad. El transexualismo secundario de tipo de homosexual, se caracterizó por la preferencia erótica predominantemente homosexual y sin antecedentes de travestismo fetichista. El transexualismo secundario de tipo travesti, se caracterizó por una historia de excitación sexual con el travestismo y preferencia erótica heterosexual o bisexual.

Burns, Farrell & Brown (1990) realizaron un estudio retrospectivo revisando expedientes de pacientes que habían solicitado reasignación de sexo en una clínica de identidad de género, en Londres. Distingue el grupo de transexualidad negativo en positivo en H-M. Los positivos fueron los que reunieron los siguientes criterios:

- a) Edad de inicio fue antes de la pubertad.
- b) Adopción del papel del sexo opuesto sin excitación sexual.
- c) Aversión de las características sexuales secundarias.

Los pacientes que no cumplían estos criterios se consideran transexuales negativos.

Burns et al. Refiere que la edad de inicio se define se presenta con la disforia de género iniciando antes de los 13 años (prepuberal). *Burns, Farrell & Brown* encontraron que era el criterio clave: pues en un grupo de 25 H-M y 10 M-H transexuales, la edad de inicio fue solo características en transexuales positivos.

La excitación sexual con el travestismo, la orientación sexual y la extensión de la actividad sexual no hizo una significativa diferencia entre grupo positivo y negativos. Con respecto a que las características sexuales secundarias fueron difíciles de medir los autores abandonaron estas como criterio. *Burns et al.* Encontró que los positivos eran más propensos a ser referidos para QX de reasignación que los negativos.

Doorn, Poortinga & Verschoor (1994) distinguen entre el inicio temprano e inicio tardío de transexuales H-M. Ellos clasificaron transexuales de inicio temprano a los que reportaban el sentimiento antes de los 12 años y aquellos después de los 12 años de edad, como inicio tardío. En un grupo de 155 transexuales H-M, encontraron que, en comparación con sus homólogos de aparición tardía, los de inicio temprano informan de un preferencia significativamente mayor por los típicos juguetes y actividades de juego femeninas durante la infancia (pero no hubo diferencia significativa en preferencia por las chicas como compañeros de juego), una edad significativamente más temprana de travestismo (pero no hubo diferencias significativas en la frecuencia de adolescentes travestistas o el grado de travestismo fetichista), y una preferencia significativamente mayor para parejas heterosexuales según el sexo imaginado durante la adolescencia (pero no hubo una significativa diferencia en el nivel general de interés sexual).

Seil (1996) propone la tipología basándose teóricamente en si el paciente experimento deseos de ser del género opuesto durante la infancia no siendo conflictivo lo anterior (Transexualidad H-M primaria o ego sintónica) o conflictivas, como (Transexualidad H-M secundaria o ego- distónicos). Sin embargo, la tipología de *Seil* muy parecida a otras tipologías basadas en la edad de inicio, la expresión comenzó a principios de la infancia en transexuales primarios, pero sólo en la edad adulta entre los transexuales secundarios. En consecuencia, *Seil* propone agrupar las tipologías basadas explícitamente en la edad de inicio. *Seil* cree, sin embargo, que transexuales primarios y secundarios experimentaron por primera vez deseo de ser del género opuesto aproximadamente a la misma edad, de 5 o 6 años y sólo difieren en el grado del deseo y el conflicto mental, dando lugar a diferencias abiertas de la expresión de género. *Seil (1997)* informó que los transexuales secundarios son capaces de superar la amnesia de sus primeros años de vida y la conciencia del recuerdo y la conducta indicativa de disforia de género en el mismo periodo del desarrollo reportado por los transexuales primarios, es decir, alrededor de cinco años de edad. *Seil (2004)* propuso que la desaprobación de los padres, se internaliza más tarde por el niño, y era la causa de los sentimientos ego-distónicos secundarios que los transexuales experimentaban. El refirió sin embargo, que los transexuales primarios H-M probablemente también se encontraron con desaprobación de los padres. Llama la atención que en el grupo secundario esta prohibición es importante, y el refiere que puede ser porque la identidad no es tan fuerte o clara como lo es en transexuales primarios. *Seil* informó que, entre sus 220 pacientes H-M, 76% transexuales primarios y 53% secundarios reportaron estar en relación con el sexo homosexual. He sugiere que los transexuales que se habían casado con mujeres, no eran sexualmente activos, y algunos matrimonios estaban casi en celibato. El travestismo fetichista se produjo normalmente (*Seil, 1996*) entre los transexuales secundarios.

Lande'n, Wallinder, Hambert, & Lundstrom (1998) utilizaron criterios similares a los empleados por *Lundstrom, Pauly & Wallinder (1984)*, pero omitiendo el criterio de interés sexual bajo. Los autores refieren que las características clave que definen la transexualidad fueron incesante disforia de género y aversión a las características biológicas de su propio sexo. Sugieren que la edad de inicio fue puberal en los transexuales positivos y después de la pubertad en los negativos. *Lande'n, Wallinder, Hambert, & Lundstrom* refieren que los positivos fueron exclusivamente homosexuales, afeminados desde la infancia, y no experimentaron excitación sexual con el travestismo, pero algunos negativos también muestran estas características. También refiere que los negativos incluyen por lo menos dos subgrupos, el de travestismo y homosexuales limítrofes. *Lande'n, Wallinder, Hambert, & Lundstrom* encontraron que los transexuales positivos tenían menos probabilidades de experimentar arrepentimientos que en la cirugía de reasignación que los transexuales negativos.

Herman-Jeglin'ska, Grabowska & Dulko (2002) clasificaron transexuales como primarios o secundarios, utilizando los criterios de *Lande'n, Wallinder, Hambert, & Lundstrom (1998)* para diferenciar los básicos de los no básicos. Esto podría implicar que, el grupo de *Lande'n* y el de *Herman-Jeglin'ska* también consideran que el inicio temprano de disforia de género, es acompañada de intensa aversión a las características biológicas sexuales, como en transexuales primarios. Con respecto a la orientación sexual, *Herman-Jeglin'ska, Grabowska & Dulko*, refieren que eran exclusivamente homosexuales. Ellos encontraron que los

transexuales primarios fueron significativamente más jóvenes en la presentación clínica y tenían menos probabilidades de haber estado casados. Ellos definieron como edad de inicio temprano a transexuales que cumplían los criterios A a D [GID] en el DSM desde la infancia.

Johansson, Sundbom, Ho"jerback & Bodlund (2009) clasifican 25 transexuales H-M con GID en base a la aparición de los deseos de ser del sexo opuesto, sugiriendo que la presencia del deseo de ser del sexo opuesto desde la infancia, generalmente es típico de transexuales de inicio temprano. Mientras que un inicio pubertad o post puberal (12 años de edad o más) se considera característica de transexuales tardíos. Todos los 11 pacientes clasificados como de inicio temprano se habían realizado la QX de reasignación y los 14 pacientes clasificados como de inicio tardío, 3 aún no había concluido la QX de reasignación y 4 decidieron renunciar por completo a ella.

2.5.3 Adolescentes con Trastorno de Identidad de Género

Los adolescentes con Trastorno de identidad de Género, muestran una identificación psicológica fuerte con el sexo opuesto expresan mas de terminantemente su disforia anatómica. Inician a tener el deseo de modificación de los marcadores fenotípicos sociales de género, como el pelo y estilo de ropa, así como la adopción de un nombre asociado con el sexo opuesto. Es muy común que los adolescentes con formas extremas iniciaron su cambio género en la primera infancia, siendo también el caso en los adultos. Después de la escuela primaria, su comportamiento es opuesto a su género y refieren deseos de continuar la transición. Durante esta etapa es posible que hayan ambivalentes con respecto a la reasignación de sexo, sintiéndose confundidos acerca de sus sentimientos de género. Hay casos de aparición tardía, en los que generalmente no hay una indicación clara entre géneros. En contraste, la mayoría de los jóvenes con Trastorno de identidad de Género que tienen un inicio tardío, es decir, a partir de la adolescencia, suelen ser bisexual o heterosexual, y tener un diagnóstico comórbido de fetichismo travestista o *autoginefilia* (*Blanchard, Clemmensen & Steiner 1987*).

Por otro lado *Cohen-Kettenis, Van Goozen, Doorn & Gooren (1998)* reportaron que 22 (66,6%) adolescentes de 33 recibieron reasignación de sexo. La edad media de los 22 adolescentes que recibieron reasignación de sexo fue de 17.5 años (15 a 20 años). De los 11 que no recibieron reasignación de sexo, a 8 no se les recomendó, por no contar con diagnóstico transexualidad según el DSM, a los tres pacientes restantes se les dio un diagnóstico de transexualidad, pero la prueba de "vida real "(vivir por un tiempo como el sexo opuesto antes de la iniciación del tratamiento hormonal y la cirugía de reasignación de sexo) fue pospuesta debido a la psicopatología concomitante. Estos datos sugieren una tasa muy alta de la persistencia de Trastorno de identidad de Género, siendo incluso superior al 66%.

En otro estudio, *Smith, Van Gozen, Cohen-Kettenis (2001)* reportaron que el 20 (48,7%) de 41 pacientes adolescentes recibió cirugía de reasignación sexual. En la evaluación inicial, la edad media de los 20 adolescentes que recibieron la cirugía fue de 16,6 años (rango, 15 a

19). De los 21 que no recibieron (media de edad, 17.3 años, rango, 13 a 20), las razones fueron similares a lo reportado en el estudio anterior. Los datos de *Smith, Van Gozen, Cohen-Kettenis* sugieren que un número considerable de los pacientes que no recibieron cirugía eran todavía por disforia de género en el momento de la evaluación pero en el seguimiento en promedio, 4.3 años más tarde, lo realizaron.

Se sabe poco acerca de la persistencia de disforia de género entre los adolescentes que no tienen un inicio en la infancia. En consecuencia, no está del todo claro hasta qué punto la edad de inicio resultará ser pronóstico de desistimiento frente a la persistencia.

2.5.4 Adultos con Trastorno de Identidad de Género

Carroll (1999) describe cuatro posibles resultados en disforia de género severa:

(1) Sin resolver

(2) Aceptación del género de nacimiento.

(3) Tiempo parcial de comportamiento del género opuesto.

(4) Asignación de tiempo completo con el género opuesto de vida y sexo.

Los resultados sin resolver.

Se estima que hasta un 50% de las personas que se someten a la evaluación o psicoterapia del tratamiento de Trastorno de identidad de Género. Algunos lo abandonan volviéndose impacientes con el proceso muchas veces perciben de las personas encargadas desinformación y poca empatía, siendo incapaces de afrontar los gastos del tratamiento.

2.5.5 La aceptación del Género de nacimiento

En el pasado, se pensaba que la aceptación de su sexo natal era el resultado preferido y a menudo la psicoterapia psicodinámica se recomendaba para lograr este resultado. Estudios rigurosos demuestran que la psicoterapia puede reducir o eliminar disforia de género o promover la aceptación del género pero los datos son insuficientes. A veces lo anterior se observa en personas cuya comorbilidad psicológica es por sus creencias religiosas siendo incompatibles con la reasignación de sexo, cuyas características anatómicas hacen imposible pasar como miembro del sexo preferido imposible, temen perder a sus cónyuges, hijos o relaciones de pareja.

2.5.6 Tiempo parcial en el papel transversal de género

Algunas personas con GID eligen vivir a tiempo parcial como miembros de su sexo natal y de tiempo parcial como miembros de su preferencia de género, a veces con la ayuda de masculinización o feminización de la terapia hormonal o procedimientos quirúrgicos. *Docter & Fleming (1992)*, en una encuesta de 682 adultos varones travestis, encontraron que el 11% se refería a este tipo.

2.5.7 Tiempo Completo y de reasignación de sexo

Este resultado es buscado por la mayoría de los clientes con transexualidad. El proceso de realización de tiempo completo se produce normalmente en etapas, de forma similar a las etapas de "Salir del closet" para las lesbianas y los gays. Varias teorías de la etapa de transexual se han propuesto (*Devor, 2004; Gagne, Tewksbury & McGaughey, 1997; Lev, 2004; Lewins, 1995*), la mayor parte de estas teorías implican las etapas de la conciencia de disforia de género, el interrogatorio y la recolección de información, la asunción de una identidad transexual. Para muchos clientes, el curso de la transición de género implica cambios emocionales, psicológicos y de identidad que continúan por años o décadas después de la reasignación de sexo.

Con base a lo expuesto anteriormente las tipologías transexuales en base a la edad de inicio, han ofrecido opiniones diferentes por parte de los investigadores, teniendo un modo diferente sobre la mejor manera de distinguir el inicio temprano contra el tardío, para algunos, significa que se da a principios de la primera infancia; otros que es en cualquier momento antes de la pubertad, pero independientemente de la definición, suele ser comprobada en base a un auto-informe. Por lo que en este estudio se toma la clasificación de transexualidad de inicio temprano o primaria y de inicio tardío o secundaria, siendo la más utilizada tomando como punto de partida antes de la pubertad y post puberal.

e. SUPUESTO

A partir del reconocimiento como individuo transexual, se pueden identificar por lo menos dos o más tipologías de transexuales basadas en la edad de inicio.

f. OBJETIVOS

3.1 Objetivos general

- Conocer y analizar la edad de inicio de la transexualidad en la muestra estudiada y entender las diferentes tipologías.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer los aspectos socio-demográficos de la población estudiada.
- Identificar la edad de inicio de la transexualidad percibida por las participantes.
- Explorar la identidad de género a través de encuestas y entrevistas enfocadas al desarrollo de su transexualidad.

- Conocer y analizar el concepto que las participantes entrevistadas tienen sobre la transexualidad.
- Conocer y analizar cómo se fue desarrollando la Transexualidad en la entrevistada, a través de su ciclo vital.

g. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio mixto (cualitativo y cuantitativo). El cual se dividió en dos fases; en la primera fase se aplicó una encuesta (Anexo 1), posteriormente se seleccionaron a 5 participantes al azar, a las cuales se les entrevistó, siguiendo una guía de entrevista (Anexo 2). Ambas fases giraron alrededor de la edad de inicio de la transexualidad y la forma en cómo ésta se desarrolla. A continuación haré la descripción de dichas fases:

4.1 FASE I

Esta fase correspondió a la parte cuantitativa del estudio. Se trató de un abordaje observacional, transversal, descriptivo.

4.1.1 PARTICIPANTES

Criterios de Inclusión

- Sujetos de 18 a 60 años con diagnóstico de transexualidad de acuerdo al *DSM IV- TR* que cumplieran con los criterios de idoneidad de Harry Benjamín¹.

Criterios de exclusión

- Sujetos con Trastornos Psiquiátricos comorbidos que requerían tratamiento farmacológico.
- Sujetos con algún compromiso físico o intelectual que limitara la comprensión de las preguntas y la emisión de respuestas.

4.1.2 MUESTRA

La muestra fue por conveniencia. En este tipo de muestra los encuestadores reciben instrucciones de administrar cuestionarios a sujetos en la calle, y al hacer esto es como se

¹ **CLINICA DIVERGEN.**

Creada en el 2006, por el Dr. Rafael Salín Pascual, dentro del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. (UNAM). Con el fin de apoyar inicialmente a las universitarias transexuales, actualmente ya se atiende a chicas externas. El objetivo es estudiar la relación mente-cerebro en un modelo natural, ante la aparente incoherencia con respecto a la identidad de género.

conforma o se llena la cuota, de acuerdo a la proporción de ciertas variables demográficas en la población, como vemos dependen en cierta medida del juicio del entrevistador (*Hernández, 1997*). En este estudio el fácil acceso a las chicas transexuales que acuden al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental², a las cuales se les realizó una encuesta, fue lo que permitió la construcción de la muestra, correspondiente a 55 chicas (Anexo1). Las participantes se reclutaron del 1ero de noviembre del 2011 al 30 de Abril del 2012.

4.1.3 INSTRUMENTO

Como parte del programa que lleva la Clínica Divergen del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, se diseñó una encuesta (creada por el coordinador Dr. Rafael Salín Pascual) la cual se encuentra en el anexo 1.

Cabe resaltar que, para fines de la presente investigación, la encuesta mencionada no se tomó en su totalidad, pues únicamente se extrajeron los apartados relacionados con la edad de inicio de la transexualidad. Los apartados finales incluyeron:

- 1) Una ficha demográfica en donde se asentó el nombre y edad de las encuestadas.
- 2) Edad de inicio de la transexualidad del individuo.
- 3) Identificación con el género femenino durante su niñez.
- 4) Sensación percibida con respecto a sus órganos sexuales y caracteres sexuales secundarios.

Las respuestas que se emitían eran dicotómicas (“sí” o “no”) y permitieron la generación de frecuencias.

4.1.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. Se creó una base de datos a partir de las respuestas de la encuesta.
2. Se realizó estadística descriptiva de cada una de las preguntas, para poder determinar la edad más frecuente de inicio de transexualidad referida por los sujetos, cómo se comportan a través de su ciclo vital, la forma de identificarse con la figura femenina y las sensaciones acerca de sus órganos sexuales.

² CRITERIOS DE INGRESO A LA CLINICA DIVERGEN.

- Ser mayor de 18 años de edad.
- Una experiencia de vida real de al menos tres meses.
- Que el paciente haya reafirmado más su identidad de género durante la experiencia de la vida real o durante una psicoterapia.
- No presentar Trastorno de Personalidad tipo Antisocial, Abuso de drogas, Psicosis y Tendencias al suicidio.

5.1 FASE II

Para comprender la perspectiva que tienen las chicas transexuales acerca del inicio de su transexualidad, se utilizó un abordaje cualitativo correspondiente a esta fase. Recordemos que este abordaje ha sido reconocido en los últimos años en la investigación en ciencias de la salud como fuente irremplazable de adquisición de conocimiento de la experiencia cotidiana de los procesos de salud en voz de los sujetos involucrados (*Rodríguez-Salvador, Portero, Martínez, Rodríguez-Camero, Rodríguez-Díaz & Ferre, 2008*).

5.1.1 PARTICIPANTES

Criterios de Inclusión

- Sujetos que hubieran participado en la Fase I del estudio y que aceptaran ser entrevistados.

Criterios de exclusión

- Sujetos que no tuvieran el antecedente de haber participado en la Fase inicial del estudio.

5.1.2 MUESTRA

El número de entrevistados se determinó por medio de “Muestreo teórico”. Con ello nos referimos a que se continuaron entrevistando participantes en la medida en que continuaran aportando información para el estudio, y en el momento en que se llegó al punto de saturación teórica y ninguna participante brindara data nueva para analizar las categorías de interés, detuve la aplicación de nuevas entrevistas (*Hernández, 1997*).

5.1.3 INSTRUMENTO

El instrumento utilizado para esta segunda Fase del estudio fue la guía de entrevista (para entrevistas focalizadas).

Martínez (2006) refiere que la *entrevista* en la investigación cualitativa, adquiere información significativa porque se tienen de primera fuente impresiones de lo que opina el sujeto de estudio respecto a un tema en particular, por lo cual la atención debe enfocarse a los movimientos, audición y comunicación no verbal de los involucrados. La entrevista focalizada integra las características de profundidad, flexibilidad y, para fines de este estudio, nos ayuda a acercarnos a la percepción que tienen las entrevistadas con respecto al inicio de su transexualidad.

Las categorías que se desarrollaron en la guía fueron:

Auto concepto de transexualidad, Inicio de la transexualidad, Identificación femenina,

Carencia masculina, Juegos y transexualidad, Órganos sexuales, Manera de ser vistos por los demás y Travestismo. (Anexo 2)

5.1.4 ANÁLISIS

El análisis de la información cualitativa obtenida se realizó siguiendo la propuesta de “Categorización de significados”.

Kvale (1996) señala que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, todo con el fin de lograr interpretaciones auténticas del significado que tienen los fenómenos descritos para los sujetos de estudio, por lo cual la propuesta de análisis de la información obtenida es analizar el contenido de las entrevistas focalizadas las cuales serán audio-grabadas.

La técnica de análisis por medio de la *categorización de significados* que plantea *Kvale* implica que las entrevistas transcritas se codifiquen en categorías mutuamente excluyentes, acción que facilita el análisis de largos textos y permita la clasificación de la información para comparar, encontrar similitudes, además de que permite que el discurso de los entrevistados adquiera sentido para el investigador (*Vargas Huicochea, 2009*).

Los pasos que plantea *Kvale* para analizar la información obtenida que permita transmitir a los demás el significado que tienen las chicas transexuales acerca de la edad de inicio de su transexualidad permitió construir la guía de entrevista con las categorías de interés.

5.1.5 PROCEDIMIENTO

A continuación describiremos como se llevó a cabo cada una de las fases del estudio:

5.1.5.1 FASE I

Se ofreció la participación a los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión previamente descritos. La mayor parte de ellos se reclutó de la consulta ambulatoria.

Se solicitó previamente el consentimiento informado de los participantes (Ver formato del consentimiento en el Anexo 3).

Se realizó la encuesta a 55 individuos transexuales, que acudieron a la Clínica de Divergen en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental en el período de reclutamiento. Se evaluó la edad de inicio de su Transexualidad (encuesta en el Anexo 1), siempre estando presente el investigador para contestar sus dudas.

5.1.5.2 FASE II

Posteriormente, para profundizar más en la edad de inicio se decidió seleccionar a 5 participantes al azar, previa autorización, se les realizó una entrevista semi-estructurada (focalizada).

5.1.5.2.1 CONTACTO

- Se contactó por teléfono a 5 personas con diagnóstico de Transexualidad de la Clínica Divergen en la UNAM (y que habían sido parte de la Fase anterior), para invitarlos a colaborar en este siguiente momento y realizar una cita para explicarles la razón del estudio.

5.1.5.2.2 ENTREVISTA FOCALIZADA

- Durante la entrevista, se les explicó las condiciones del estudio y se solicitó nuevamente su consentimiento ahora no sólo para participar sino para audio grabar las mismas.
- Las entrevistas realizadas se llevaron un tiempo aproximado de 1hr, se audio grabaron (con la autorización de cada entrevistada).
- La entrevista se realizó a conveniencia de las participantes, a la hora y lugar según donde lo solicitaron.

5.1.5.2.3 TRANSCRIPCIÓN

- Después de cada entrevista audio-grabada se procedió a transcribir la información para contar con un registro escrito que nos permitiera analizar su contenido.

5.1.5.2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con la información obtenida se conformaron las bases individuales y por categoría, lo que facilitó el análisis de los largos textos y permitió una clasificación de la información. Las categorías analizadas fueron: Auto concepto de transexualidad, Inicio de la transexualidad, Identificación femenina, Carencia masculina, Juegos y transexualidad, Órganos sexuales, Manera de ser vistos por los demás y Travestismo.

5.1.5.2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación forma parte de un proyecto mayor denominado “Efecto de la terapia hormonal de reasignación en transexuales sobre arquitectura del sueño, memoria verbal,

lenguaje y orientación viso-espacial” que se lleva a cabo en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM en coordinación con el Hospital General de México. Dicho proyecto ha sido evaluado y aceptado por el comité de investigación y ética del Hospital General de México. Los consentimientos informados que se utilizaron en esta investigación fueron adaptados a partir de los del proyecto principal.

h. RESULTADOS

6.1 AUTOCONCEPTO DE TRANSEXUALIDAD

LA TRANSEXUALIDAD ES COMO ¡LA CÁRCEL!

Esta categoría tuvo como objetivo explorar el concepto de Transexualidad, concepción y percepción que ellas tienen de sí mismas.

En personas transexuales, la inquietud por su identidad de género, llega a ser una experiencia tan intensa que se convierte en el aspecto central de la vida, lo cual obstaculiza el desarrollo de una identidad de género libre de conflictos, debido a la equivocada imagen externa con la que ellas viajan por el mundo. En un primer momento, la pregunta inicial para comenzar a abordar este tema fue:

- **¿Te sientes una mujer atrapada en un cuerpo masculino?**

Se observó que el 74.55 % (Tabla 1) respondió que “sí”, es decir, al momento de la encuesta un porcentaje importante dijo que no se identificaba con su imagen exterior (masculina) y se sentían atrapadas dentro de un cuerpo que aparentemente no era el suyo.

Tabla 1 MUJER ATRAPADA EN UN CUERPO MASCULINO

RESPUESTAS	FRECUENCIA
SÍ	41 (74.55%)
NO	14 (24.45%)
TOTAL	55 (100%)

**Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta
¿Te sientes una mujer atrapada en un cuerpo masculino**

Para conocer más acerca de las respuestas obtenidas exploré, por medio de entrevistas focalizadas, el sentido que las entrevistadas daban a la percepción de sentirse atrapadas dentro de un cuerpo masculino. Observé que, siempre las acompaña una sensación de desconcierto presente la mayor parte del tiempo, evitan verse al espejo,

pues el cuerpo que ellas desean no es el que presentan al mundo, como observamos en los siguientes testimonios:

***La transexualidad es como ¡la cárcel! tu mente este encarcelada en un cuerpo que no te corresponde...
(Mariana)***

***...desde la mañana que comienzo y me veo al espejo no veo a un hombre en mi reflejo, veo a una chica.
(Carolina)***

Para las participantes la transexualidad es vivir en un encierro, y ellas se dan cuenta de su existencia a través de sus pensamientos, actitudes, forma de ser, movimientos, expresiones, conductas, las cuales se dan cuenta son similares a las del género femenino, reafirmando la idea de que hay algo diferente en ellas una y otra vez con forme se desarrollan a lo largo de su vida, lo que las lleva a no sentir pertenencia al género masculino, esto se sustenta aún más en el siguiente testimonio:

***...siento que mi cuerpo no compagina con lo que mi cerebro piensa, ¡siento que soy diferente! ¡me siento una mujer atrapada en un cuerpo de hombre!
(Carolina)***

Ante el concepto de transexualidad, existe confusión y dolor alrededor de este, como vimos antes, pero pareciera que con el tiempo lo comprenden como un hecho natural, con lo muestran en algunos relatos:

***...la transexualidad es parte de la diversidad humana, no es una anomalía... está en la misma naturaleza.
(Victoria)***

***...siempre, aún cuando vivas, con el rol de mujer, siempre hay una extrañeza... un giro, de no haber nacido como mujer, entonces yo creo que por salud mental... Más correcta, más completa, es que uno es una ¡mujer transexual!
(Victoria)***

Finalmente, todas las entrevistadas dijeron “sentirse en una prisión”. Expresaron cierto desazón, pues a pesar de identificar su transexualidad y vivir el rol de mujer, siempre las acompaña la certeza de “no ser mujeres biológicas”.

6.2 IDENTIFICACIÓN FEMENINA

YO SIEMPRE ME LLEVABA CON LAS NIÑAS, ERAN MÁS TRANQUILAS, LES INTERESABAN OTRO TIPO DE COSAS, NO SE EMPUJABAN, NO SE BURLABAN...

Esta categoría, exploró el reconocimiento de las entrevistadas con las mujeres de su entorno y el desarrollo de su identidad femenina.

Se dice que, en la transexualidad femenina la identificación con las mujeres siempre está presente, y lo intuyen al poseer cualidades similares a las del género femenino como el ser gentiles, cariñosas y nobles. Ellas pasan la mayor parte del tiempo observando a la mujer, por lo que prefieren realizar las actividades femeninas. Para estudiar este supuesto se les cuestionó con la siguiente pregunta:

- **¿Me identifico más con las actividades de mujeres?**

Tabla 2 IDENTIFICACION CON ACTIVIDADES DE MUJERES

RESPUESTAS	FRECUENCIA
SI	52 (94%)
NO	3 (65%)
TOTAL	55 (100%)

Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta ¿Me identifico más con las actividades de mujeres?

Se observó que el 94% (Tabla 2) respondieron “sí”, a la identificación con las actividades de mujeres. Indagando más a este respecto, encontramos que dicha identificación empieza desde la niñez, al observar a sus madres, hermanas, amigas y chicas en la calle, y al poseer cualidades similares a las mujeres biológicas, como lo describen en los siguientes testimonios:

***...las niñas, son más ordenas, no les gusta tener tantos conflictos... que era justamente lo que yo hacía.
(Mariana)***

***Durante la niñez fue un periodo, donde empezaba a ver mucho a la mujer... pero porque yo me identificaba con ellas...
(Victoria)***

***En 6to año de primaria, yo tendía más a la tranquilidad, a cosas más suaves, a no decir groserías...
(Victoria)***

***...mis sentimientos, son más nobles, puros, me desenvuelvo como una mujer en la vida real, aunque desafortunadamente, mi imagen no sea así. {Suspira}
(Carolina)***

***Bueno con mi mamá, siempre veía como se maquillaba y cuando no estaba trataba de imitarla.
(Mariana)***

En el proceso de entenderse como mujeres, las entrevistadas reportaron que las primeras imágenes de identificación fueron sus figuras más cercanas (que en este caso eran las madres o hermanas). Llama la atención que, a diferencia de las madres, las hermanas eventualmente se vuelven sus condicionales, “portadoras de su gran secreto”.

En las entrevistas las participantes comentaron que, desde etapas muy tempranas del ciclo vital, notaron que sus madres reaccionaban con gran desconcierto al darse cuenta que ellas (sus hijos) se vestían y maquillaban como mujeres.

Algunas de estas mujeres transexuales dijeron que este proceso de identificación también se llevó a cabo a través de figuras inanimadas como las caricaturas, retratos aparentemente distorsionados, algunas veces exagerados en sus aspectos físicos. Por ejemplo, el caso de la figura inanimada apodada *Sakura*, una niña aventurera, luchadora, amorosa, inocente, (cualidades que posee una mujer biológica) pero que finalmente logra su objetivo, que es salvarse a sí misma y al mundo, evidencia de cómo viven su conflicto de identidad:

***Sakura es una niña tierna, gentil y por accidente, el mundo va a dejar de sentir cosas por otras personas, ella emprende una aventura para entender todo eso...
(Mariana)***

***Algún día me pase mucho tiempo, como pensando que me pasaría algo parecido.
(Mariana)***

Las cualidades femeninas presentes en ellas, la identificación con sus figuras femeninas más cercanas y en algunos casos con figuras inanimadas es como comienzan el desarrollo de una identidad femenina, pero al llegar a la adolescencia y no estar sometidas bajo el rigor de sus padres, todo lo observado a través del tiempo lo empiezan a aplicar en ellas, por lo que esta etapa se caracteriza por presentar una imagen andrógina, al dejar crecer su cabello, usar maquillaje y ropa unisex:

***En la adolescencia, mi cuerpo demandaba el cabello largo, mi mente decía - ¡Tienes que jugar el papel de niño!... por estereotipos sociales, pero ya en la intimidad me gustaba el cabello largo {Se toca el cabello}, había una especie de identificación interna, de sensualidad, de erotismo....
(Victoria)***

Conforme siguen su ciclo vital, incorporan actividades, acciones, ropa, movimientos, marcha, formas de pensar, propias de una mujer biológica a su vida, en su círculo de amistades abundan mujeres ya sea biológicas, travestis o transexuales, en su clóset la ropa masculina desaparece, se unen a grupos de chicas similares a ellas, hasta que finalmente toman la decisión de vivir las 24 horas como una chica transexual:

De la prepa a la facultad... hice mi colección de ropa de mujer... entonces era como la doble vida... hasta que... [Silencio], iba yo ya vestida a

**la universidad normal, pero yo veía a las chicas
y me identificaba con ellas.
(Victoria)**

**Y yo como a los 21 años, decidí que mi ser
interior ¡era de mujer!...
(Victoria)**

En esta categoría, las entrevistadas se preguntan ¿Quién soy?, ¿Tengo una identidad?, respuestas definidas por el propio individuo, pero en el caso de las chicas transexuales la identidad se desarrolla a través de un tercero, es decir, de las mujeres o figuras femeninas más cercanas a ellas, como lo presentado anteriormente. Por lo que, al parecer, las experiencias y modos de vida identifican y hacen a estas mujeres.

6.3 INICIO DE LA TRANSEXUALIDAD

YO A LOS 7 AÑOS YA ME VESTÍA CON ROPA DE CHICA...

Esta categoría explora la edad en la que las entrevistadas detectan ser diferentes a los individuos que pertenecen a su género biológico.

Con el fin de exponer los resultados de esta categoría de una manera más detallada, se decidió exponerlos de la siguiente manera:

- De manera inicial se clasificaron como inicio temprano (1 a 12 años) e inicio tardío (13 a 20 años), como se puede ver en la tabla 3.
- Posterior a ello se muestra el número más frecuente de encuestadas por edad, haciendo énfasis en la edad de inicio temprano (Tabla 4).
- Y por último, dado que no había una distribución uniforme de las edades de inicio, se decidió clasificar el inicio de la transexualidad por ciclo vital (lo cual además es más congruente con las propuestas retomadas en el Marco Teórico): la primera infancia (0-2 años), segunda infancia (2-5 años), escolar (6-11 años), pubertad (12-14 años), adolescencia media (15-16 años), adolescencia tardía (17-20 años), todo lo anterior con el fin de ser lo más específicos posibles para presentar los resultados de la edad de inicio (Tabla 5).

Se observó que la mayoría de las mujeres transexuales, se percatan de su transexualidad desde etapas muy tempranas de la vida. Esto lo identificamos a partir de la pregunta:

- ***¿A qué edad te percataste de que había algo diferente en ti?***

El 86.63 % respondieron darse cuenta de ser diferentes al género masculino, entre el período de 1 a 12 años de vida, y solo el 16.36 % reportó que lo hizo después de los 13 años (Tabla 3).

Tabla 3 INICIO DE LA TRANSEXUALIDAD

RESPUESTAS	INICIO TEMPRANO (FRECUENCIA) 1-12 AÑOS	INICIO TARDIO (FRECUENCIA) 13 A 20 AÑOS
	46 (83.63 %)	9 (16.36%)

**Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta
¿A qué edad te percataste de que había algo diferente en ti?**

De las encuestadas que reportaron un inicio temprano (1-12 años), 10 de ellas mencionan darse cuenta de esa diferencia a la edad de 5 años, destacando esta porción por ser la de mayor cantidad. Nueve encuestadas lo reportaron a la edad de 4 años y solo 6 a la edad de 3 y 7 años. De las que reportan un inicio temprano, la mayor cantidad se observa en los primeros 7 años de vida, disminuyendo conforme se acercan a la adolescencia. La menor cantidad corresponde a las edades de 19 y 20 años. Lo anterior se refleja en la tabla 4.

Tabla 4 INICIO DE LA TRANSEXUALIDAD

EDAD	Número de encuestadas que ubicó una determinada edad de inicio de su transexualidad
5 AÑOS	10
4 AÑOS	9
3 AÑOS	6
7 AÑOS	6
8 AÑOS	5
6 AÑOS	4
10 AÑOS	3
15 AÑOS	3
12 AÑOS	2
14 AÑOS	2
16 AÑOS	2
9 AÑOS	1
13 AÑOS	1
18 AÑOS	1
11 AÑOS	0
19 AÑOS	0
20 AÑOS	0

Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta ¿A qué edad te percataste de que había algo diferente en ti?

Como se describe en párrafos anteriores, la edad más frecuente de inicio de la transexualidad en las encuestadas es antes de los 7 años, y con el fin de saber la frecuencia por ciclo vital y poder comparar los resultados con las propuestas expuestas en el marco teórico se realizó la tabla 5. En la cual la segunda infancia (2-5 años) fue la más representativa, pues el 45.45% de las encuestadas se encuentra dentro de ella, siguiendo la etapa escolar (6-11 años), con el 34.11% y, finalmente, la pubertad y adolescencia media, que fueron las menos frecuentes.

Tabla 5 INICIO DE LA TRANSEXUALIDAD

PRIMERA INFANCIA 0-2 AÑOS	SEGUNDA INFANCIA 2 A 5 AÑOS	ESCOLAR 6 A 11 AÑOS	PUBERTAD 12 A 14 AÑOS	ADOLESCENCIA MEDIA 15 A 16 AÑOS	ADOLESCENCIA TARDIA 17 A 20 AÑOS
0 (0%)	25 (45.45%)	19 (34.54%)	5 (9.09%)	5 (9.09%)	11 (20%)

Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta ¿A qué edad te percataste de que había algo diferente en ti?.

Fue interesante que, cuando lo anterior se exploró por medio de entrevistas focalizadas se encontró, que las entrevistadas mencionan también que el inicio de su transexualidad fue antes de los 7 años, lo que corresponde a un inicio temprano (tal y como se expone en la tabla 3). Lo anterior se observa en los siguientes testimonios:

***...yo recuerdo todo esto desde los 7 años...
(Carolina)***

***Desde los 6, 7 años me acuerdo.
(Mariana)***

***Yo a los 7 años ya me vestía con ropa de chica.
(Mariana)***

***Yo empiezo, desde la infancia a ponerme ropa
de niña siendo yo niño...
(Victoria)***

***Pues en el ¡kínder! {suspira}... hablamos de 4
años, la primera vez que me vestí de niña fue a
los 4 años.
(Victoria)***

Como se puede, ver el inicio de la transexualidad reportada por estas mujeres transexuales, es dentro del 1º. a los 12 años de vida, con predominio en la segunda infancia y etapa escolar.

6.4 FALTA DE MASCULINIDAD

**RECUERDO QUE DESDE LOS 7 AÑOS, ERA INTERESANTE COMO MIS AMIGOS,
ME DECÍAN QUE YO ERA DIFERENTE A OTROS NIÑOS...**

En esta categoría se exploraron los primeros recuerdos con respecto a una aparente falta de masculinidad y las reacciones globales ante ello.

Las mujeres transexuales, describen desde su niñez ser observadas por los demás de manera extraña, en ocasiones vigiladas por sus miradas, juzgadas por sus actitudes,

movimientos, forma de ser, esto ocasionaba recibir comentarios constantes por no parecer niños, por lo que se decidió realizar la siguiente pregunta:

- **¿Durante la niñez me molestaban las referencias a mi falta de masculinidad?**

Tabla 6 FALTA DE MASCULINIDAD

RESPUESTAS	FRECUENCIA
SI	42 (76.36%)
NO	13 (23.63%)
TOTAL	55 (100%)

Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta ¿Durante la niñez me molestaban las referencias a mi falta de masculinidad?

El 76.36% (tabla 6) de las participantes exponen enojo con el mundo, por la carencia de singularidades masculinas, pues tal vez al no poseerlas, eran rechazadas por amigos y familiares. Las mujeres transexuales se perciben marginadas tanto por el grupo de hombres y de mujeres. Al convivir con grupos de hombres eran señaladas, molestadas, debido a sus aparentes comportamientos afeminados. Al estar con el grupo de mujeres, también eran excluidas pues no cumplían todas las cualidades propias de este género.

Al final esto tal vez sea lo que provoque que las mujeres transexuales se aíslen. Lo anterior se expone aún a mayor detalle en los siguientes testimonios:

***Como a los 5 años, fuimos a Monterrey con amigos de mi papá, entonces tenían una niña de mi edad, ella me dijo... -¿Si me maquillaba? -Le dije que sí... Me maquillo y fui con mis papas y les dije -¿Miren como me veo? Y recuerdo se molestaron...
(Mariana)***

***Un primo, que estaba en el colegio, y fue expulsado porque se metía al baño de mujeres, y tocaba a las niñas, en mi caso... no fue así.
(Victoria)***

***... sentía que había algo que no estaba bien, y yo lo interpretaba que era porque estaba en un grupo de niñas siendo niño..., que si ya había una incomodidad, ya estaba existiendo un proceso interno de identificación de género.
(Victoria)***

En esta categoría se observó que la mayoría de las entrevistadas, sienten conflicto ante la falta de masculinidad, excluidas, como decíamos arriba, por ambos géneros lo que les provoca gran conflicto y se exagera aún más por la falta de apoyo externo, que les proporcione una explicación ante la situación por la que están cursando.

6.5 JUEGOS Y TRANSEXUALIDAD

YO SOÑABA CON UN CUENTO DE PRINCESAS, Y ME METÍA AL BAÑO, CON MIS TACITAS, TODO ESO Y ME PONÍA A JUGAR...

Esta categoría explora cómo eran las formas de juego, al considerarlo una parte importante del desarrollo de la identificación de género.

La función de un juguete es la de apoyar el desarrollo de múltiples aspectos físicos y psicológicos, y es a través del juguete que los niños exploran, descubren e interactúan con múltiples objetos y problemas que forman una parte de su adecuado desarrollo como individuos. La pregunta que exploró las experiencias con los juguetes fue:

- ***¿De niña me gustaban más lo juguetes de mis hermanas o amigas?***

El 89.09% de las encuestadas afirmaron su preferencia por los juguetes femeninos, como observamos en la tabla 5, a pesar de que la sociedad marca diferencias por género en el juego, como por ejemplo, muchos juguetes para niñas representan tareas adultas típicamente femeninas, tales como la crianza (muñecas); mientras que muchos juguetes para niños incluyen típicamente elementos bélicos o de acción: armas, automóviles y caballos. En el caso de las encuestadas su preferencia es hacia los juguetes femeninos a pesar de las barreras impuestas por la sociedad.

Tabla 7 TENDENCIA HACIA LOS JUGUETES FEMENINOS

RESPUESTAS	FRECUENCIA
SI	49 (89.09%)
NO	6 (10.9%)
TOTAL	55 (100%)

Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta:
¿De niña me gustaban más los juguetes de mis hermanas o amigas?

Durante las entrevistas la mayor parte de las encuestadas confirmaron tener identificación con los juguetes femeninos,

Esto era evidente al jugar a veces con su cómplice, otras a escondidas y la mayoría de las veces al imaginar diferentes situaciones donde podían ser niñas, lo que nos indica que el rol de juego lo tienen interiorizado. Refirieron que, cuando por primera vez llegaron a pedir a sus cuidadores algún juguete de niña (no cumpliendo la norma del juego tradicional), eran recriminadas y vistas con gran sorpresa, finalmente se les regañaba e incluso golpeaba por su preferencia. Los cuidadores justificaban su acción por los marcados estereotipos de la sociedad con respecto a los juegos y el género, Algunos ejemplos de esto lo vemos a continuación:

Yo prefería estar en mi casa jugando con mi hermana, yo no salía con chicos, no me gustaba jugar fútbol, sé que eso no solo es de chicos pero yo prefería jugar con un osito de peluche... (Carolina)

...en mi imaginación jugar a que yo era una niña... yo soñaba con un cuento de princesas, y me metía al baño, con mis tacitas... (Carolina)

...yo me encerraba en una habitación, y me puse los vestiditos de mis hermanas, recuerdo que me hacía colitas, todo a escondidas, pues me regañaban... {Risas y suspiro al final} (Victoria)

***Soñaba que era una niña que iba a la escuela,
que convivía con otras chicas, que jugaba con
las muñecas, que jugaba a la casita, a la
princesa...
(Carolina)***

Como se puede ver la mayoría de las entrevistadas prefería jugar a escondidas, por las recriminaciones que sufrían de parte de sus cuidadores primarios, prefieren jugar con muñecas, soñar que son princesas actividades finalmente femeninas, jugando el rol de mujer y repitiendo el juego por la sensación de disfrute que experimentan, lo que reafirma que los juegos y los juguetes son parte importante para su identificación con el género femenino.

6.6 ÓRGANOS SEXUALES

A LOS 12 AÑOS, PENSÉ ¡QUE SE ME IBA A CAER UN DÍA EL PENE! PERO ESO ¡NO PASÓ!...

En esta categoría se exploró como enfrentan la sensación de tener órganos sexuales diferentes a los que ellas desean, cómo se fueron presentando sus cambios sexuales secundarios y las vivencias alrededor de esto.

Durante el proceso de la niñez a la adolescencia, se ha observado que en su discurso mencionan la caída de su pene, esperable al no sentirse cómodas con su órgano sexual, unas tenían presente este pensamiento y otras experimentaron una sensación de terror por lo mismo. Al presentar un rechazo de sus órganos sexuales, nos pareció importante explorar si ese pensamiento mágico acerca de su pene estaba presente en nuestras encuestadas por lo que se realizó la siguiente pregunta:

- ***¿De niño pensaba que todas las mujeres de niñas habían nacido con pene y que luego se les había caído?***

Tabla 8 EN LA NIÑEZ EL PENE SE CAE

RESPUESTAS	FRECUENCIA
SI	21 (38.1%)
NO	34 (61.81%)
TOTAL	55 (100%)

Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta:
¿De niño pensaba que todas las mujeres de niñas habían nacido con pene y que luego se les había caído?

Se encontró que el 61.81% ósea la mayoría de las encuestadas no reporto la presencia de esta idea ante sus órganos sexuales, solo afirmándolo el 38.1%, debido al bajo porcentaje se decidió realizar la siguiente pregunta:

- **¿Te molesta tu pene?**

A lo que el 70.90% de las encuestadas respondió afirmativamente, siendo lo esperable, a lo expuesto en los primeros párrafos de esta categoría y solo el 29%, respondió no sentir molestia por su pene (Tabla 9)

Tabla 9 MOLESTIA POR SU PENE

RESPUESTAS	FRECUENCIA
SI	39 (70.90%)
NO	16 (29.09%)
TOTAL	55 (100%)

Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta: ¿Te molesta tu pene?

En general la mayoría de las encuestadas reporto molestia y gran frustración en contra de su propio órgano sexual, esto principalmente por la falta de identificación con el género masculino.

Algunas mujeres transexuales debido a ello se provocan algún tipo de daño (desde cortes superficiales hasta mutilaciones de su pene), sin pensar en las consecuencias. Con base a lo anterior se observó que este pensamiento y el rechazo por su pene, está presente en la mayor parte de participantes como vemos en los siguientes testimonios:

***A los 12 años, yo si pensé ¡que se me iba a caer un día el pene! Pensé que se iban a caer mis genitales, decía, -Bueno a las 12 años se caen y ya reglare-, pero eso no paso.
(Carolina)***

***Mi primera experiencia fue con una chica de la calle, lo que yo pensaba era llevar a una chica a este hotel y pagarle para que me cortara mis genitales...
(Carolina)***

Con respecto a los cambios sexuales secundarios los describen como drásticos, odian el vello que aparece en mayor cantidad en todo su cuerpo, el que crezca su musculatura, pene y testículos, las erecciones, los sueños húmedos, sin entender que pasa en su cuerpo, rechazándose a ellas mismas:

***Mi cuerpo empezaba a cambiar de una forma que no me gustaba. Fue ¡horrible!...
(Carolina)***

***... yo no consentía que hubiera vello, odiaba sentir (cierra puño de mano derecha) los sueños húmedos, decía -¡Es un cuerpo que yo no quiero tener!-...
(Carolina)***

Observamos que la mayor parte de las chicas transexuales rechazan su pene desde la niñez, manejando esto algunas a través del pensamiento mágico, pero al llegar a la adolescencia y experimentar los cambios sexuales secundarios hay un repudio total, algunas veces haciéndose daño a ellas mismas, siendo una característica muy importante de esta etapa la angustia.

6.7 MANERA DE SER VISTOS POR LAS DEMÁS

ME VEÍAN RARO EN LA ESCUELA, NUNCA SE BURLARON DE MÍ, PERO YO SABIA QUE ERA RARA PARA ELLOS...

En esta categoría se exploró, como eran percibidas por las demás personas, las respuestas que se daban ellas por el sentimiento de desigualdad con respecto a su género biológico.

Se ha observado que estas chicas presentan características tanto femeninas como masculinas, algunas pasan desapercibidas ante los hombres y son reconocidas como mujeres, para explorar lo siguiente se les hizo la pregunta que se presenta a continuación, con el fin de ver si se equivocaban los demás al ver su apariencia:

- ***¿Me confunden con niña o mujer, sin estar vestida o maquillada?***

Tabla 10 PARECE MUJER SIN ESTAR MAQUILLADA

RESPUESTAS	FRECUENCIA
SI	48 (87.27%)
NO	7 (12.7)
TOTAL	55 (100%)

Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta: ¿Me confunden con niña o Mujer, sin estar vestida o maquillada?

Se obtuvo que él 87.27% (tabla 10), si era confundida con mujeres. Lo anterior se ha visto que sucede sin estar vestida o maquillada como chica, esto por su apariencia andrógina como lo que se expone en la categoría de identificación femenina. Ellas niegan alguna molestia al ser confundidas con mujeres, lo que ocasiona mayor incremento de su identificación con la figura femenina, algunas enfrentan esas situaciones ante sus familiares y personas cercanas, al decir que las acciones son para pertenecer a los diferentes grupos urbanos con la finalidad de ser más aceptadas, como podemos ver en el siguiente testimonio.

***...aunque yo trajera el cabello largo, ¡a mí me sacaban a bailar los chicos; porque me veían como una niña con cabello largo, y a mí no me molestaba...
(Victoria)***

En esta categoría se explicó como algunas mujeres transexuales tienen una apariencia andrógina durante su desarrollo, por lo que son en diferentes ocasiones confundidas con mujeres biológicas, a lo cual ellas niegan alguna molestia, incluso se observa que lo anterior les causa tranquilidad. Y lo anterior puede ser parte de cómo se organiza su identificación femenina y la forma de reafirmar su transexualidad.

6.8 TRAVESTISMO

EN LA PREPA Y LA FACULTAD... YA EMPECÉ ADQUIRIR ROPA DE MUJER,
HACER MI COLECCIÓN DE ROPA DE MUJER... ENTONCES ERA COMO LA
DOBLE VIDA...

Esta categoría, exploro como las mujeres transexuales de este estudio comienzan a vestirse con ropa de mujer y el desarrollo de este proceso.

El travestismo puede implicar en los transexuales un deseo del individuo que se le reconozca como una persona del género opuesto, ellas van adoptando características físicas o psicológicas del género femenino, con el fin de que exista esa identificación, por lo que a las encuestadas se les hizo la siguiente pregunta:

- ***¿Me siento yo-misma, vestida de mujer y cuando estoy de chico me siento disfrazada?***

El 70% respondió que con la vestimenta masculina, no experimentan una identificación con el género que ellas refieren tener.

Tabla 11 ME SIENTO DISFRAZADA

RESULTADOS	FRECUENCIA
SI	39 (70.90%)
NO	16 (29.09%)
TOTAL	55 (100%)

Respuestas de las 55 encuestadas, frente a la pregunta. ¿Me siento yo-misma, vestida de mujer y cuando estoy de chico me siento disfrazada?

Al vestir ropa masculina sienten traer una máscara, por lo que el travestismo la mayoría lo inicia desde épocas muy tempranas, a solas y de manera natural, con el fin de darle una especie de respuesta a lo que pasa por su mente. La primera vez que se visten con ropa de mujer algunas dicen experimentar una gran emoción a pesar de la incertidumbre y contradicción del momento, con el tiempo lo realizan de manera más frecuente a pesar de ser descubiertas y recriminadas por sus familias, como lo observamos en los siguientes testimonios:

*... en la noche me paraba a las dos o tres de la mañana, me cambiaba, me quedaba dormida, y luego a las 5 de la mañana me levantaba y me quitaba la ropa.
(Carolina)*

*...el primer recuerdo es desde los 7 años lo hacía con la ropa de mi mama...
(Mariana)*

En la prepa y la facultad... ya empecé adquirir ropa de mujer, hacer mi colección de ropa de mujer... entonces era como la doble vida... hasta que... (Silencio), iba yo ya vestida a la universidad normal, pero yo veía a las chicas y me identificaba con ellas...(Victoria)

El travestismo es parte del desarrollo de la transexualidad, con forme van creciendo las mujeres transexuales adquieren ropa femenina, para ser reconocidas como del genero opuesto, con forme pasa el tiempo la identificación con sus figuras femeninas más cercanas se acrecenta e imitan a esas mujeres, entonces el travestismo desaparece y se convierten en totalmente transexuales.

i. DISCUSION

El primer concepto de transexualidad que surge en la historia fue acuñado por *Hirschfeld en 1923*, el cual hacía referencia a las personas que deseaban vivir como miembros del sexo opuesto y presentaban disgusto con su rol de género; concepto que también expresan las mujeres transexuales de este estudio, ellas agregan que al no identificarse con su imagen exterior masculina evitan verse al espejo, por lo cual concluyen que el cuerpo que ellas desean no es el que presentan al mundo. *Ruble, Martin & Berenbaum (2006)* por su parte mencionan que en las mujeres transexuales la identidad y rol de género son incongruentes, lo que les causa gran malestar, las mujeres de nuestro estudio además refieren vivir siempre con la sensación de estar en la cárcel debido a que su cuerpo no compagina con lo que su cerebro piensa. A lo anterior *Grossman y Augelli D' (2006)* dicen que la mayoría de los niños aprenden acerca de su sexo biológico y expectativa de rol de género durante el desarrollo temprano, situación que también se presenta en las niñas transexuales en las cuales la identificación con las mujeres de su entorno está desde etapas muy tempranas y lo vislumbran al poseer cualidades como el ser gentiles, cariñosas, tranquilas, ordenadas y nobles, expuesto en los testimonios de este estudio y afirmado por el 94% de las mujeres transexuales, pero al existir una falta de masculinidad, el 76.36% reporta molestias, descrito también por *Mallon & De Crescenzo (2006)*, esto lleva a que se han excluidas por ambos géneros y les provoque un gran conflicto, los autores anteriores además refieren que esta identificación con las mujeres puede definir a una mujer transexual. En este estudio además se observa que este entendimiento inicia con sus figuras más cercanas como son madres y hermanas, reportado también por *Cohen-Kettenis, Van Gozen, Doom & Gooren (1998)*, *Coolidge (2002)*, los cuales describen que las madres en sus estudios informaron que desde el momento que sus hijos aprendieron hablar, insistieron en usar ropa y zapatos de ellas, observado en los testimonios de nuestras entrevistadas, esperando el momento en que la casa estuviera sola para usar la ropa de sus madre o hermanas. El travestismo en las encuestadas de este estudio inicia en la segunda infancia, reportado también por *Lukianowicz* en 1959. En los testimonios de nuestras mujeres transexuales se menciona que sus madres reaccionaban con gran desconcierto al darse cuenta de que ellas (sus hijos) se vestían y maquillaban como mujeres, lo que ocasionaba violencia verbal y algunas veces física, lo que lleva a la existencia de una gran presión por la conformidad de género, y por lo tanto consideran al género como un estereotipo moral imperativo, como lo reportado por *Caver, Yunger & Perry (2003)*. Conforme siguen su ciclo vital las mujeres transexuales desarrollan su identidad a través de un tercero al incorporar actividades, acciones, ropa, movimientos, marcha, forma de pensar, propias de una mujer biológica. *Grossman & D'Augelli (2006)*, informaron que jóvenes transgénero durante la primera juventud dieron a conocer su identidad a los demás por el travestismo, nuestras entrevistadas informaron la compra de ropa para ellas, ya no prestada o robada por amigas durante esta etapa.

El inicio de la transexualidad reportada para las mujeres transexuales de este estudio está dentro del periodo del 1er y 12o año de su ciclo vital, esto corresponde al 83.63%, expuesto también en nuestras entrevistas focalizadas y reportado por *Hamburguer (1953)*, *Lande'n, Walinder, Lambert & Lundstrom (1988)*, *Burns, Farell & Brown (1990)* y *Doonn, Poortinga & Verschoor (1994)* en sus respectivos estudios. *Doorn, Poortinga & Verschoor (1994)*, de

quien se toma la clasificación del inicio de la transexualidad para este estudio, las divide en mujeres transexuales de inicio temprano antes de los 12 años e inicio tardío luego de los 12 años, y refiere que las mujeres transexuales de inicio temprano se caracterizan por tener mayor preferencia hacia los juguetes femeninos y el travestismo lo presentan desde una edad más temprana expuesto por las mujeres transexuales de este estudio. De las encuestadas que reportaron una edad de inicio temprano 10 de ellas mencionaron darse cuenta de esa diferencia antes de los 5 años, destacando esta porción por ser la de mayor cantidad (45.45%), expuesto también por *Stoller (1980); Levine & Lothstein (1981); Wallinder (1984); Zucker & Blanchard (1997); Dolan (1987)* y *Herman-Jeglin'ska, Grabowska & Dulko (2002)*. Estos autores además coinciden que las mujeres transexuales que inician en la infancia mantienen el deseo de ser del género contrario, niegan la existencia de fetichismo, se conducen sin esfuerzo como mujeres, tienen un libido débil, e incluso parecen el más afeminado de todos los hombres, mantienen un comportamiento femenino por toda la vida como se menciona en los testimonios de nuestras entrevistadas, en los cuales mencionan eran observadas como niños extraños, y en la adolescencia eran confundidas con mujeres, sin estar vestidas o maquilladas. *Dolan (1987)* describe que los transexuales primarios, correspondientes a los de inicio temprano en nuestro estudio, pasan sin esfuerzo como mujeres, sin el beneficio de la terapia hormonal, electrólisis, o entrenamiento de la voz, como se afirma por él 87.27% de las mujeres transexuales de este estudio. Como etapas menos representativas del inicio de la transexualidad en este estudio fueron la pubertad y adolescencia media, lo que corresponde a un inicio tardío como lo reportado en los trabajos de *Doorn, Poortinga & Verschoor*. En cambio *Fisk (1974 a y b)* reporta también que el transexualismo clásico se caracteriza por aparecer en la primera infancia, siendo característica la falta de interés en la sexualidad genital, reportado en los testimonios de este estudio, en los cuales además se menciona la sensación de rechazo hacia sus órganos genitales, lo que lleva planificar la mutilación de estos, reportado en los trabajos de *Blanchard, Clemmensen & Steiner (1987)* y *Herman-Jeglin'ska, Grabowska & Dulko (2002)* los cuales además consideran que el inicio temprano de disforia de género, es acompañado de intensa aversión a las características biológicas sexuales, considerando esta particularidad muy importante y al llegar a la pubertad en este estudio las mujeres transexuales reportaron terror al iniciar con sus cambios sexuales secundarios.

j. CONCLUSIONES

La transexualidad es un concepto antiguo el cual, de acuerdo con lo encontrado en este estudio, pareciera provocar la sensación de vivir en una cárcel, al estar las mujeres transexuales convencidas de hallarse en el cuerpo equivocado, debido a que su sexo no corresponde con su apariencia.

El proceso de ser transexual comienza por la identificación con las mujeres de su entorno y este entendimiento se presenta con sus figuras más cercanas que generalmente son madre y hermanas. Estas conductas al inicio suelen ser recriminadas por la familia, ejerciendo violencia física y verbal hacia las mujeres transexuales, lo que ocasiona que ellas consideren el género como un estereotipo moral imperativo. Esta forma de travestismo inicia

desde etapas muy tempranas y generalmente es en la primera juventud cuando se atreven a darlo a conocerlo a terceras personas.

El inicio de la transexualidad se presenta más frecuentemente entre el 1er y 12vo año de su ciclo vital (con predominio en la segunda infancia). En las mujeres transexuales encontramos que este inicio temprano se caracteriza por la preferencia de juguetes femeninos, mantener el deseo de ser del sexo contrario, conducirse sin esfuerzo como mujeres, tener una libido débil, parecen el más afeminado de todos los hombres y tener un rechazo hacia sus órganos genitales, planificando en múltiples ocasiones la mutilación, esta aversión es una particularidad importante para la existencia de la transexualidad.

Los datos del presente estudio apoyan la idea que una distinción adecuada del inicio de la transexualidad, ayudaría a una mejor descripción clínica y a un tratamiento que a su vez disminuiría las complicaciones asociadas al desafortunado proceso que experimentan las mujeres transexuales con complicaciones como la psicopatología comórbida. Por lo que algunas de las recomendaciones irían en el sentido de que es necesario continuar con la investigación de los distintos subtipos de la transexualidad para tener un cuerpo de conocimientos más sólido, y que las clasificaciones psiquiátricas contemplaran el uso de esos subtipos (enfaticando en el inicio de la transexualidad) para un mejor abordaje de estas personas.

Finalmente, quisiera dejar como reflexión:

¿nosotros tenemos el derecho de pedirle a las mujeres transexuales que se sacrifiquen por el sistema social en el vivimos? ...

k. REFERENCIAS

1. Abraham, F. (1931). Genital conversion in two male transvestites. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik*, 18, 223–226.
2. Alexander GM & Hines M. (2002). Sex differences in response to children's toys in nonhuman primates (*Cercopithecus aethiops sabaeus*). *Evolution and Human Behavior*, 23, 467–479.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Text Revision (DSM- III). Washington, DC American Psychiatric Association 1980.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Text Revision (DSM-III-TR). Washington, DC American Psychiatric Association 1987.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, (DSM-IV). Washington, DC American Psychiatric Association 1994.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC American Psychiatric Association 2000.
7. Baba T, Endo T & Ikeda K. (2011). Distinctive features of female-to-male transsexualism and prevalence of gender identity disorder in Japan. *J. Sex. Med*, 8, 1686–93.
8. Bailey, J. M. (2003). *The man who would be queen: The science of gender-bending and transsexualism*. Washington, DC: Joseph Henry.
9. Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J. G., Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 237–238.
10. Bakker, J; De Mees, C & Douhard, Q. (2006). Alpha-fetoprotein protects the developing female mouse brain from masculinization and defeminization by estrogens. *Nature Neuroscience*, 9, 220–226.
11. Balsam, Kimberly F.;Huang, Bu; Fieland, Karen C.; Simoni, Jane M; & Walters, Karina L. (2004). Culture, Trauma, and Wellness: A Comparison of Heterosexual and Lesbian, Gay, Bisexual, and Two-Spirit Native Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(3), 287-301.
12. Barabas, A. (1999). *Configuraciones étnicas en Oaxaca. Perspectivas etnográficas para las autonomías*, Coord. A. Barabas y M. Bartolomé, Col. Obra Diversa, 3 volúmenes, CONACULTA - INAH-INI, México.

13. Beh, H. G., & Pietsch, J. H. (2004). Legal implications surrounding adolescent health care decision-making in matters of sex, reproduction, and gender. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 675-694.
14. Benjamín. H. (1966). *The transexual phenomenon*. New York: The Julian Press, Inc. Publishers.
15. Blanchard, R., Clemmensen, L. H., & Steiner, B. W. (1987). Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 139–152.
16. Blanchard, R. (1994). A structural equation model for age at clinical presentation in nonhomosexual male gender dysphorics. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 311–320.
17. Bullough, V. (2004). Children and adolescents as sexual beings: A historical overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 447-459.
18. Burns, A., Farrell, M., & Brown, J. C. (1990). Clinical features of patients attending a gender-identity clinic. *British Journal of Psychiatry*, 157, 265–268.
19. Campbell, A. (1999). Staying alive: evolution, culture, and women's intrasexual aggression. *Behav. Brain Science*, 22, 203–214.
20. Carroll, R. (1999). Outcomes of Treatment for Gender Dysphoria. *Journal of Sex Education and Therapy*, 24, 128-136.
21. Carver, P. R., Yunger, J. L., & Perry, D. G. (2003). Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles*, 49, 95- 109.
22. Carver, P. R., Egan, S. K., & Perry, D. G. (2004). Children who question their heterosexuality. *Developmental Psychology*, 40, 43-53.
23. Cohen-Kettenis, P. T; & Everaerd, W. (1986). Gender role problems in adolescence. *Advances in Adolescent Mental Health*, 1(Pt. B), 1–28.
24. Cohen, L., de Ruiter, C., Ringelberg, H., & Cohen- Kettenis, P. T. (1997). Psychological functioning of adolescent transsexuals: Personality and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 187–196.
25. Cohen-Kettenis, P. T., Van Goozen, S.H., Doorn, C. D., & Gooren, L. J.G. (1998). Cognitive ability and cerebral lateralisation in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 631–641.
26. Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
27. Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 41–53
28. Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report Gender Identity

- Questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 397–405.
29. Colapinto, J. (2000). *As nature made him: the boy who was raised as a girl*. New York: Harper Collins.
 30. Colapinto J. (2001). *As Nature Made Him. The Boy Who was Raised as a Girl*. New York. Harper Collins Publishers Inc.
 31. Coolidge FL; Thede LL & Young SE. (2002). The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 32: 251–257.
 32. Corby, B. C., Hodges, E. V. E., & Perry, D. G. (2007). Gender identity and adjustment in black, Hispanic, and white preadolescents. *Developmental Psychology*, 43, 261-266.
 33. Crews, D. (2008). Epigenetics and its implications for behavioral neuroendocrinology, *Front Neuroendocrinol*, 29, 344–357.
 34. De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Crael, B., Heylens, G., Rubens, R., et al. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22, 137–141.
 35. De Zegher F, Devlieger H & Veldhuis JD. (1992). Pulsatile and sexually dimorphic secretion of luteinizing hormone in the human infant on the day of birth. *Pediatric research*, 32, 605–607.
 36. Dessens, A.B., Cohen-Kettenis, P.T; Mellenbergh, G.J; Poll, N. vd; Koppe, J.G & Boer, K. (1999). Prenatal exposure to anticonvulsants and psychosexual development. *Arch. Sex Behav*, 28, 31–44.
 37. Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
 38. Dewing P; Shi T; Horvath S & Vilain E. (2003). Sexually dimorphic gene expression in mouse brain precedes gonadal differentiation. *Brain Research. Molecular Brain Research*, 118, 82–90.
 39. Diamond M & Sigmundson K. (1997). Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151, 298–304.
 40. Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York: Plenum.
 41. Docter, R. F., & Fleming, J. S. (1992). Dimensions of transvestism and transsexualism: The validation and factorial structure of the Cross-Gender Questionnaire. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 5(4), 15–31
 42. Dolan, J. D. (1987). Transsexualism: ¿Syndrome or symptom? *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 666–673.

43. Doorn, C. D., Poortinga, J., & Verschoor, A. M. (1994). Cross-gender identity in transvestites and male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 185–201.
44. Egan, S. K., & Perry, D. G. (2001). Gender identity: A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37, 451-463.
45. Ellis, L & Hellberg, J. 2005). Fetal exposure to prescription drugs and adult sexual orientation, *Pers. Individ. Differ.* 38, 225–236.
46. F.L. Coolidge; L.L. Thede & S.E. Young. (2002) The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample, *Behav. Genet.*, 32, 251–257.
47. Fisk, N. (1974b). Gender dysphoria syndrome (the how, what, and why of a disease). *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford, CA: Stanford University Press.
48. Fisk,N.(1974a).Gender dysphoria syndrome: The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen [Editorial comment]. *Western Journal of Medicine*, 120, 386–391.
49. Gagne, P.,Tewksbury, R., & McGaughey, D. (1997). Coming out and crossing over: Identity formation and proclamation in a transgender community. *Gender and Society*, 11, 478–508.
50. Garrels, L., Kockott, G., Michael, N., Preuss, W., Renter, K., Schmidt, G., et al. (2000). Sex ratio of transsexuals in Germany: The development over three decades. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 445– 448.
51. Green, R. (1974). *Sexual identity conflict in children and adults*. New York: Basic Books.
52. Green, R. (1987). *The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
53. Grossman, A. H., & D’Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51, 111-128.
54. Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Maleto- female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents’ responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2, 71-92.
55. Grossman, A. H., & D’Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life threatening behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 527-537.
56. Hamburger, C. (1953). The desire for change of sex as shown by personal letters from 465 men and women. *Acta Endocrinologica*, 14, 361–375.
57. Haraldsen, I. R., Opjordsmoen, S., Egeland, T.,&Finset, A. (2003). Sexsensitive cognitive performance in untreated patients with early onset gender identity disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 906–915

58. Herman-Jeglin´ska, A., Grabowska, A., & Dulko, S. (2002). Masculinity, femininity, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 527–534.
59. Hernández D & Martínez R. (2008). La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. *Salud Mental*, 3, 253-260.
60. Hernandez, R. (1997). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
61. Hirschfeld M. (1923). Die intersexuelle Konstitution [The intersexual state]. *Jahrb sex Zwischenstufen*, 23, 3–27.
62. Hirschfeld, M.(1948). *Sexual anomalies: The origin, nature, and treatment of sexual disorders*. New York: Emerson Books.
63. Hirschfeld, M.(1991). *Transvestites: The erotic drive to cross-dress* (M. A. Lombardi-Nash, Trans.). Buffalo, NY: Prometheus Books. (Original work published 1910).
64. Illich, Iván. (1990). *El género vernáculo*. México, D. F: Joaquín Mortiz-Planeta.
65. Johansson, A., Sundbom, E., Hojjerback, T., & Bodlund, O. (2009). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*. DOI 10.1007/s10508-009-9551-1.
66. Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: Saunders.
67. Krafft-Ebing, R. (1965). *Psychopathia sexualis* (F. S. Klaf, Trans.). New York: Stein and Day. (Original work published 1903).
68. Kruijver FPM; Zhou JN; Pool CW et al. (2000). Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 2034–2041.
69. Kvale, S.(1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
70. Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1996). Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 221–223.
71. Lande´n, M., Walinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B. (1998). Factor predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 284–289.
72. Langstrom, N., & Zucker, K. J. (2005). Transvestic fetishism in the general population: Prevalence and correlates. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 87–95.
73. Laqueur, Thomas W. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer.

74. Lawrence, A. A., Latty, E. M., Chivers, M., & Bailey, J. M. (2005). Measurement of sexual arousal in postoperative male-to-female transsexuals using vaginal photoplethysmography. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 135–145.
75. Lev, A. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
76. Levine, S. B., & Lothstein, L. (1981). Transsexualism or the gender dysphoria syndromes. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 7, 85–113
77. Lewins, F. (1995). *Transsexualism in society: A sociology of male-to-female transsexuals*. South Melbourne, Australia: MacMillan Education Australia.
78. Lindley, L. L., Nicholson, T. J., Kerby, M. B., & Lu, N. (2003). HIV/STI-associated risk behaviors among self-identified lesbian, gay, bisexual and transgender college students in the United States. *AIDS Education and Prevention*, 15, 413-429.
79. Lopes AM; Ross N; Close J et al. (2006). Inactivation status of PCDH11X: sexual dimorphisms in gene expression levels in brain. *Human Genetics*, 119, 267–275.
80. López Moreno. (2011). Comparación de variables sociodemográficas y psicopatológicas entre hombres y mujeres con trastorno de identidad de género. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011 www.interpsiquis.com - Febrero-Marzo 2011 Psiquiatría.com
81. Lukianowicz, N. (1959). Survey of various aspects of transvestism in the light of our present knowledge. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 128, 36–64.
82. Lundström, B., Pauly, I., & Wañlinder, J. (1984). Outcomes of sex reassignment surgery. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 289–294.
83. Mallon, G. P., & DeCrescenzo, T. (2006). Transgender children and youth: A child welfare practice perspective. *Child Welfare League of America*, 85, 215-241.
84. Martin CL, Ruble DN & Szkrybalo J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin*, 128, 903–933.
85. Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología*, 9 (1), 123-146.
86. Martínez, Moisés. (2005). Mi cuerpo no es mío. Transexualidad masculina y presiones sociales de sexo. El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer. Traficantes de sueños. Madrid: en Grupo de Trabajo Queer.
87. Meyer, J. K. (1974). Clinical variants among applicants for sex reassignment. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 527–558.
88. Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

89. Miano, M. (1993). Viaje a través de la identidad de los zapotecos del Istmo de Tehuantepec, México. Tesis de Maestría en Antropología Social ENAH.
90. Migeon, C., & Wisniewski, A. B. (1998). Sexual differentiation: From genes to gender. *Hormone Research*, 50, 245–251.
91. Money J & Erhardt AA. (1972). Man and Woman, Boy and Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
92. Money J. (1975). Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 65–71.
93. Money J.(1986). Love maps: Clinical concepts of sexual / erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity. New York: Irvington.
94. Money, J., & Gaskin, R. J. (1970–1971). Sex reassignment. *International Journal of Psychiatry*, 9, 249–269.
95. Moser, C., Kleinplatz, P. J., Zuccarini, D., & Reiner, W. G. (2004). Situating unusual child and adolescent sexual behavior in context. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 569-589.
96. Nieto, J. A. (2003). Antropología de la sexualidad y diversidad cultural. Madrid: Talasa.
97. Nordenstroöm A; Servin A; Bohlin G et al. (2002). Sex-typed toy play behavior correlates with the degree of prenatal androgen exposure assessed by CYP21 genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87, 5119–5124.
98. Okabe N; Sato T; Matsumoto Y; Ido Y; Terada S & Kuroda S. (2008). Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *Psychiatry Res*, 157, 315–8.
99. P. Dewing; T. Shi; S. Horvath & E. Vilain. (2003). Sexually dimorphic gene expression in mouse brain precedes gonadal differentiation, *Brain Res. Mol. Brain Res*, 118, 82–90.
100. Person, E., & Ovesey, L. (1974a). The transsexual syndrome in males. I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 4–20.
101. Person, E., & Ovesey, L. (1974b). The transsexual syndrome in males. II. Secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 174–193.
102. Piper, J., & Mannino, M. (2008). Identity formation for transsexuals in transition: A narrative family therapy model. *Journal of GLBT Family Studies*, 4, 75-93.
103. Ponton, L. E., & Judice, S. (2004). Typical adolescent sexual development. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 497-511.

104. Puig D, Halperin I. (2006). Papel del endocrinólogo en el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad. *C. Med. Psicosom*, 78. 26-29
105. Quigley CA. (2002). The postnatal gonadotropin and sex steroid surge—insights from the androgen insensitivity syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 87, 24–28.
106. Randell, J. B. (1959). Transvestitism and trans-sexualism: A study of 50 cases. *British Medical Journal*, 2, 1448–1452.
107. Rieger, G., Linsenmeier, J. A., Gygax, L., & Bailey, J. M. (2008). Sexual orientation and childhood gender nonconformity: Evidence from home videos. *Developmental Psychology*, 44, 46-58.
108. Rodríguez-Salvador; Portero; Martínez; Rodríguez-Camero; Rodríguez-Díaz; Ferre. (2008). *Qualitative Vs Quantitative Research Debate and the Impact on Evidence-based Nursing Practice*. *Revista Electrónica Internacional de Cuidados*, 8, 17-24.
109. Ruble DN, Martin CL & Berenbaum S A. (2006). Gender development. Social, emotional, and personality development. *Handbook of child psychology*. NewYork: Wiley.
110. Ryan, C., & Rivers, I. (2003). Lesbian, gay, bisexual and transgender youth: Victimization and its correlates in the USA and UK. *Culture, Health and Sexuality*, 5, 103-119.
111. Salin-pascual R. (2007). La comprensión transexual de la relación entre el cuerpo y la mente. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 8(6), 575-585.
112. Sandoval R. (2008). Un lugar en el mundo. Condiciones de vida de personas transexuales y transgénero en la Ciudad de México. *Revista trabajo social*, 18, 112-125.
113. Savin-Williams, K. M., & Cohen, R. C. (2004). Homoerotic development during childhood and adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 529- 549.
114. Seil, D. (1996). Transsexuals: The boundary of sexual identity and gender. In R. P. *Textbook of homosexuality and mental health*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
115. Smith, B. (1983). *The Combahee River Collective Statement*. Nueva York. Kitchen Table/Women of Color Press.
116. Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow- up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 472–481.
117. Stieglitz, K.A. (2004). Transgender youths' exploration of health care needs. Paper presented at the Conference Program of the 17th Annual Association of Nurses in AIDS Care (Conference, 100), New Orleans, LA.

118. Stoller, R. J. (1967). "It's only a phase": Femininity in boys. *Journal of the American Medical Association*, 201, 314–315.
119. Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: On the development of masculinity and femininity*. New York: Science House.
120. Stoller, R. J. (1979). Disorders of masculinity and femininity. *Basic handbook of child of psychiatry*, Vol. 2. Disturbances in development (pp.539–546).NewYork:BasicBooks.
121. Stoller, R. J. (1980). Gender identity disorders. *Comprehensive textbook of psychiatry* (3rd ed., pp. 1695–1705). Baltimore: Williams &Wilkins.
122. Stones. (1991). *The empire stryrikes back: a posttranssexual manifiesto*. Body Guards.
123. Streitmatter, J. L. (1985). Cross-sectional investigations of adolescent perception of gender roles. *Journal of Adolescence*, 8, 183–193.
124. Swaab DF. (2004). The Human Hypothalamus. Basic and Clinical Aspects. Part II: Neuropathology of the Hypothalamus and Adjacent Brain Structures. In Aminoff MJ, Boller F & Swaab DF (eds.). *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier.
125. Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 501–504.
126. Van Kesteren PJ; Gooren LJ; & Megens JA. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Arch. Sex. Behav*; 25, 589–600.
127. Vargas Huicochea, I. (2009). *Percepción de la enfermedad, prácticas de atención a la salud y contexto familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
128. Wa°linder, J. (1967). *Transsexualism: A study of forty-three cases, Sweden*: Scandinavian University Books.
129. Wallien, M. S. C., Cohen-Kettenis, P. T., Owen-Anderson, A., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2007). *Cross-national replication of the gender identity interview for children*. Manuscript submitted for publication.
130. Weitze C, Osburg S. (1996). Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of German transsexuals' act during its first ten years. *Arch. Sex. Behav*, 25, 409–25.
131. Wilson, P., Sharp, C., & Carr, S. (1999). The prevalence of gender dysphoria in Scotland: A primary care study. *British Journal of General*.
132. Witten, T. M. (2002).Transgender aging: An emerging population, an emerging need. *European Journal of Medical Sexology*.

133. World Health Organization, International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Geneva, Switzerland World Health Organization 1992.
134. Yates, A. (2004). Biologic perspective on early erotic development. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 479-496.
135. Younger, J. L., Carver, P., & Perry, D. G. (2004). Does gender identity influence children's psychological well-being? *Developmental Psychology*, 40, 572-582.
136. Zhou, J. N; Hofman, M.A; Gooren, L.J & Swaab, D.F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378 68–70.
137. Zucker, K. J. (2000). Gender identity disorder. *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Press.
138. Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press.

I. ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA

NOMBRE:

EDAD:

1. *¿Te sientes una mujer atrapada en un cuerpo de hombre?*
(a) Si (b) No
2. *Me identifico más con las actividades de las mujeres:*
a) Si (b) No
3. *¿A qué edad te percataste de que había algo diferente en ti?*
4. *Durante la niñez me molestaban las referencias a mi falta de masculinidad:*
(a) Si (b) No
5. *De niña me gustaban más los juguetes de mis hermanas o amigas:*
(a) Si (b) No
6. *De niño pensaba que todas las mujeres de niñas habían nacido con pene y que luego se les había caído:*
(a) Si (b) No
7. *Me confunden con niña o mujer, sin estar vestida o maquillada:*
(a) Si (b) No
8. *Me siento yo-misma vestida de mujer y cuando estoy de chico me siento disfrazada.*
(a) Si (b) No
9. *¿Te molesta tu pene?*
(a) Si (b) No

ANEXO 2

DESCRIPCIÓN DE GRUPOS EN POBLACIÓN TRANSEXUAL EN BASE A LA EDAD DE INICIO

TEMAS

1. IDENTIFICACION.

1.1. **OBJETIVO.** Conocer si la entrevistada se identifica y reconoce como Transexual.

- ❖ ¿Por qué te identificas como Transexual?
- ❖ ¿Por qué sabes que eres Transexual?

2. PROCESO

2.1. **OBJETIVO.** Conocer y analizar cómo se fue desarrollando la Transexualidad en la entrevistada, a través de su ciclo vital.

- ❖ ¿Cómo fue tu proceso durante la niñez, adolescencia y ahora como es tu adultez?
- ❖ ¿Qué sentiste en cada una de esas etapas?

3. ACCIONES

3.1. **OBJETIVO.** Analizar las acciones que llevo a cabo la entrevistada con respecto a su transexualidad.

- ❖ ¿Cómo resolviste tu inquietud? (Personas, lugares, WEB).
- ❖ ¿Te sirvió?
- ❖ ¿Con cuál te sentiste más apoyada?
- ❖ ¿Cuál fue el que te brindo mejor manejo?

4. CIERRE

4.1. **OBJETIVO** Analizar el concepto que la entrevistada tiene de Transexualidad.

- ❖ ¿Dime que es la Transexualidad?
- ❖ ¿Desde cuándo eres quien eres?

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto principal: Efecto de la terapia hormonal de reasignación en transexuales sobre arquitectura del sueño, memoria verbal, lenguaje y orientación viso-espacial.

Título de sub proyecto: Descripción de grupos de población Transexual en base a la edad de inicio.

Investigador principal de sub-proyecto: Dra. Pamela Espinosa Méndez.

Sede donde se realizará el estudio: Clínica de Transexualidad DIVERGEN. (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM) y Hospital General de México.

Nombre del paciente: _____

Este estudio busca conocer la edad de inicio de la Transexualidad, cómo se perciben y viven a través de esta; de ahí que todo aquello que usted nos pueda compartir nos resulta de gran utilidad para entenderla mejor. La información que recabemos eventualmente podrá servir para beneficio de ustedes como grupo, pues permitirá proponer mejores estrategias de atención, que vayan más acorde con sus necesidades reales. Por ello es muy importante poder escuchar qué ha significado y significa para usted la Transexualidad.

Su participación consistiría en responder una encuesta que incluye un primer apartado en donde usted pondrá su nombre y edad. Posteriormente responderá la encuesta, la cual aborda temas acerca de la edad de inicio de su transexualidad, como se produjo la identificación con el género femenino durante su niñez y la sensación percibida con respecto a sus órganos sexuales y caracteres sexuales secundarios. Las respuestas que usted emita son dicotómicas (“sí” o “no”). Esta encuesta no tiene ningún costo para usted y se realizaría en el lugar y horario que le sean más cómodos.

En el momento que usted lo necesite podrá retirar su participación del estudio, sin que esto afecte la calidad de atención que usted recibe en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental (UNAM).

Le agradezco su interés en participar con nosotros y le reitero la utilidad de la información otorgada. Sólo restaría preguntarle si es que tiene alguna duda o pregunta hasta el momento.

En caso de que acepte colaborar en este estudio, le pediría que dé su autorización firmando este documento.

He recibido una explicación completa por parte de la Dra. Pamela Espinosa Méndez, (responsable del proyecto) acerca de su naturaleza y propósito; he podido preguntar mis dudas sobre todos los aspectos del estudio; y en caso de ser necesario, podré contactar a la Dra. Pamela Espinosa Méndez en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, al teléfono 56232108 Luego de haber sido informado (a) acepto colaborar:

Fecha: _____

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma del investigador principal: _____

Nombre y firma del testigo: _____

Nombre y firma del testigo: _____

ANEXO 4

DESCRIPCIÓN DE GRUPOS EN POBLACIÓN TRANSEXUAL EN BASE A LA EDAD DE INICIO.

Carta de consentimiento informado

Este estudio busca conocer la edad de inicio de la Transexualidad, cómo se perciben y viven a través de esta; de ahí que todo aquello que usted nos pueda compartir nos resulta de gran utilidad para entenderla mejor. La información que recabemos eventualmente podrá servir para beneficio de ustedes como grupo, pues permitirá proponer mejores estrategias de atención, que vayan más acorde con sus necesidades reales. Por ello es muy importante poder escuchar qué ha significado y significa para usted la Transexualidad.

Su participación consistiría en permitirme tener con usted una entrevista con duración de 1 hora aproximadamente. Esta entrevista no tiene ningún costo para usted y se realizaría en el lugar y horario que le sean más cómodos.

Le solicitaría también su autorización para audio-grabar la entrevista, pues al usar una grabadora puedo concentrar toda mi atención en su relato. Si usted gusta, una vez que transcriba la información, le puedo facilitar una copia.

Es importante mencionarle que toda la información que usted me proporcione es confidencial, es decir, no se podrá identificar a la persona que comparte los datos. La información se analizará en conjunto con todas las entrevistas. Si usted lo prefiere puede usar un pseudónimo

Si en algún momento quiere interrumpir la entrevista porque le surjan dudas, porque no quiera contestar a determinada pregunta, o porque sienta alguna molestia en relación a un tema que estemos tratando, le pido que se sienta en la confianza de hacérmelo saber para poder apoyarle en lo que requiera.

En el momento que usted lo necesite podrá retirar su participación del estudio, sin que esto afecte la calidad de atención que usted recibe en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental (UNAM).

Le agradezco su interés en participar con nosotros y le reitero la utilidad de la información otorgada. Sólo restaría preguntarle si es que tiene alguna duda o pregunta hasta el momento.

En caso de que acepte colaborar en este estudio, le pediría que dé su autorización firmando este documento.

He recibido una explicación completa por parte de la Dra. Pamela Espinosa Méndez, (responsable del proyecto) acerca de su naturaleza y propósito; he podido preguntar mis dudas sobre todos los aspectos del estudio; y en caso de ser necesario, podré contactar a la Dra. Pamela Espinosa Méndez en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, al teléfono 56232108 Luego de haber sido informado (a) acepto colaborar:

Fecha: _____

Nombre y firma del participante: _____

Nombre y firma del investigador principal: _____

Nombre y firma del testigo: _____

Nombre y firma del testigo: _____