



INSTITUTO UNIVERSITARIO SOR JUANA
ESCUELA DE PSICOLOGIA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Clave de incorporación UNAM 8951-25

PROCESO DE TRANSICIÓN EN HOMBRES
TRANSGÉNERO; UNA REVISIÓN TEÓRICA
DESDE LA PSICOLOGÍA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

DANIEL ALEJANDRO HERNÁNDEZ CORTEZ

DIRECTORA DE TESIS: IRMA MAGNOLIA
RAMÍREZ GONZÁLEZ

TEHUACÁN, PUEBLA (2022)



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.

Dedicatorias

Agradecimientos

INDICE

Indice	4
Indice de tablas.....	6
Resumen.....	7
Introducción	11
Justificación.....	14
Planteamiento del problema.....	16
Capítulo 1. METODOLOGÍA	18
1.1 Objetivos.....	18
1.1.1 Objetivo general.....	18
1.1.2 Objetivos específicos	18
1.2 Tipo de estudio	18
1.3 Diseño de investigación	18
1.4 Técnica de investigación.....	19
1.5 Método de análisis de datos	20
Capítulo 2. PERSONAS TRANSGÉNERO	21
2.1 Conceptualizaciones de sexo.....	21
2.2 Conceptualizaciones de género.	25
2.2.1 Estereotipo de género.	28
2.2.2 Rol de género.....	30
2.2.3 Género en México.	32
2.3 Identidad de género.	35
2.3.1 Identidad.	35
2.3.2 Identidad de género.	35
2.3.3 Determinantes de la identidad de género.	37
2.3.4 Tipos de identidad de género.	41
2.4 Orientación de género.	48
2.4.1 Determinantes de la orientación sexual.	49
2.4.2 Tipos de orientaciones sexuales.....	56
2.5 Discriminación.	57
2.5.1 Discriminación social y laboral hacia la comunidad LGBT.....	58
2.5.2 Rechazo o aceptación familiar.	60
2.5.3 Discriminación hacia personas transgénero en México.	62
2.5.4 Reconocimiento de los derechos de las personas transgénero.	64
2.6 Redes de apoyo.	66
2.6.1 Redes de apoyo para personas transgénero.....	69
Capítulo 3. PROCESO DE TRANSICIÓN.....	71
3.1 Disforia de género.....	71
3.1.1 Criterios diagnósticos.	71
3.1.2 Características diagnósticas.....	75
3.1.3 Características asociadas que apoyan el diagnóstico.	77

3.1.4 Prevalencia.....	78
3.1.5 Desarrollo y curso.	79
3.1.6 Factores de riesgo y pronóstico.	82
3.1.7 Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura.	84
3.1.8 Marcadores diagnósticos.....	85
3.1.9 Consecuencias funcionales de la disforia de género.....	85
3.1.10 Diagnóstico diferencial.....	86
3.1.11 Comorbilidad.....	87
3.2 Proceso de transición en personas transgénero.....	89
3.3 Terapia de reemplazo hormonal.	93
3.3.1 Efectos de la terapia de reemplazo hormonal.	97
3.3.2 Riesgos de la terapia de reemplazo hormonal.	100
3.3.3 Aspectos reproductivos.	101
3.3.4 Automedicación y sus riesgos.....	102
3.4 Cirugías.	103
3.4.1 Tipos de cirugías para hombres transgénero y sus riesgos.....	105
3.4.2 Expectativas versus la realidad de las cirugías.....	109
3.5 Cambios en nombre y género legalmente.	111
Capítulo 4. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA TRANSICIÓN	116
4.1 Teoría del desarrollo.	116
4.2 Esquema corporal e imagen corporal.	122
4.3 Conflicto de identidad.	126
4.3.1 Conflicto durante el proceso de transición.	132
4.4 Proceso de duelo.	134
4.4.1 Proceso de duelo en la transición.	138
4.5 Manejo del proceso y su acompañamiento psicológico.....	140
4.5.1 Terapia Afirmativa.	143
4.5.2 Terapias de conversión.	146
4.5.3 Enfoques psicoterapéuticos aptos para trabajar con personas transgénero.....	148
4.6 Vida después de la transición.	154
Conclusiones, limitantes y sugerencias	157
Referencias.....	161
Anexo 1 (elegir título 1)	191

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Efectos y tiempo esperado de las hormonas masculinizantes.	97
Tabla 2 Efectos y tiempo esperado de las hormonas feminizantes.	98
Tabla 3 Riesgos asociados a la terapia hormonal.	100

RESUMEN

El presente proyecto de investigación, tuvo como objetivo la revisión de diferentes trabajos e investigaciones sobre el proceso de transición de género de los hombres transgénero, para poder comprender las diversas intervenciones médicas y quirúrgicas a las que se someten, a las dificultades a las que se enfrentan durante dicho proceso, de salud, laborales y sociales; de igual manera se busca la comprensión del impacto que genera el realizar el proceso de transición en los hombres transgénero y en sus familiares.

La aproximación teórica se divide en tres capítulos: 1. El concepto de sexo, género, estereotipo de género, rol de género, identidad de género y orientación sexual. 2. Puntualizaciones acerca del proceso de transición de los hombres transgénero. 3. El impacto psicológico que el proceso de transición de género provoca en los hombres transgénero, así como su manejo y el tipo de acompañamiento psicoterapéutico al que pueden someterse.

Palabras clave: Identidad, género, identidad de género, transgénero, transexual, transición de género, discriminación socio-laboral.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se desarrolló con el propósito de poder comprender el proceso de transición al que se someten muchas personas transgénero. La denominación “persona transgénero”, según el DSM-V (2014) se refiere al “amplio espectro de sujetos que de forma transitoria o permanente se identifica con un género diferente de su género natal” (p.451). Es decir, algunas personas cuando nacen no se identifican con el género al que fueron asignados al momento de su nacimiento, manifestando inconformidad y que, puede provocarles malestar significativo o un deterioro en diversos ámbitos como familiares, sociales, escolares o laborales, además de sus implicaciones psicológicas.

En los últimos años a pesar de que se ha presentado un importante incremento en la difusión respecto a las personas transgénero y se han implementado leyes que favorecen su calidad de vida, aún hay un gran camino por recorrer debido a la gran discriminación a la que se deben enfrentar no solo la población transgénero sino todo el colectivo LGBT+ en nuestro país y en diversas partes del mundo. Además, de la falta de protección hacia ellos y el reconocimiento de sus derechos fundamentales.

En ese sentido, el objetivo del presente trabajo es la recopilación de información teórica respecto al proceso de transición en aspectos médicos, sociales y legales en hombres transgénero. Para ello, el trabajo de tesis se estructuró en cuatro capítulos.

En el primer capítulo, denominado “Metodología” se establece el proceso metodológico, en el cual se plantean los objetivos tanto general como específicos, además, se describe el tipo de estudio, diseño de investigación, técnica de investigación y, por último, el método de análisis de datos.

En el segundo capítulo, denominado “Personas transgénero” se hace un recorrido teórico sobre definiciones necesarias para poder entender las implicaciones sobre la identidad de género y sus determinantes, como lo son

las conceptualizaciones de sexo, género, la orientación sexual y su diferencia con identidad de género y la discriminación a la que se enfrentan las personas transgénero y las redes de apoyo con las que pueden contar y sus beneficios.

En el tercer capítulo denominado “Proceso de transición”, se hace un recorrido teórico sobre la disforia de género junto con sus criterios diagnósticos, características diagnósticas, características asociadas que apoyan dicho diagnóstico; también se presentan la prevalencia, desarrollo y curso de la disforia de género, factores de riesgo y pronóstico, marcadores diagnósticos, el diagnóstico diferencial, así como aquellos aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, la comorbilidad y las consecuencias funcionales de la disforia de género. Además, se explica el proceso de transición de las personas transgénero, incluyendo la posibilidad de someterse a una terapia de reemplazo hormonal, sus efectos, riesgos y las consecuencias de la autohormización; también se presenta la posibilidad de someterse a una intervención quirúrgica, sus tipos, riesgos y expectativas. En este capítulo, además, se explican la posibilidad de realizar un cambio legal en el nombre y género junto con sus restricciones y obstáculos.

En el cuarto capítulo denominado “Impacto psicológico de la transición”, se presentan conceptualizaciones necesarias para poder entender las implicaciones psicológicas que conlleva realizar el proceso de transición en las personas transgénero, como es la teoría de desarrollo, esquema corporal e imagen corporal, así como el conflicto de identidad al que se enfrentan y el proceso de duelo tanto de la persona transgénero como en su círculo familiar y social. También se explica el manejo del proceso de transición y los posibles enfoques psicoterapéuticos con los que se podría trabajar con una persona transgénero, así como el surgimiento de la terapia de afirmación, pero también se explica la existencia de las terapias de conversión a las que se pueden ver sometidas a pesar de su prohibición en diferentes países. Por último, se explican las expectativas de vida después

de llevar a cabo el proceso de transición y las posibles consecuencias y necesidades que puede presentar esta población.

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, la estimación es que aproximadamente el dos por ciento de las personas se identifican como transgénero o de género fluido. Esto incluye a las personas que no son binarias. Sin embargo, las personas transgénero todavía enfrentan una cantidad significativa de discriminación en el mundo. Por lo tanto, es muy difícil estimar el número total de personas transgénero. A medida que las personas continúan cambiando sus actitudes hacia las personas transgénero, se espera que este número aumente. Todavía es un área activa de investigación, y es algo que se está explorando (World population review, 2022, sp.).

En nuestro país, de acuerdo a la “Encuesta nacional sobre diversidad sexual y de género” (ENDISEG) llevada a cabo en 2021, el total de la población de 15 años y más de edad se estima en 97.2 millones de personas. De estas, 5.0 millones se identifican como LGBTI+, lo que equivale al 5.1 % de la población. De las personas encuestadas, 908.6 mil se identifican con identidad de género diferente, lo que representa el 0.9% de la población, de las cuales el 34.8 % se identifica como transgénero o transexual y el 65.2% se identifica con otro tipo de identidad de género como no binario, género fluido, agénero, entre otros (sp.).

Además, de las 908.6 mil personas que se identifican con una identidad de género diferente a la asignada al nacer, el 83.5% reporta contar con la aceptación o respaldo de parte de sus padres, mientras que el 22.2% informa que uno o ambos padres se molestaron, le agredieron u ofendieron, le dejaron de hablar o los corrieron de sus casas. Por otro lado, el 13.9% reportó que fueron obligados a asistir con un psicólogo, un médico, autoridad religiosa o alguien más con el fin de corregirle (INEGI, 2021, sp.).

Con respecto al ambiente laboral, del 2020 al 2021, el 28.1% de la población LGBTI+ responde haber sufrido al menos algún tipo de trato desigual respecto a los beneficios, prestaciones laborales o ascensos,

además recibieron comentarios ofensivos o burlas, entre otros (INEGI, 2021, sp.).

Sin embargo, los datos obtenidos, no pueden ser considerarse exactos debido a que gran parte de la población transgénero en México, no expresa su verdadera orientación sexual o identidad de género por diversos motivos, como el temor a sufrir algún tipo de violencia o acoso, por el temor al rechazo y discriminación tanto familiar, social o laboral. Otro aspecto a considerar es que no todas las personas se autoreconocen como transgénero por no conocer sobre el tema, debido al aún poco acceso a la información, así como a las inconsistencias en la información respecto a esta población que muchas veces provocan el rechazo y discriminación por parte de los demás; de igual manera, muchas personas no tienen acceso a las encuestas realizadas o presentan una negativa a responder los cuestionarios.

Por tal motivo, se vuelve necesario, realizar este trabajo de investigación, para poder comprender a la población transgénero y transexual, por lo cual se considera indispensable conocer las características que las distinguen de los demás y para ello, se deben indagar las principales conceptualizaciones, términos y procesos presentes en esta población.

Además, en el presente trabajo se busca recolectar información relevante para poder conocer el impacto del rechazo familiar, social y laboral que pueden vivir las personas transgénero, así como las diferencias en cuanto a su estado psicológico y emocional. Por último, se considera que, mediante la divulgación de información sobre ellos, se favorece la inclusión y el trato igualitario por parte del resto de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas con disforia de género se encuentran en un continuo conflicto entre la mente y el cuerpo, lo que puede provocar una insatisfacción corporal (Rabito, 2015, sp.).

Las personas transgénero pueden experimentar dicho conflicto de identidad de muchas maneras. Mientras que algunas personas transgénero aceptan su identidad de género, otros luchan contra ella por vergüenza, confusión o temor (Asociación de Psicología Americana, 2006, sp.).

Por persona transgénero nos referimos a alguien que se identifica con el género diferente con el cual le fue asignado al nacer, mientras que por persona transexual entendemos a alguien que busca o que ha llevado a cabo una transición social de hombre a mujer o viceversa (DSM-V, 2014, p.451).

La decisión de modificar el cuerpo puede tener repercusiones en todos los ámbitos de la vida. A nivel social las presiones de una moral excluyente presentan para las personas transgénero un panorama desolador lleno de insultos, humillaciones y agresiones verbales y físicas que llegan a poner en riesgo su vida, sin descartar la reprimenda de los duros juicios y críticas por esta condición (Ramírez, 2018, sp.).

Con respecto a la terapia hormonal, se busca permitir la concordancia entre el sexo biológico y la identidad de género del paciente, ayudando a disminuir el malestar que presentan. La terapia de reemplazo hormonal busca atenuar las características sexuales secundarias del sexo biológico logrando disminuir el malestar que experimentan las personas transgénero y lograr así una mejora en el bienestar mental (Osorio, 2018, pp.32-33).

Por otro lado, muchas de ellas pueden también requerir la práctica de una intervención quirúrgica, con el objetivo de obtener la apariencia física que corresponde al sexo con el cual se identifican. Sin embargo, se debe mencionar que no todas las personas transexuales pueden sentir la necesidad de sometimiento a intervenciones quirúrgicas (Diestra, 2015, sp.).

Sin embargo, muchas personas recurren a la automedicación hormonal, por la falta de acceso a servicios médicos, por temor a ser juzgados, por problemas económicos o por no querer esperar a ser aprobados por un especialista para poder someterse al tratamiento y de acuerdo a Cañaverall (2021), muchas personas se aplican dosis superiores a las recomendadas, creyendo erróneamente que de esta manera obtendrán mejores y más rápidos cambios corporales, consiguiendo únicamente aumentar los riesgos en su salud (p.26).

Considerando estos temas se busca recopilar información útil para poder responder a la pregunta: ¿Cómo es el proceso de transición en hombres transgénero?

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo general

Conocer como es el proceso de transición médico, social y legal en hombres transgénero.

1.1.2 Objetivos específicos

1. Buscar información relevante respecto al proceso de transición en hombres transgénero como aspectos biológicos, legales y psicológicos.
2. Recopilar información útil respecto al proceso de transición médico, social y legal en hombres transgénero.

1.2 Tipo de estudio

La presente investigación es un documental de tipo descriptivo, ya que de acuerdo con Sampieri (2018) con los estudios descriptivos se busca:

“Especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, miden o recolectan datos y reportan información sobre diversos conceptos, variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o problema a investigar. En un estudio descriptivo el investigador selecciona una serie de cuestiones (que, recordemos, denominamos variables) y después recaba información sobre cada una de ellas, para así representar lo que se investiga (describirlo o caracterizarlo).” (p.108).

1.3 Diseño de investigación

El diseño de la investigación posee un enfoque cualitativo, ya que de acuerdo a Sampieri (2018) este enfoque:

“Se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados al inicio ni completamente predeterminados. Los datos cualitativos consisten fundamentalmente en narrativas de diferentes clases: escritas, verbales, visuales (como fotografías e imágenes), auditivas (sonidos y grabaciones de audio), audiovisuales (por ejemplo, videos), artefactos, etcétera”. (p.9).

Además, agrega:

“Proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas” (p.20).

1.4 Técnica de investigación

Las técnicas que un investigador cualitativo puede utilizar para recabar información, pueden ser la revisión de documentos, observación no completamente estructurada, entrevistas en profundidad, grupos de enfoque, registro de historias de vida y evaluación de experiencias individuales y compartidas (Sampieri, 2018, p.9).

En este trabajo el tipo de técnica que se utiliza es una investigación documental, ya que de acuerdo a Ramírez (2012):

“Las técnicas de investigación documental se sirven de datos extraídos a partir del análisis, revisión e interpretación de documentos que aportan información relevante para la comprensión del fenómeno. Para ello se utilizan documentos de cualquier especie tales como fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas; la primera se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos, y la tercera en documentos que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares, expedientes. También abarca la revisión de documentos gráficos y sonoros” (p.100).

1.5 Método de análisis de datos

El método de análisis de datos utilizado en esta investigación es la fenomenología hermenéutica, la cual dice Sampieri (2018):

“Se concentra en la interpretación de la experiencia humana y los textos de la vida. No sigue reglas específicas, pero considera que es producto de la interacción dinámica entre las siguientes actividades de indagación: a) concebir un fenómeno o problema de investigación (una preocupación constante para el investigador), b) estudiarlo y reflexionar sobre este, c) descubrir categorías y temas esenciales del fenómeno (lo que constituye la naturaleza de la experiencia), d) describirlo y e) interpretarlo (mediando diferentes significados aportados por los participantes)” (p.549).

CAPÍTULO 2. PERSONAS TRANSGÉNERO

2.1 Conceptualizaciones de sexo.

Con respecto a la palabra “sexo”, la Real Academia Española la define como:

1. m. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.
2. m. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino.
3. m. Órganos sexuales y,
4. m. Actividad sexual (2021, sp).

En términos de constitución orgánica, hombres y mujeres poseen semejanzas irrefutables; por ejemplo, el sistema nervioso, circulatorio o los sentidos. Sin embargo, la diferencia contundente recae en lo denominado como sexo, es decir sólo en algunas características orgánicas específicas que se han considerado como fundamentales y determinantes (Mejía, 2015, p.236).

Así pues, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018, describe que el sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer y dichos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres (p.3).

Por su parte, De Juan en 2007, denomina al sexo como el conjunto de características biológicas de un organismo que permiten diferenciarlo como portador de uno u otro tipo de células reproductoras o gametos (óvulos o espermatozoides), o de ambos (organismos hermafroditas). Además, agrega que los humanos estamos acostumbrados a hablar de dos sexos, masculino (hombre) y femenino (mujer), así como de una serie de características que nos permiten establecer diferencias entre ambos (p.169).

Para Díaz-Hernández (2017), el establecimiento del sexo durante el desarrollo de los mamíferos consiste de tres etapas secuenciales.

- La primera, es el sexo genético o cromosómico que ocurre como consecuencia de la fertilización, el ovocito contribuye con un cromosoma sexual “X”, mientras que el espermatozoide aporta alguno de los dos cromosomas sexuales, “X” o “Y”. Así los embriones pueden ser “XX” o “XY” y desarrollarán un fenotipo femenino o masculino, respectivamente.
- La segunda etapa corresponde a la determinación sexual gonadal en la cual ocurren procesos moleculares que encaminan a la diferenciación de un ovario o un testículo. La presencia del gen Sry en el cromosoma sexual “Y” induce el aumento de expresión del gen Sox9 encargado de iniciar una cascada de expresión génica, que dirige a la diferenciación testicular. La ausencia del gen Sry en las mujeres desencadena la vía de expresión que lleva a la formación del ovario. Es así como la presencia o ausencia del cromosoma Y durante el establecimiento del sexo cromosómico condiciona al desarrollo testicular u ovárico en la vida fetal.
- En la tercera etapa se lleva a cabo la diferenciación sexual somática; se refiere a la diferenciación del tracto y los genitales externos. Los fetos que desarrollan testículos, producen dos hormonas que masculinizan el tracto y los genitales externos. Mientras que en los fetos que forman ovarios, la ausencia de hormonas testiculares permite la diferenciación femenina del tracto reproductor y los genitales externos.

Aunque el establecimiento del sexo se inicia en una etapa temprana del desarrollo, los procesos continúan aún después del nacimiento con el establecimiento del eje hipotálamo-hipófisis-gónada que controla los caracteres sexuales secundarios y el comportamiento sexual y la capacidad reproductiva en los humanos. Los caracteres secundarios se establecen en la pubertad, en el sexo masculino podemos encontrar, el aumento de vello facial, el incremento de masa muscular, ensanchamiento de tórax y

hombros, tono de voz grave. Mientras que en el sexo femenino es la aparición de la menarca, la telarca y la disposición de grasa corporal en caderas y muslos (p.28).

Para Mejía (2015), quien cita a Oakley (1997), indica que:

- La primera diferencia sexual se encuentra en la configuración cromosomática. Los humanos poseen información genética, conformada por veintitrés pares de cromosomas. Uno de estos pares es el cromosoma sexual cuya denominación puede ser “X” o “Y”. Cuando la determinación es “XY”, indica que el embrión será macho y cuando es “XX” indica que será hembra. De esta manera se determina biológicamente el sexo de un individuo.
- La segunda característica es la anatomía de los genitales externos. Durante el proceso de gestación embrional, en las primeras siete semanas, los genitales externos del feto son idénticos entre un sexo y otro y a partir de la séptima semana comienzan a modificarse. La abertura urogenital del feto y “un tubérculo genital” se alteran siguiendo la información genética. En el caso de la hembra, el conducto deja de crecer y el tubérculo genital se atrofia convirtiéndose en el clítoris y la piel alrededor de la abertura urogenital permanece dividida convirtiéndose en los labios. En el caso de los varones, el tubérculo genital se desarrolla formando el pene. La uretra se extiende pasando justamente por el centro del tubérculo y la piel existente se une formando el escroto.
- El tercer elemento son las hormonas, o sea las secreciones de las glándulas endócrinas. La secreción hormonal en hombres y mujeres es exactamente la misma en cuanto tipo y distribución. La diferencia se encuentra en que los hombres segregan hormonas llamadas testosterona y andrógenos en mayor cantidad que las mujeres. Las mujeres producen en mayor cantidad las hormonas llamadas estrógenos y progesterona. Su función es guiar al cuerpo en su proceso físico de acuerdo a la información de los genes para

permitir el desarrollo de los organismos en los momentos de gestación. Además, determinan otras características físicas posteriores que permiten ubicar la distinción entre varones y hembras (pp.236-238).

En el caso de Marta Lamas en 1994, citando a Sterling (1993) expone que, aparentemente, los seres humanos se distinguen en dos sexos; sin embargo, son más las combinaciones que resultan de cinco áreas fisiológicas, de las cuales depende lo que, en términos generales y muy simples, se ha dado en llamar el "sexo biológico" de una persona: genes, hormonas, gónadas, órganos reproductivos internos y órganos reproductivos externos (genitales). Estas áreas controlan cinco tipos de procesos biológicos en un continuum, cuyos extremos son lo masculino y lo femenino. Por eso, para entender la realidad biológica de la sexualidad es necesario introducir la noción de intersexos (p.10).

Con respecto al sexo asignado, este es usualmente el sexo que un médico asigna a un recién nacido basándose en el aspecto de los genitales u órganos sexuales (Ramírez, 2019, sp). Sin embargo, algunas personas nacen con alguna combinación de características sexuales, como los cromosomas, genitales, órganos reproductivos internos o niveles hormonales, que no se ajustan a las típicas nociones binarias del sexo masculino o femenino, a estas personas se les conoce como "intersexuales". Casi el 2% de la población es intersexual, las características intersexuales no siempre son visibles. No obstante, a menudo las personas intersexuales son sometidas a cirugías y a otras intervenciones médicas innecesarias sin su consentimiento, para hacer que sus cuerpos se ajusten a las casillas binarias. Además, agrega que la intersexualidad no es igual que la identidad de género o que la orientación sexual, una persona intersexual puede tener cualquier orientación sexual o identidad de género (InterACT Youth, sf, sp).

Ahora bien, Pérez (2020) confirma que la intersexualidad es un término que se refiere a las variaciones corporales de las características

sexuales (genitales, gónadas, niveles hormonales, cromosomas) que se originan durante el desarrollo de la diferenciación sexual en la etapa embrionaria. Las características sexuales de las personas intersexuales varían, puede ser inaparente, parecer masculinas y femeninas al mismo tiempo, o no del todo masculinas o femeninas, o ni masculinas ni femeninas. Además, agrega que la intersexualidad puede tener un origen genético, es decir, alteraciones en los cromosomas, aunque recientemente se considera que podrían existir causas de origen ambiental por la exposición de las madres a contaminantes ambientales que imitan a los estrógenos. Estas variaciones también se han presentado en casos de fecundación in vitro debido, al parecer, a la fusión de los embriones implantados (sf).

2.2 Conceptualizaciones de género.

Con relación al término “género”, este surge a partir de los movimientos feministas en los años 70, cuando se produjo la creencia de que la distinción masculino/femenino expresa lo que es fundamentalmente un “hecho de naturaleza biológica” y se comprendió que el término servía solamente para reforzar el sexismo desde un punto de vista conceptual pues suponía que las diferencias entre hombre y mujer son de índole biológica y por lo tanto bajo el concepto de “sexo” descartaba toda posibilidad de cambio y se luchó por un lograr un amplio significado del término “género” (Fraisie, 2003, pp.48-49).

Entonces, se entendió como una nueva perspectiva de estudio, como una categoría de análisis de las relaciones entre los sexos, de las diferencias de los caracteres y roles socio-sexuales de hombres y mujeres y como una crítica de los fundamentos “naturales” de esas diferencias (Osborne & Molina, 2008, sp.).

Sin embargo, no es hasta los años noventa, cuando en México y quizá en América Latina, el proceso de aceptación de la perspectiva de género tiene lugar en el mundo feminista (Marta Lamas, 1999, p.84).

Ahora bien, la utilización, muchas veces de manera indiscriminada, de términos como sexo, género, identidad de género o rol de género, dificultan su comprensión, incluso en trabajos científicos, por eso se plantea la necesidad de realizar aclaraciones conceptuales (Gómez, 2014, p.59).

Por lo tanto, al definir género desde el ámbito psicológico es preciso aclarar que sexo y género no son sinónimos. En las primeras investigaciones el término sexo era el más utilizado y en él se incluían, todos los aspectos del individuo que tenían relación con lo biológico y lo social. Futuras revisiones hicieron que las dos categorías se separasen y entonces, cuando se hablaba de sexo se hacía referencia a aquellos ámbitos del ser humano que incluían un fundamento biológico, es decir, las características referidas a la reproducción y a la sexualidad (Jusúe, 2015, p.45)

Por su parte, el género, que es una palabra derivada del término inglés “gender”, pasó a ser un término que incluía a todos aquellos componentes no fisiológicos del sexo que culturalmente se consideran apropiados para hombres y mujeres (Jusúe, 2015, p.45).

Según Stoller (1968), término “género” tiene más bien una connotación psicológica o cultural que biológica. Si los términos adecuados para el sexo son "hombre" y "mujer", los términos correspondientes al género son "masculino" y "femenino"; estos últimos pueden ser bastante independientes del sexo (biológico). En cambio, para Osborne y Molina (2008), el término se refiere a la acción de asignar un conjunto de características y expectativas, tanto físicas como simbólicas. Dichas características que definirán lo femenino ante lo masculino varían de una sociedad a otra (p.147).

Entonces, se dice que el género es un concepto que abarca significados psicológicos especiales agregados a la feminidad o masculinidad biológicas. Por tanto, si bien el sexo está ligado a varios atributos físicos (cromosomas, pene, vulva y otros), el género se refiere a las características psicológicas y socioculturales asociadas con el sexo, es decir, a la masculinidad o feminidad (Crooks, 2010, p.52).

Por su parte, Ibarra (2008) confirma que el género se construye a partir del sexo, el cual es de determinación natural. Esto lleva a pensar que los factores que contribuyen a la formación de la personalidad dependerán de acuerdo al tiempo o al lugar en el que hemos nacido. La manera en como se ve la masculinidad o feminidad variará de acuerdo a factores sociales como la etnia, edad, nivel educativo, clase social, ingresos, condición rural o urbana y estos afectan la manera en la que una persona se desenvuelve (p.28).

Desde el punto de vista sociocultural, el género se trata de aquellas características y rasgos que se consideran apropiados para los hombres y para las mujeres de acuerdo a una ideología dominante, es decir, son aquellas prescripciones que el medio social impone respecto a la expectativa que recae en el imaginario colectivo acerca del ideal de masculinidad y feminidad. Es lo que se considera socialmente como el “deber ser” respecto a dicha masculinidad y feminidad. Por otro lado, desde el punto de vista personal, comprende todas aquellas categorías que cada individuo utiliza para definir su autoconcepto, que va más allá de una descripción biológica. Es el resultado de las disposiciones culturales respecto a las expectativas de género y el propio proceso de sexuación (Gómez, 2014, p.65).

De acuerdo a Lamas (1986), desde una perspectiva psicológica, el género es una categoría en la que se articulan tres elementos básicos: La asignación de género, la cual se realiza al momento de nacer a partir de la apariencia externa de los genitales. Hay ocasiones en que la apariencia externa difiere de la carga cromosómica. Mientras que el rol de género, es el que se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura respecto al comportamiento femenino o masculino. La identidad de género, la cual se adquiere entre los 2 y los 3 años y es anterior al conocimiento sobre la diferencia anatómica entre los sexos. Los menores estructuran su experiencia vital, el género al que pertenecen es identificado en todas sus manifestaciones, sentimientos, actitudes, y comportamiento (p.188).

2.2.1 Estereotipo de género.

En relación a los estereotipos de género, Aguilar (2013), citando a Fernández (2000) y a Magally (2011), explica que a partir de las aportaciones de la llamada “segunda ola” del movimiento feminista en los años setenta, aparecen los estereotipos, los cuales son considerados como el conjunto de creencias existentes sobre las características que son consideradas apropiadas, las cuales serían la feminidad para las mujeres y la masculinidad para los hombres. Dichos estereotipos, crean a su vez los roles de género, considerados como la forma en la que se comportan y realizan su vida cotidiana los hombres y mujeres, según lo apropiado para cada uno (p.209).

Así pues, se entiende por estereotipo de género a aquellas ideas generalizadas que atribuyen características específicas a hombres y mujeres. Por medio de ellas se imponen pautas de comportamiento que instruyen respecto al actuar, razonar y sentir en una sociedad determinada (Vargas, 2017, p.12). El medio social mediatiza la construcción de la propia identidad en la medida en que la cultura aplica sus referentes acerca de los estereotipos de género (Gómez, 2014, p.30).

Por lo tanto, los estereotipos, nos dice Giménez (2008), que están tan interiorizados en la sociedad que muchas veces la gran mayoría de las personas las adoptan y transmiten de manera automática, sin siquiera notarlo. El nacer niña o niño condiciona en la sociedad conductas, atribuciones y expectativas, las cuales marcarán de manera definitiva el desarrollo de la personalidad y la identidad de la persona (p.257).

Sin embargo, si una persona no encaja, en parte o completamente, en el estereotipo de acuerdo a su sexo asignado, va a soportar fuertes presiones del entorno tratando de que cumpla con el rol esperado (Alonso, 2014, p.36).

Por su parte, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2016) explica que los estereotipos son aquellas preconcepciones que se tienen acerca de los atributos, características o roles asignados a las personas de acuerdo al grupo al que pertenecen, sin tomar

en consideración sus habilidades, necesidades, deseos y circunstancias particulares. Estas preconcepciones son generalmente negativas (p.19).

Ahora bien, los estereotipos se pueden reunir en tres categorías:

- Biológicos. Son los referentes a las características físicas por ser hombre o mujer.
- Sexuales. Relacionadas con el comportamiento, por ejemplo, la doble moral aplicada a una mujer con términos ofensivos y permisivos al varón con la misma conducta.
- Socioculturales. El papel que hombres y mujeres deben representar ante la sociedad. (Vargas, 2017, p.13).

Por ejemplo, tradicionalmente, en la cultura occidental se alienta a los niños a ser fuertes, rápidos, agresivos, dominantes y exitosos. En cambio, de las mujeres tradicionales se espera que sean sensibles, intuitivas, pasivas y emocionales (Coon, 2016, pp.375-376).

Dicho de otra manera, los estereotipos de género, reflejan las creencias sobre las actividades, roles, rasgos, características o atributos que distinguen a los hombres de las mujeres (Delgado, 1998, p.28).

Además, Correa en 2013 citando a Deaux (1984) y Geis (1993) agrega que se puede definir al estereotipo de género como los rasgos personales, características físicas y ocupaciones que distinguen típicamente a las mujeres y a los hombres, de tal manera que se describe a los hombres con atributos como: dominantes, racionales, competitivos, agresivos, etcétera, mientras que se asigna a las mujeres características como sumisas, emocionales, etcétera (p.43).

Entonces, los roles y estereotipos de género se construyen y reproducen de manera colectiva y son reforzados a través de distintas instituciones como pueden ser la familia, la escuela, la iglesia y los medios de comunicación. El apearse a ellos no es necesariamente una decisión consciente que pueda ser aceptada o rechazada de manera individual, pues

los prejuicios son reforzados en los distintos espacios y ambientes sociales en que nos desenvolvemos (Cortés, 2014, p.28).

2.2.2 Rol de género.

El definirse como hombre o como mujer trae consigo una serie de implicaciones; una de las más importantes tiene que ver con las labores que socialmente le corresponden a cada uno de los géneros. Existe una gran cantidad de exigencias socialmente sustentadas en los roles masculinos y femeninos. Dichos roles son aprendidos en la niñez se acentúan en la adolescencia y se refuerzan con el inicio de la vida sexual (Correa, 2013, pp.41-42).

Respecto al rol de género, Vargas en 2017, explica que es la imagen pública que representa a una persona frente a los demás de ser mujer u hombre. Son todos aquellos comportamientos, actitudes, gestos, vestimenta, personalidad, relacionados con el género y varían de acuerdo a la cultura en la que se encuentre. Son aquellas reglas de conducta que la sociedad y la cultura le imponen a un individuo y que además se espera que las cumpla (p.7).

Por su parte, Myers (2005), menciona que los roles de género son el conjunto de comportamientos que son esperados para los hombres y mujeres y dichos roles no están fijados por la evolución, sino que varían de cultura en cultura (p.127).

Además, Delgado (1998), agrega los roles de género son el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos considerados apropiados para las personas. Este, está formado por las normas, principios y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre las conductas y actitudes masculinas o femeninas (p.27).

Ahora bien, Marta Lamas (2002) explica que el rol de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura respecto a cómo debe ser el comportamiento femenino o masculino. Dichas normas y prescripciones varían de acuerdo a la cultura,

la clase social, el grupo étnico e incluso el estrato generacional de las personas (p.36).

Hay que tener en cuenta que el rol de género dependerá de tres tipos de influencias:

- Biológicas. De acuerdo a los cromosomas sexuales y a los genitales femeninos o masculinos.
- Cognitivas. Aprendemos quienes somos con la influencia de las conductas de los padres.
- Ambientales. La influencia es determinada por el entorno sociocultural en el que se desarrolla el individuo. (Vargas, 2017, p.10). Por ejemplo, aunque en nuestra sociedad las mujeres ocupan los trabajos con la misma probabilidad que los hombres, generalmente ellas continúan llevando la carga de las principales responsabilidades de la crianza de los niños y el trabajo del hogar (Rathus, 2005, p.132).

Además, el Instituto Nacional de Mujeres, explica que, los roles de género otorgan mayor importancia a las actividades “de los hombres” y en cambio, ubican a las mujeres en una posición de inferioridad y delimitan sus habilidades y conocimientos al espacio doméstico, a las tareas de la casa, a los cuidados y a la atención de las personas (2017, sp.).

Así pues, Macía (2008) agrega que los roles femeninos son los relacionados con todas las tareas asociadas a la reproducción, crianza, cuidados, sustento emocional y están inscritos, fundamentalmente, en el ámbito doméstico. Por otro lado, los roles masculinos están asociados a las tareas que tienen que ver con lo productivo, el mantenimiento y sustento económico, principalmente desarrollados en el ámbito público (sp.).

Así, los estereotipos de género tradicionales se manifiestan en las actividades que cada uno realiza. En el caso de las mujeres, sufren una “doble jornada”, ya que no solo deben hacerse cargo de su actividad laboral, sino que además deben hacerse cargo de tareas vinculadas con el cuidado

del hogar, como la limpieza, cuidado de la ropa o la preparación de las comidas. Mientras que, en los hombres, su papel en las actividades del hogar es secundario. Esto refleja la necesidad de la búsqueda de la igualdad de las mujeres y los hombres (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2016, sp.).

Sin embargo, hoy en día muchas personas en nuestro país admiten que los roles de las mujeres y los hombres han cambiado respecto de los tiempos pasados, y en muchos de los casos, se asume que ese cambio ha favorecido a unas y restado privilegios a los otros. Sin embargo, a pesar de la apertura y la búsqueda de mayor equidad y democracia en los últimos tiempos, aún es difícil que en la forma como las personas perciben los roles de mujeres y varones, haya flexibilidad para pensar a unas como más racionales, tomadoras de decisiones en la familia y en los espacios públicos, y a los otros como más expresivos emocionalmente hablando, más orientados a la familia y el cuidado de los hijos, involucrados con el cuidado, la crianza y la atención de los hijos (Saldívar, 2015, pp.2125, 2144).

2.2.3 Género en México.

Por lo que se refiere al género en México, la relación asimétrica entre hombres y mujeres en nuestro país, como resultado de la cultura, se ha caracterizado por mantener estereotipos, roles, prejuicios y toda serie de causas que promueven la discriminación y un trato desigual. Sobre las diferencias biológicas se ha construido un esquema sociocultural que repercute en la conducta de las mujeres y que controla sus posibilidades de desarrollo social, promoviendo dificultades para su participación en el sector productivo; pero también en las normas de vida hacia las mujeres (Rodríguez, 2016, p.12).

Ahora bien, ningún país puede aspirar a ser una sociedad plenamente democrática mientras persistan la desigualdad, discriminación y violencia contra las mujeres. En México, lamentablemente, la igualdad de género sigue siendo un tema pendiente que lastima el tejido social, así como

también la dignidad de las mujeres que, además, numéricamente, constituyen más de la mitad del país (Navarro, 2014, p.118). Las mujeres enfrentan a menudo múltiples formas de discriminación y desigualdad que se profundizan por razones de territorio, edad, origen étnico, entre otros y México no es ajeno a esta realidad (De Castro, 2015, p.9).

En cuanto a la creciente participación de las mujeres en la vida social, económica, política y cultural de nuestro país es un hecho que engrandece. Su presencia en el mercado de trabajo en las últimas décadas deja atrás las viejas ideas sobre el papel tradicional de la mujer en la sociedad, como el cuidado del hogar y de los hijos. Sin embargo, la mujer mexicana se enfrenta a una situación de desigualdad en diversos ámbitos de la sociedad. A pesar de los grandes avances que se han registrado, no se puede negar que aún se está muy lejos de alcanzar una verdadera igualdad de género. Incluso, se registran retrocesos en algunos temas de suma importancia como el de la atención a la salud, como en las decisiones en torno a su cuerpo. La inequidad, la falta de oportunidades, la violencia, la ignorancia, la pobreza y las muertes evitables, siguen afectando a las mujeres mexicanas. (Navarro, 2014, p.118).

Actualmente, se puede reconocer incontables situaciones en las que las mujeres no tienen equidad de condiciones y derechos. Dichas desigualdades han sido evidenciadas, principalmente, por los movimientos de mujeres, por investigaciones particulares o estudios de caso, sin embargo, estadísticamente, pocas son las investigaciones que pueden dimensionar las brechas de género a través de índices que muestren las magnitudes en las desigualdades (Zamudio, 2014, p.253).

Por lo que el desafío es eliminar las causas estructurales de la desigualdad, y construir un modelo de desarrollo que esté basado en la igualdad entre mujeres y hombres y en la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres (De Castro, 2015, p.9).

En México, el movimiento sobre la igualdad de género ha logrado que el problema sea puesto en la agenda de las políticas públicas. Al corriente de

lo anterior, el principio fundamental entre hombres y mujeres se integró en 1974 en el artículo 4 de la Constitución mexicana, se implementaron otras leyes y se crearon instituciones con perspectiva de género (Camarena, 2015, p.78).

En el ámbito de la educación, la preocupación por la no discriminación y por la igualdad de oportunidades entre los sexos ha surgido como respuesta a demandas a nivel mundial. Se han producido una serie de circunstancias y condicionamientos sociales, económicos, culturales y políticos que han puesto en evidencia el sexismo en el ámbito educativo y a intentar solucionar esta injusta situación. Se ha fortalecido un nuevo concepto de la educación como un sistema democrático, igualitario y obligatorio, cuyo objetivo es formar a las futuras ciudadanas y ciudadanos. Sin embargo, es necesaria una reflexión sobre la construcción de género que se transmite en los hogares y en las escuelas. La educación debe lograr que hombres y mujeres accedan a un conjunto de saberes, habilidades y valores que les permitan estar en mejores y equitativas condiciones. Se debe ofrecer una educación que posibilite el respeto mutuo entre hombres y mujeres y que rechace cualquier discurso o práctica discriminatoria. (Camarena, 2015, p.80).

Si bien hoy día se están rompiendo las barreras del deber ser o hacer asignadas socialmente a mujeres y hombres, falta mucho por hacer. Desafortunadamente, los estereotipos o roles de género aún siguen restringiendo el desarrollo profesional de los individuos (casi siempre en detrimento de las mujeres), lo que impide avanzar hacia la equidad de género. Aun puede sorprendernos ver a mujeres en oficios que, por tradición, han sido desempeñados por varones, o, viceversa. De aquí la preocupación de que la condición de sexo de los individuos sea motivo para que pierdan oportunidades o participación en los distintos ámbitos que frecuentan. Por lo que se deben buscar alternativas para cambiar los viejos prejuicios y estereotipos sobre los papeles que mujeres y hombres cumplen

como parte de la familia, la escuela, el trabajo y los distintos ámbitos en que participan (Instituto Nacional de Mujeres, 2007, p.15).

2.3 Identidad de género.

2.3.1 Identidad.

Por lo que se refiere a la identidad, se entiende como la construcción propia de un yo personal y social a través de procesos de reconocimiento e identificación de valores. Por lo tanto, la identidad implica la asunción de valores, cultura e ideas. (Colás, 2007, p.153). La construcción de la identidad es un proceso complejo debido a la variedad de interacciones de las personas y el medio ambiente con el individuo a lo largo de su existencia. La interacción entre el niño y su entorno familiar tendrán gran impacto en la identidad de la persona, pero no se debe desprestigiar a las interacciones en la vida adulta (García, 2008, sp.).

Por lo tanto, la identidad, nos dice Rocha (2009), hace referencia a todas aquellas características que nos permiten diferenciarnos de otras personas al mismo tiempo que nos permite reconocernos dentro de un grupo con el que se comparten rasgos o comportamientos. Constituye entonces una construcción personal que nos permite sabernos únicos, pero a la vez, también es una construcción social, ya que recoge los atributos que una sociedad emplea para establecer distintas categorías de personas, de tal manera que una persona puede identificarse con determinado grupo y al mismo tiempo diferenciarse de otro (p.251).

2.3.2 Identidad de género.

Con respecto a la identidad de género, explica el DSM-V, es una categoría de identidad social y se refiere a la identificación del sujeto como varón o mujer (2014, p.451).

Por su parte, Rocha en 2009 nos dice que el desarrollo de la identidad de género es un proceso complejo, dinámico y multifactorial, que involucra múltiples variables culturales, sociales e individuales. En gran medida, la socialización y la endoculturación juegan un papel muy importante pero no son los únicos factores que intervienen. La identidad no es una tarea de la infancia sino un proceso continuo y permanente, sujeto a los cambios que observamos en los otros, a los contextos sociales, a las experiencias individuales y por supuesto vinculadas también a los costos y ganancias que se desprenden de ésta (p.257).

Para Gorguet (2008), la identidad de género es la referencia interna de cada persona, conformada a través del tiempo, que le permite organizar un autoconcepto y comportarse socialmente según su propio sexo y género (p.18).

Además, Gómez en el 2014, refiere que la identidad de género es la teoría que cada persona construye acerca del modo en que se siente y se expresa como mujer u hombre, realidad que se conforma a través de una proyección retrospectiva y prospectiva que incluye, no solo contenidos, sino expectativas e ideales (p.70).

Así pues, la identidad de género suele sustentarse en el sexo asignado a la persona, que puede o no coincidir con el sexo biológico (genético, cromosómico, gonadal u hormonal). Dicha asignación puede resultar arbitraria, debido a que se basa en el aspecto de los genitales externos del recién nacido: de ello dependerá si son asignados como niña o niño. Gracias a las técnicas de exploración fisiológica es posible saber el sexo del feto desde que se encuentra en el útero y es a partir de este momento que el nuevo ser recibirá un determinado trato por parte de la sociedad (Jayme, 2004, p.61).

Ahora bien, Marta Lamas en 1996, manifiesta que la identidad de género se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Desde dicha identidad, el niño estructura su experiencia vital; el género al que pertenece lo hace

identificarse en todas sus manifestaciones, como los sentimientos o actitudes de "niño" o de "niña", comportamientos y juegos. Después de establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y se asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias (p.6).

Por su parte, Jayme (2004), refiere que las personas nacen con una neutralidad psicosexual, es decir, no nacemos con una identidad de género definida, sin embargo, desde el momento en que se nos realiza una asignación de sexo de acuerdo a los genitales externos, se refuerza continuamente la masculinidad o feminidad (p.63).

Así pues, las ideas acerca de lo que los hombres y mujeres deben hacer (roles de género) o cómo deben ser (estereotipos de género) junto con las conductas que son consideradas culturalmente apropiadas para cada grupo se aprenden desde muy temprano. Mientras el niño va interiorizando dichos estereotipos y roles de género, al mismo tiempo se va identificando con uno de los dos grupos, es entonces cuando comienza a formar su identidad como niño o niña. Hacia los 2 años, los niños ya reconocen a los hombres y las mujeres y también saben si ellos mismos son niños o niñas (Giménez, 2008, p.257).

2.3.3 Determinantes de la identidad de género.

Rathus en 2005 hace las preguntas, ¿Qué determina la identidad de género? ¿Están nuestros cerebros biológicamente programados? ¿Es el entorno el que perfila nuestro autoconcepto como hombres o mujeres? ¿O refleja una interrelación de influencias biológicas y del entorno? (p.124). Nos dice entonces que la identidad sexual es casi siempre consistente con el sexo cromosómico. Sin embargo, esa consistencia no certifica que la identidad sexual esté determinada biológicamente (p.124).

Al respecto, existen teorías que intentan dar una explicación a las causantes del desarrollo de la identidad de género.

2.3.3.1 Teoría del aprendizaje social.

En cuanto a esta teoría, Rathus (2005), citando a Balter (1999) y a Fagot (2000), dice que los teóricos del aprendizaje social explican el desarrollo de la conducta de género en términos de procesos como el aprendizaje observacional, la identificación y la socialización. Según la teoría del aprendizaje observacional, las personas aprenden sobre los roles de género que son los adecuados para ellos y que además son los esperados de ellos, a una edad temprana. Por su parte, la teoría del esquema de género añade que una vez que los niños han aprendido los roles de género esperados de acuerdo a su cultura, mezclan estos roles de género con sus autoconceptos. Por último, el papel de la socialización es de suma importancia en este proceso. Desde el momento del nacimiento, los padres actuarán con el individuo de acuerdo al sexo que les ha sido asignado. Al ir creciendo, los adultos comienzan a instruir a los niños sobre cómo deben comportarse y recompensarán todas aquellas conductas que son consideradas adecuadas a su género y a no estimularlos cuando las conductas son consideradas no apropiadas (p.140).

Esta postura señala que las personas forman su identidad de género a través de la comunicación y la observación. Los niños observan a los que interactúan con ellos y los imitan, observan a sus padres, a sus amigos, la televisión y otros que están alrededor de ellos. Es el proceso de interacción entre los adultos y los niños el que hace posible que éstos últimos adquieran y desarrollen comportamientos y características que son asociados a la masculinidad y a la feminidad (Rocha, 2009, p.254).

2.3.3.2 Teoría del desarrollo cognitivo.

Por lo que respecta a esta teoría, citando a Kohlberg (1966) y a Perry (1979), Rathus en 2005, explica que la adquisición del género no es el producto de las influencias del entorno, como explica la teoría del aprendizaje social, que “imprimen” la conducta apropiada al género en los menores. Más bien, son

los mismos niños quienes juegan un papel activo. Ellos mismos se forman esquemas acerca del género, y entonces adaptan su conducta a dichos conceptos de género. Los menores se encuentran motivados para comportarse según la manera propia de su género y una vez que han establecido los conceptos de estabilidad de género (el reconocimiento de que las personas mantienen su género durante toda su vida) y la constancia de género (reconocen que el género no cambia, aun cuando las personas modifiquen su apariencia o su conducta). Entonces buscan obtener información sobre qué patrones de conducta son considerados “masculinos” y cuáles “femeninos” de acuerdo a su cultura (p.142).

Por su parte, Wood (1997) y Campbell (1993) citados por Rocha en 2009, explican que los niños atraviesan por distintas etapas para desarrollar su identidad de género. A partir del primer año hasta los 2 o 2 años y medio, los infantes buscan etiquetas que otros usan y que a ellos les permiten describirse y después empieza la imitación, en el cual los niños aprenden a usar su rudimentario entendimiento del género para jugar ciertos papeles y entablar una comunicación y una serie de conductas que consideran van de acuerdo a las etiquetas que han recibido y aprendido. A los 3 años, los niños desarrollan la denominada constancia de género, la cual explica que tienen hasta cierto nivel, comprensión de que el género es relativamente permanente, de manera que tanto niños como niñas saben que el ser niñas/niños, no puede variar. Por lo tanto, desarrollan una motivación interna por adquirir las características necesarias que les permitan ser competentes entre el sexo que les corresponde. Buscan identificar las conductas y actitudes de los otros, ya sean masculinos o femeninos, para poder representarlas ellos mismos (p.255).

2.3.3.3 Teoría psicodinámica.

Según Freud, la adquisición del género, requiere que los niños se identifiquen con sus padres y las niñas con sus madres. La identificación es

completa, cuando los niños superan el complejo de Edipo. El complejo de Edipo, dice Freud, ocurre durante el periodo fálico del desarrollo psicosexual, entre los tres y los cinco años. Es durante este periodo que los niños desarrollan deseos incestuosos por el progenitor del sexo contrario y perciben al padre del mismo sexo como un rival. El complejo se resuelve por la renuncia a los deseos incestuosos hacia el progenitor del otro sexo y con la identificación con el padre del mismo sexo. A través de la identificación con el padre del mismo sexo, el niño comienza a desarrollar conductas que son típicamente asociadas con ese sexo (Rathus, 2005, p.139).

Además, Rocha (2009) explica que, bajo esta visión, las interacciones que se establecen entre el infante y el cuidador primario, son las que determinan las bases de la identidad de los individuos, influyendo en la manera cómo se perciben a sí mismos y cómo entienden su interacción con otros. Durante la infancia, los menores incorporan en sí mismos la visión y características del cuidador, adquiriendo los roles de género al mismo tiempo que establecen las bases para la estructura psíquica. La crianza de estos niños parte de una madre o padre “estereotipado”, quien establece relaciones diferenciales con ellos, dependiendo de su género, por lo cual en ellos se desarrollan diferentes patrones y características que dependerán también del tipo de relación (p.253).

Por su parte, Lacan, difiere de los elementos del complejo de castración de Freud, más específicamente en los conceptos de falo y castración. Mientras que para Freud la castración está del lado del Edipo, considerada como a causa del padre, para Lacan dependerá del viviente y su entrada al mundo simbólico. De la castración se desprenderá un lugar diferente del concepto de falo, Lacan se encarga de diferenciarlo de una fantasía, de un objeto, e incluso del pene o clítoris que, como significante, puede simbolizar. De considerar al falo como significante se implica que la sexualidad será asunto de lenguaje, y como consecuencia de esto, el anhelado acceso al falo siempre se encontrará con una ausencia. Desde esta perspectiva, entonces, el falo no remitirá a un órgano en particular, sino que

su referencia queda alienada por la participación de lo simbólico (Pérez, 2020, p.207).

Además, según Cardella (2020), para Lacan, la sexuación es compleja y proviene tanto de la vida psíquica como de la cultura, con el cual se responderá de manera siempre fallida e incompleta a una imposibilidad que es estructural, y que refleja la incomodidad de asumir una determinada posición sexuada. Lacan destaca la función de “nudo” del Complejo de Castración que permitirá la instalación del sujeto en una posición inconsciente que le posibilitará identificarse con el tipo ideal de su sexo. Dice entonces, que ubicarse de uno u otro lado de las fórmulas de la sexuación es electivo, de manera que no coincide con aquella que la biología introduce entre los dos sexos (pp.150-151).

Por otro lado, Laplanche en 2006, nos explica que, en la constitución de la identidad, el género es anterior al sexo, es decir, el género no es la interpretación de la anatomía del sexo, sino que dicha diferencia sexual anatómica le sirve al niño para poder simbolizar la realidad cultural del género, la cual le es transmitida e incluso impuesta desde su nacimiento en la relación con sus objetos significativos. La identidad de género comienza a construirse antes de que se descubra la diferencia de sexos y el niño es capaz de distinguir entre individuos pertenecientes a los géneros femenino y masculino, ya sea por sus comportamientos, costumbres o tono de voz, y llega a considerarse como integrante de uno de estos grupos antes de poder percibir la diferencia anatómica entre ambos sexos (sp.).

2.3.4 Tipos de identidad de género.

En la comunidad LGBT se utilizan muchos acrónimos. LGBT: Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero. También puede ser usado el acrónimo LGBTQ: Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Queer. Algunas personas prefieren utilizar las siglas LGBTQ+. El signo “más” (+) representa una lista que se encuentra en constante crecimiento, de palabras que las personas en la comunidad emplean para describir su orientación sexual o identificación de

género. Existen muchas variantes del acrónimo LGBTQ+, por lo que el símbolo “+” reconoce que es imposible enumerar todos los términos que se utilizan en la actualidad (National LGBT Health Education Center, 2018, p.7).

En cuanto al reconocimiento de los derechos humanos de la comunidad LGTBTTIQ+ (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual) ha sido una lucha constante por varias décadas (Vázquez, 2020).

No es hasta 1969, que un grupo conformado por lesbianas, gays, transexuales y travestis llevaron a cabo una revuelta en Stonewall Inn, en Greenwich Village, en contra de policías que perseguían a personas consideradas en ese entonces como “no normales”, con el fin de exigir el reconocimiento de sus derechos. Esta violenta manifestación fue la primera realizada en los Estados Unidos por parte de la comunidad LGBT. Los movimientos por los derechos para las personas LGTBTTIQ+ en México tienen su punto de partida a principios de 1970. Los movimientos sociales ya antes mencionados a nivel internacional, y los llevados a cabo en la capital de México en la década de los noventa, han sido un parteaguas para que la comunidad LGTBTTIQ+ tenga reconocimiento. Dicho reconocimiento y la práctica de llevar a cabo cada año una marcha, permitieron que cada uno de sus integrantes reclamara finalmente su identidad (Vázquez, 2020)

A continuación, se describen los términos más utilizados por la comunidad LGBT, relacionados con la identidad de género:

Genderqueer. A veces escrito por separado “gender queer” el término describe a una persona cuya identidad de género se encuentra fuera del tradicional binarismo de género (National LGBT Health Education Center, 2018, p.3). El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) en 2016 estableció que las personas “genderqueer” son aquellas que además de no identificarse y rechazar el género socialmente asignado a su sexo de nacimiento, tampoco se identifican con el otro género o con alguno en

particular. Dichas personas pueden manifestar expresiones y experiencias que:

- Se mueven entre un género y otro alternativamente.
- Se producen por la articulación de los dos géneros socialmente predominantes.

Formulan nuevas alternativas de identidades, por lo que no habría, una transición que buscara llegar al polo opuesto, como en el caso de las personas transexuales (p.29).

No binario. Nuestra sociedad es de mente estrecha en lo que respecta a los géneros, solamente identificando dos, hombre y mujer. Esta idea de que solo existen dos géneros a menudo se denomina binario de género. La palabra "binario" significa "que tiene dos partes", en este caso, hombre y mujer, por lo que no binario se usa para describir a una persona que no entra en ninguna de esas categorías (Mann, 2021, p.5).

Las identidades de género no binarias incluyen cualquier identidad que no se encuentre dentro de las categorías estrictas de hombre o mujer (Dalzell, 2020, p.35). Kattari expresa que, el género no binario es un término general para todos los géneros que quedan fuera del sistema binario de mujeres y hombres. Las personas no binarias pueden identificarse como hombres y mujeres, en algún punto intermedio, o como completamente fuera de estas categorías (2020).

Agénero. Es un término de identidad de género que se puede definir como "sin género". Conceptualizado fuera del binario de género, el agénero se incluye con mayor frecuencia en la categoría de identidades de género no binarias [...] La comprensión actual de las personas agénero ha surgido de la literatura científica y los foros comunitarios, que brindan más matices de los que la investigación actual puede ofrecer (Goldberg, 2021). Se refiere al rechazo del género como una construcción biológica o social por completo y al rechazo a identificarse con el género (Green, 2020, p.180).

Ahora bien, Armstrong en 2021 refiere que “Agénero” es una identidad de género no binaria. El prefijo "a" significa "sin" y generalmente se refiere a la falta de alguna característica. En relación con "género", agénero se refiere a alguien que se identifica como sin identidad de género [...] Estos términos no están bien representados en la literatura ya que "agénero" es un nuevo término de identidad (pp.30-31).

Bigénero. Es uno de los muchos términos que han surgido de la comunidad LGBT+ en sus intentos de describir a personas diversas cuyas identidades de género se encuentran en algún lugar entre el hombre y la mujer del sistema de género binario tradicional (Armstrong, 2021, p.70). Describe a un individuo que cambia entre la identidad de género y los comportamientos masculinos y femeninos a lo largo del tiempo, las actividades y el contexto o entorno. Algunos individuos bigénero tienen personajes masculinos y femeninos distintos, mientras que otros pueden expresar masculinidad y feminidad alternativamente, y algunos otros tienen una expresión de género mixta o fluida la mayor parte del tiempo (Nadal, 2017 sp.).

Para Holleb en 2019, el término se refiere a alguien que tenga dos géneros. El género de una persona bigénero puede ser binario, hombre y mujer; o pueden ser cualquier combinación de géneros. Algunas personas bigénero experimentan a sus géneros como distintos y discretos; otros experimentan ambos simultáneamente (p.43).

Cisgénero. La palabra cisgénero deriva de la proposición latina “cis” que significa “en este lado”, (en contraposición a “trans” que significa “en o hacia el otro lado: a través: más allá de o “tal o cual para cambiar o transferir”) [...] Aunque las identidades cisgénero pueden ser las más comunes, no son más o menos “normal” que las identidades transgénero (Steele, 2019, p.37). Las personas cisgénero tienen una identidad de género que tiende a estar alineada con su sexo de nacimiento y, por lo tanto, tienden a tener una autopercepción y una expresión de género que coincide

con los comportamientos y roles que se consideran apropiados para su sexo de nacimiento (Green, 2019, p.180).

Por su parte, Armstrong (2021) menciona que Cisgénero es un término popularizado a mediados de la década de 2010 para referirse a individuos cuya identidad de género coincide con su sexo físico. Las personas que nacieron físicamente como hombres y su género se identifican como hombres, y las personas que nacieron físicamente como mujeres y su género se identifican como mujeres, se consideran cisgénero. Este término comenzó a ser utilizado por muchos activistas LGBT, así como por académicos para distinguir la identificación sexual de la mayoría de la población de la minoría de personas que se identifican a sí mismas como no binarias, de género diverso o transgénero (p.118).

Género fluido. Describe a una persona que flota entre los extremos masculino y femenino del continuo, ya sea lentamente en el tiempo o en cualquier momento, dependiendo de las preferencias individuales, sociales y/o culturales. El término apareció por primera vez en la década de los 80's y se utiliza para describir un género no binario que no marca simplemente una casilla "masculina" o una casilla "femenina". Más bien, la fluidez de género es un continuo con múltiples dimensiones, como si se dibujara una línea para conectar las cajas. Hay datos limitados sobre cuántos adolescentes se identifican como de género fluido (Lundquist, 2019, p.8).

Así pues, Brill en 2016, expone que las personas que tienen un género fluido tienen un género o géneros que cambian. Las personas con fluidez de género se mueven entre géneros, no necesariamente masculinos y femeninos. Las personas con fluidez de género tienden a experimentar su género como algo dinámico y cambiante en lugar de estático. Pueden tener múltiples lados distintos de su género y, a menudo, su presentación de género cambia en consecuencia. Las personas con fluidez de género pueden tener un sentido fluido del género o experimentar que tienen muchos géneros (sp.).

Por su parte, Kanigel (2018), explica que el género fluido transmite una gama más amplia y flexible de expresión de género, con intereses y comportamientos que incluso pueden cambiar día a día. Los niños con género fluido no se sienten confiados por los límites restrictivos de expectativas estereotipadas de niñas o niños. En otras palabras, alguien puede sentirse una niña unos días y un niño en otros, o posiblemente sentir que ninguno de los términos le describe con precisión (p.342).

Pangénero. El término pangénero, según Webb (2019) es un género no-binario definido como más de un género. Una persona pangénero puede considerarse miembro de todos los géneros. Los individuos pangénero pueden identificarse con pronombres de género neutro o inclusivos de género en lugar de con pronombres de género (p.48). Las personas pangénero pueden ser de todos los géneros o ambos géneros binarios de hombre y mujer (Purkis, 2021, p.46).

Por su parte, Mendes en 2019, indica que el término hace referencia a experimentar todos los géneros; no identificarse exclusivamente como masculino y/o femenino. Algunas personas pangénero experimentan géneros que no pueden describir o que la sociedad no reconoce (p.30). Se utiliza para describir a una persona cuya identidad de género refleja múltiples identidades, expresiones o presentaciones de género (Ginicola, 2017, p.366).

Trigénero. Dice Webb (2019), es una identidad no binaria en la que uno cambia entre tres géneros, que podrían incluir masculino, femenino y un género no binario. Trigénero cae dentro de la categoría general de genderqueer, una identidad de género que va más allá del sistema de género binario normal (masculino y femenino) y tiende a ser un lugar de encuentro para otras identidades (p.53). Estas personas pueden mover entre hombre, mujer y, un tercer género que puede manifestarse de diferentes formas (Scott, 2016, p.212).

Transgénero. Una persona transgénero, de acuerdo al DSM-V (2014), es aquella que de forma transitoria o permanente se identifica con un género

diferente de su género natal (p.451). Las personas transgénero construyen su identidad de género independientemente de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos, sin embargo, por lo general, sólo optan por una reasignación hormonal, sin llegar a la intervención quirúrgica de los órganos pélvicos sexuales internos y externos. (CONAPRED, 2016, pp.33, 35).

La American Psychological Association (APA, 2013) señala que transgénero es un término que define a personas cuya identidad de género, no se ajusta a aquella asociada con el sexo asignado al nacer. Las personas cuyo sexo asignado es femenino, pero que sin embargo se identifican y viven como hombres, son conocidos como hombres transgénero. Por el contrario, las personas cuyo sexo asignado es masculino, pero que se identifican y viven como mujeres, se conocen como mujeres transgénero (p.1).

Es la condición humana en la cual una persona vive una inconformidad entre su identidad de género y el género y/o el sexo que socialmente le han sido asignados al nacer. Esta es completamente distinta a la orientación sexual, y puede haber hombres y mujeres transgénero heterosexuales, homosexuales, lesbianas (si se trata de mujeres transgénero), bisexuales, asexuales o pansexuales (Conapred, 2016, pp.33-35).

Transexual. El término transexual, se utiliza para describir a los sujetos que buscan, o que han experimentado, una transición social de varón a mujer o de mujer a varón, lo que, en muchos casos, pero no en todos conlleva una transición somática mediante un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital, llamada cirugía de reasignación sexual (DSM-V, 2014, p.451).

La persona transexual, describe Rathus (2005) desea poseer las características anatómicas de las personas asignadas al sexo contrario y vivir como una de ellas. Se someten a tratamientos hormonales y a cirugía para crear la apariencia de los genitales externos típicos del otro sexo (p127). Esta cirugía puede modificar la apariencia externa de los genitales, mientras

que los tratamientos hormonales pueden modificar el equilibrio químico del cuerpo (Myers, 2005, p.379).

Por su parte, Stoller en 1968, citado por González (2005), distinguió dos características fundamentales del transexualismo: El sentimiento subjetivo de pertenecer al sexo opuesto y el deseo de cambio de sexo, expresado en nuestros días a través del tratamiento hormonal y quirúrgico (p33).

Además, en el 2016, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), señala que las personas transexuales se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género y al sexo opuestos a los que social y culturalmente se les asigna al momento de su nacimiento, y que pueden optar por una intervención médica, ya sea hormonal, quirúrgica o ambas, para adecuar su apariencia física y corporalidad a su realidad psíquica, espiritual y social (p.33).

2.4 Orientación de género.

La orientación sexual, es explicada en los principios de Yogyakarta, como la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales (O'Flaherty, 2007, p.6). De acuerdo a la American Psychological Association (APA, 2013), es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol social del sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina). La orientación sexual, nos dice Lavey (2016), tiene que ver con el sexo de nuestras parejas sexuales preferidas. Más específicamente, es el rasgo que nos predispone a experimentar atracción sexual por personas del mismo sexo que nosotros, por personas de otro sexo o, en un grado variable por ambos sexos (p.1). La orientación sexual, tensiona la noción acerca de

la existencia de una forma de ejercer la sexualidad y los afectos, haciendo visible la existencia de otras maneras de expresarlos. (Rodríguez, 2020, p.335).

A menudo surge la pregunta sobre el origen de la orientación sexual. Existen muchas teorías que intentan explicarlo y la mayoría sostiene que se origina por la interacción de elementos biológicos, psíquicos y socioculturales (Vargas, 2020, p.16). En la mayoría de las personas la orientación sexual se determina a una edad muy temprana. Hoy día la mayoría de los científicos considera que la orientación sexual es probablemente el resultado de una compleja interacción de factores ambientales, cognitivos y biológicos. En estos últimos tiempos también se ha podido comprobar que la biología, incluso los factores hormonales genéticos o innatos, desempeña un papel importante en la sexualidad de las personas (APA, 2009, sp.).

2.4.1 Determinantes de la orientación sexual.

2.4.1.1 Teoría biológica.

2.4.1.1.1 Causas genéticas.

Algunas investigaciones indican que existen factores genéticos, hormonales y neuroanatómicos que difieren en homosexuales (en este trabajo se utiliza el término homosexual/homosexualidad para referirse a personas homosexuales, bisexuales y pansexuales) y heterosexuales, tanto para hombres como para mujeres. En gemelos monocigóticos, si uno de los miembros de la pareja es homosexual, la probabilidad de que el otro lo sea es aproximadamente del 50%; para gemelos dicigóticos es mucho más baja y lo mismo para hermanos (Ardilla, 2009, p.11).

La orientación sexual en el hombre, nos dice Rodríguez (2009), es un carácter muy complejo, posiblemente influido por varios genes, experiencias vivenciales y factores socioculturales (p.381).

En cuanto a las variables genéticas hay distintos tipos de estudios. Encontramos aquellos que involucran a familias, en los que se ha observado que la probabilidad de que un hombre tenga una orientación homosexual, es de 22% si tiene un hermano o hermana homosexual, y de 4% si no lo tiene. En el caso de las mujeres, la probabilidad de ser homosexual si se tiene un hermano o hermana homosexual es mayor que en sus contrapartes sin un hermano o hermana con esa preferencia sexual. En cuanto a las mujeres que no tienen un hermano o hermana homosexual, la probabilidad de tener una orientación homosexual es la misma que en la población general (Arango, 2008, p.185).

2.4.1.1.2. Causas hormonales.

Puesto que todos los hombres y mujeres poseemos hormonas sexuales masculinas y femeninas, andrógenos y estrógenos, en diferentes proporciones según sea el sexo, el supuesto del que parten estos estudios es que una descompensación en el nivel hormonal causa la homosexualidad, tanto en hombres como en mujeres (Soriano, 2002, p.74). Se considera la posibilidad de que un desequilibrio endocrino sea la causa de la homosexualidad (Shibley, 2006, p.375). Entonces, se esperaría que un hombre homosexual, posea mayores niveles de estrógenos y menores de andrógenos en comparación con un hombre heterosexual. En el caso de las mujeres, se esperaría que una mujer homosexual posea mayores niveles de andrógenos y menores niveles de estrógenos (Soriano, 2002, p.74). Sin embargo, Shibley (2006) citando a Banks (1995) y a Gooren (1990) refiere que no se han encontrado diferencias hormonales entre personas homosexuales y heterosexuales (p.375).

Por su parte, J. Martín (2013) explica el modelo publicado en 2012 por William Rice, en el que se refiere que la mayoría de los factores hallados como generadores de la homosexualidad son: El patrimonio genético completo de la humanidad cuenta con algunos genes que se transmiten de generación en generación, los cuales promueven determinados ambientes hormonales fetales y que la epigenética, que se entiende como una serie de

mecanismos que provocan que ciertos genes se manifiesten o no, es la responsable de que a lo largo de las generaciones a veces se produzcan niveles más altos o más bajos de los estándares en fetos varones de forma que, dichos niveles hormonales del periodo fetal preconfigurarán determinadas áreas cerebrales. Es decir, no existe un gen homosexual, lo que existe es una serie de genes que, dependiendo de la epigenética, si se manifiestan, provocarán una serie de niveles hormonales durante el periodo fetal, que, si suceden en determinados momentos concretos durante la gestación, configurarán determinadas áreas cerebrales con orientación homosexual (sp.).

2.4.1.2. Teoría social.

2.4.1.2.1. Aprendizaje.

Sin desconocer los factores genéticos y de maduración, gran parte del desarrollo humano depende del aprendizaje. El aprendizaje social desempeña un papel de suma importancia en la adquisición de actitudes, valores y pautas de comportamiento. Los seres humanos aprendemos de nuestro entorno, de las personas que nos rodean, quienes fungen como un grupo de referencia, como aquellos individuos a los que quisiéramos parecernos. Por lo que la mayor parte de la conducta humana es aprendida, y el aprendizaje en muchos casos no implica enseñanza. Este proceso de aprendizaje se extiende a lo largo de toda la vida, aunque existen períodos de máxima sensibilidad y permeabilidad, ante todo en la primera infancia (Ardila, 2008, p.22).

La teoría del aprendizaje, afirma que la sexualidad es un impulso neutro que se va modelando a partir de diversas experiencias de aprendizaje. Por lo tanto, la orientación sexual es una cuestión de socialización mediatizada por experiencias específicas de aprendizaje que tienen su origen en la imitación y en las contingencias del refuerzo de la propia conducta (Soriano, 2002, p78). Es decir, se sostiene que el impulso sexual es neutro

al nacimiento y este se moldea a partir de la adolescencia por medio del aprendizaje social (Vargas, 2020, p.17).

Por su parte, Ardila (2008) nos dice, que la persona aprende a ser homosexual por medio del refuerzo (gratificación) que recibe por esta conducta. Generalmente, la homosexualidad empieza temprano en la vida, en la mayoría de los casos durante la adolescencia y en muy pocos casos dicho aprendizaje ocurre durante la madurez (pp.10-11). Las experiencias tempranas tienen un papel importante en el desarrollo de la orientación sexual. Estas teorías se centran en el papel del reforzamiento de los patrones tempranos de conducta sexual. Las personas, por lo general, repiten las actividades placenteras y dejan de hacer las que les resultan dolorosas (Rathus, 2005, p.250).

Así pues, Shibley (2006), refiere que los conductistas enfatizan la importancia del aprendizaje en el desarrollo de la orientación sexual. Ellos señalan la prevalencia de la conducta bisexual en los jóvenes, y que las recompensas y castigos que reciban moldearán la conducta del individuo en una predominancia de homosexualidad o de heterosexualidad. Es decir, las personas nacen sexuales, no heterosexuales u homosexuales y será sólo a través del aprendizaje que una de estas conductas se vuelve más probable que la otra. El enfoque de esta teoría trata a la homosexualidad como forma normal de conducta y reconoce que la heterosexualidad no es innata, sino que también se debe aprender, al igual que la homosexualidad. (p.377).

2.4.1.2.2. Ambiente sociocultural.

Con respecto a esta teoría, se dice que existen sociedades menos rígidas en cuanto a género que tienen una mayor permisividad hacia la sexualidad. En tales sociedades, los individuos sienten una mayor libertad de experimentar con conductas de un mismo género y pueden encontrarlas satisfactorias (Shibley, 2006, p.379). Entonces, esta teoría hipotetiza que la presión demográfica funcionará como un determinante de la expresión de la conducta homosexual manifiesta. Se afirma que la aceptación de la homosexualidad y la presión demográfica no son independientes (Moral,

2009, p.57) y que según Rodríguez (2009), la agregación familiar necesariamente no implica la existencia de factores genéticos, ya que puede ser debida al hecho de compartir el mismo ambiente (p.381).

Se dice entonces, que en las sociedades en donde los valores son muy represivos y condenatorios de la homosexualidad, provoca que esta sea oculta. En cambio, en sociedades más permisivas, los porcentajes de conductas homosexuales se incrementan (Moral, 2009, p.57).

Por lo que, en esta teoría se le atribuye el desarrollo de la orientación sexual, ya sea heterosexual, homosexual, bisexual o pansexual de un individuo en el ambiente sociocultural que le rodea. Si en el entorno, hay mayor aceptación hacia la orientación heterosexual, habrá mayor porcentaje de personas heterosexuales que en una sociedad en la que hay mayor aceptación de la orientación homosexual en la que habrá mayor porcentaje de la diversidad sexual (Moral, 2009, pp.56-57).

Por ejemplo, en Juchitán, en la región del Istmo de Tehuantepec, en Oaxaca, existe una sociedad indígena que se denomina el tercer género, los Muxes. Los Muxes son hombres que nacieron biológicamente hombres pero que adoptan roles de mujer y se calcula que existen aproximadamente unos 3 mil Muxes en la región y aunque algunos buscan realizar transformaciones en su cuerpo, esa no es su función principal, la cual está basada en aspectos familiares y sociales. Aunque en la cultura zapoteca existen situaciones de homofobia hacia los Muxes, también hay una gran tolerancia hacia ellos, además, el tercer género ha sido una constante histórica y está aceptada. En general, los Muxes son aceptados en esta región porque tienen un papel muy importante en la familia y en las festividades, es una pieza clave en la identidad etnosimbólica de los zapotecos y porque tienen un especial respeto por la madre (Santillán, 2019 sp.).

Otros estudios, nos dice Moral (2008), sugieren que las experiencias homosexuales, entre ellas el abuso sexual, aspectos de mal ajuste al rol de

género, dificultad de acceso y relaciones frustrantes con el otro sexo son otros de los determinantes del deseo y conductas homosexuales (p.54).

Gordon (2009) citando a Balsam (2005) y a Holmes (1998), nos dice, que hombres a menudo informan sentirse "confundidos" acerca de su sexualidad e incluso, algunos informan creer que existe una relación entre sus sentimientos y comportamientos homosexuales y el abuso sexual sufrido cuando eran niños. Además, existe alguna evidencia de que una desproporcionada cantidad de hombres con antecedentes de abuso sexual se identifican como homosexuales y bisexuales, especialmente cuando el autor del abuso también era un hombre. Sin embargo, muy pocos estudios han explorado específicamente la relación entre orientación sexual y abuso sexual (p.1).

2.4.1.3. Teoría psicológica.

2.4.1.3.1. Psicoanalítica.

Desde el psicoanálisis existen diversas teorías sobre el origen de la homosexualidad, pero este trabajo se centrará únicamente en la teoría freudiana por ser la más conocida.

Es el Psicoanálisis, con Freud como indicador, el que ha planteado que la sexualidad aparece desde el nacimiento y que durante las sucesivas etapas de la infancia diferentes zonas corporales proporcionan gratificaciones especiales al individuo, pues están dotadas de una energía que busca placer, la libido (Villalobos, 1999). Freud llamó libido a la energía generada por el instinto sexual. A medida que los bebés crecen, su libido se ira centrando en diferentes partes sensibles del cuerpo, cada una de las cuales le generará algún placer (Morris, 2005, p.383).

Ahora bien, la ciencia había considerado el inicio de la vida sexual con la pubertad y a juzgar como raros signos de precocidad y degeneración las manifestaciones de una sexualidad infantil. Pero el psicoanálisis descubrió una plenitud de fenómenos tan singulares como regulares, que forzaban a

hacer coincidir el comienzo de la función sexual en el niño casi con el principio de su vida extrauterina (Freud, 1923).

Entonces, el planteamiento freudiano nos dice que en todo ser humano existe una disposición bisexual congénita que, a través de las etapas oral, anal, fálica y genital, se va orientando hacia una única sexualidad, ya sea heterosexual u homosexual. Si es que se dan las condiciones psicosociales adecuadas y si las fuentes y objetos de satisfacción sexual siguen un orden, cronología y tipología corporal preprogramada biológicamente que culmina en la adolescencia con la elección de objeto heterosexual. Si, por el contrario, las condiciones no son adecuadas, se producirá una alteración en el desarrollo y el resultado será la elección de objeto homosexual (Soriano, 2002, p.76).

Así pues, Freud proponía a la heterosexualidad como la norma “social general” y la homosexualidad como un desvío de esta; sin embargo, nunca se refirió a ella en términos de degeneración, depravación o patología (Marín, 2018, p.27).

Con respecto a las causas de la homosexualidad, nos dice Soriano (2002) que se destaca la existencia de al menos tres momentos importantes en que podría empezar a generarse (p.76).

En primer lugar, se dice que la homosexualidad podría ser causada durante la fase anal. Durante esta etapa la fuente principal de placer se encuentra en el ano. El entrenamiento de control de esfínteres tiene lugar en el momento en el que los niños comienzan a derivar placer en retener y excretar heces (Morris, 2005, p.383). Soriano (2002), refiere que la fijación o retención del desarrollo durante esta etapa llevaría a una elección narcisista de objeto sexual en la pubertad, dando como resultado a atracción por personas que tengan genitales idénticos a ellos mismos (p.76).

En segundo lugar, durante la etapa fálica, los niños descubren sus genitales. El niño toma conciencia de su pene como fuente de satisfacción y a la vez nota que las niñas no poseen uno. Se dice entonces, que surge el miedo a perder dicho órgano. A este miedo se le conoce como “complejo de

castración”, mismo que si no se supera de manera adecuada, puede llevar a desear a otro hombre como compañero sexual (Soriano, 2002, p.76).

El tercer momento, Soriano (2002) citando a Freud (1910, 1917), explica que este sucede de igual manera durante la etapa fálica. Según nos dice, Freud refiere que la homosexualidad se deriva del complejo de Edipo no superado correctamente. Los instintos sexuales se centran hacia una sola persona que se convierte en objeto de deseo y satisfacción. Al mismo tiempo, los niños sienten impulsos hostiles hacia el padre al que ven como un rival que les impide alcanzar el objeto deseado. De esta manera se provoca la aparición del complejo de Edipo. Cuando el deseo permanece fijado en la madre durante más tiempo y de forma más intensa de lo habitual, no renuncia a ella, sino que se identifica y quiere ser como ella y la toma como modelo sexual, buscará objetos eróticos semejantes a él mismo. Es entonces que se origina la homosexualidad. Por otra parte, para poder solucionar el complejo de forma positiva, el niño deberá reprimir sus deseos incestuosos, y tras identificarse con el padre, deberá orientar sus deseos sexuales hacia las mujeres al llegar a la pubertad (p.76).

2.4.2 Tipos de orientaciones sexuales.

Con respecto la gama de orientaciones sexuales con los que una persona puede identificarse, a continuación, se describen los conocidos hasta el momento:

Heterosexual. Las personas heterosexuales sienten atracción sexual o emocional hacia personas del sexo opuesto. Esta orientación sexual constituye una mayoría promedio en determinadas especies (Romero, 2020, sp.).

Homosexual. Se puede definir a la homosexualidad como la atracción a afectiva y eróticamente con personas del mismo sexo. Para poder decir que una persona es homosexual se requiere que presente deseo preferencial hacia personas del mismo sexo, haya tenido conductas homosexuales manifiestas y se identifique como homosexual (Moral, 2009, p.47).

Bisexual. Se refiere a la capacidad de una persona de sentir una atracción erótica y afectiva por personas de un género diferente al suyo, pero también atracción hacia su mismo género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con ellas. Esto no significa que la atracción sea con la misma intensidad, ni que sienta atracción por todas las personas de su mismo género o del otro (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), 2016, sp.).

Pansexual. Se define como la capacidad de una persona de sentir atracción erótica y afectiva hacia otra persona, independientemente del sexo, género, identidad de género, orientación sexual o roles sexuales, así como la capacidad para poder mantener relaciones sexuales con ella (CONAPRED, 2016, sp.).

Asexual. La Red para la Educación y la Visibilidad de la Asexualidad (AVEN), nos dice que este término no se refiere a no tener libido, no practicar sexo o no poder enamorarse. Es utilizado para referirse a toda aquella persona que no experimenta atracción sexual o erótica hacia otros. La persona asexual es completamente capaz de relacionarse afectiva y románticamente (2021, sp.). La asexualidad abarca un espectro muy amplio que incluye “arrománticos” (personas que no sienten deseo sexual ni amor romántico por otra persona), “románticos” (capaces de sentir atracción romántica pero no deseo sexual), “gris o demisexual” (existe deseo sexual, pero con una intensidad baja o frente a determinadas personas con quienes mantienen una conexión emocional) [...] Se calcula que el 1 % de la población es asexual, pero no hay cifras exactas (Balderrama, 2021, sp.).

2.5 Discriminación.

Por lo que se refiere a la palabra discriminar, la Real Academia de la Lengua Española la define como: “Dar trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de edad, de condición física o mental, etcétera”.

Ahora bien, Rodríguez (2006), señala que discriminar es tratar a otro u otros como inferiores, y esto en razón de alguna característica o atributo que no resulta agradable para quien discrimina: el color de la piel, la forma de pensar, el sexo, la discapacidad, etcétera (p.39).

Por su parte, Cepeda (2005), citado por Soberanes (2010), dice que la discriminación es toda aquella distinción, sin causa racionalmente justificable, que genera un daño o perjuicio a una persona en la esfera de su dignidad. Soberanes agrega, que dichas distinciones se basan en situaciones que las personas no pueden o no quieren cambiar, como: origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, religión, condiciones de salud, opiniones, condición social o económica, estado civil, orientación sexual, identidad de género, así como cualquier otra que atente contra la dignidad humana (p.263).

Así pues, la CONAPRED (sf) señala que la discriminación es una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio a determinada persona o grupo. Dicha discriminación se basa en el origen étnico o nacional, el sexo, la edad, la discapacidad, la condición social o económica, la condición de salud, el embarazo, la lengua, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil y otras diferencias que pueden ser motivo de distinción, exclusión o restricción de derechos. Los efectos de la discriminación en la vida de las víctimas son negativos y pueden orillar al aislamiento, a vivir violencia e incluso, en casos extremos, a perder la vida (sp.).

2.5.1 Discriminación social y laboral hacia la comunidad LGBT.

En distintas partes del mundo se ha avanzado en la lucha contra la homofobia, pero aún persisten altos niveles de violencia y desigualdad por orientación sexual e identidad de género. Cifras de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México reportan que más de 50 por ciento de la comunidad LGBTI en el país sufre discriminación (Correa, 2019, sp.).

Las personas que forman parte de la comunidad LGBT enfrentan obstáculos en el ejercicio de todo tipo de sus derechos, tales como el acceso a la educación, al empleo o a la salud, e incluso en el mismo proceso de desarrollo de la identidad, las personas que tienen una orientación sexual, identidad o expresión de género, o características sexuales diversas encuentran barreras motivadas por prejuicios sociales u omisiones legales y en ocasiones, puede contribuir a casos de violencia que pueden terminar con la vida de las personas. (CONAPRED, sf, sp).

Se señala como crímenes de odio a aquellos comportamientos y expresiones con formas violentas de relación ante las diferencias sociales y culturales. Los crímenes de odio se sostienen en una densa trama cultural de discriminación, rechazo y desprecio. Los crímenes de odio a través de la historia se han caracterizado por ser actos en los que se infringen daño y lesiones y está presente la saña. En muchos países el crimen de odio está reconocido como un delito y es tratado y juzgado acorde a parámetros especiales. En México, el feminicidio ha logrado en ese sentido su reconocimiento, sin embargo, los crímenes de odio contra personas LGBT, no sólo no tienen parámetros especiales, sino que difícilmente son registrados y por lo tanto investigados y sancionados (Miguel, 2020, pp.9-11).

La discriminación y exclusión laboral por orientación sexual varía para hombres homosexuales, mujeres lesbianas, personas bisexuales y transgénero, es decir, está basada en función de la identidad, construcción y manifestación corporal de la sexualidad. En el aspecto laboral, esta situación se presenta como un problema social actual, que nace por la falta de aceptación de la diversidad sexual. Dicha discriminación contra la población LGBT ocasiona que las relaciones sociales de la comunidad se establezcan dentro de parámetros de desigualdad, afectando la calidad de vida de los mismos, lo cual desemboca en el no reconocimiento como sujetos laborales y diversos a dicha población (Jiménez, 2017, pp.232-233).

Así, siete de cada diez personas LGBTTTI expresaron haber vivido y sufrido discriminación, por ello es necesario impulsar políticas de inclusión y reconocimiento. Nuestro país sanciona la discriminación por razones de raza, sexo, religión, nacionalidad entre otras (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, 2019, sp.).

2.5.2 Rechazo o aceptación familiar.

2.5.2.1 Familia.

La Real Academia de la Lengua Española define a la palabra familia como:

1. f. Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.
2. f. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

Para Bernal (2016), es la familia es célula básica de la sociedad. Las funciones de la familia, como el cuidado, socialización y educación son necesarias para el desarrollo humano (p.114). Torres (2015) citando a Torres (2002), expresa que la familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y que se encuentra integrada por un número variable de individuos unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción (p.49).

Por su parte, la Secretaria general del consejo nacional de la población (CONAPO, 2012, sp.) considera que la familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación (sp.).

Ahora bien, la familia, cumple una función de mediación entre el individuo y la sociedad. Es el núcleo primario donde se originan y se desarrollan las primeras vivencias afectivas y la primera percepción de identidad con respecto a otros seres humanos. Es en la familia donde se

aprueban, estimulan, refuerzan o desaprueban las instancias comportamentales, las normas de conducta social y las relaciones interpersonales. Es en la familia donde se pautan las primeras nociones de género e identidad sexual, donde el niño va incorporando los sistemas de expectativas de género, los patrones de autoaceptación y de adecuación a normas sociales (Fernández, 2007, p.33).

En la actualidad el concepto de familia se encuentra en una importante transición; ya no se considera únicamente como la unión entre un hombre, una mujer y su progenie. Actualmente se encuentran familias uniparentales, familias ampliadas y aquellas conformadas por parejas del mismo sexo (Blanco, 2015, p.39).

Así, las familias, los padres y los padres adoptivos pueden ejercer un impacto dramático en la población LGBT. La aceptación familiar promueve el bienestar y ayuda a proteger a los jóvenes LGBT contra los riesgos. En cambio, el rechazo familiar tiene un grave impacto en el riesgo de que un joven homosexual o transgénero tenga problemas de salud física y mental (Ryan, 2009, p.4).

Entonces, la aceptación-rechazo familiar juega un papel importante en el ajuste psicosocial de los jóvenes transgénero. Nuevos en la literatura existente son los hallazgos de que la indiferencia del cuidador y la aceptación de los hermanos están asociadas con resultados de salud mental. La menor aceptación del cuidador principal predice un aumento de los síntomas de depresión, ansiedad y problemas de internalización en los jóvenes. La mayor indiferencia del cuidador secundario predice un aumento de los síntomas depresivos en los jóvenes. La menor aceptación entre hermanos predice un aumento de la ideación suicida en ellos (Pariseau, 2019, sp.).

Muchos jóvenes homosexuales y transgénero sienten que deben ocultar quienes son para evitar el rechazo familiar, ser echados de la casa o evitar lastimar a padres quienes rechazan a personas homosexuales y/o transgénero. Ser valorado ayuda a los jóvenes a aprender a valorarse, en

cambio, el rechazo afecta su capacidad de quererse y cuidarse. De igual manera, aumenta la probabilidad de conductas riesgosas, como la drogadicción. También puede afectar su capacidad para planear a futuro, pueden tener un mal desempeño escolar y es probable que rechacen la idea de tener familia o ser padres (Ryan, 2009, p.5).

Por el contrario, los jóvenes cuyos pares y padres adoptivos respaldaban su identidad homosexual o transgénero gozaban de una mejor salud física y mental en general. Tenían una autoestima más elevada y eran mucho menos propensos a estar deprimidos, consumir drogas o de tener ideas suicidas. También, tienen más probabilidades de creer que tendrán una buena vida y que serán adultos felices y productivos (Ryan, 2009, pp.10, 12).

2.5.3 Discriminación hacia personas transgénero en México.

El reconocimiento de los derechos de la comunidad de la diversidad sexual, han ido aumentando en los últimos años, gracias a los documentos internacionales sobre los Derechos Humanos y campañas de organizaciones de la sociedad civil, tanto internacionales como nacionales (Herrera, 2019, p.29). Sin embargo, en México, el reconocimiento a la diversidad sexual en la actualidad es un proceso que se encuentra en construcción, el cual ha sido frenado por los prejuicios y estereotipos sociales que obstaculizan el principio de igualdad entre todas las personas, poniéndolas en riesgo de convertirse en víctimas de violaciones de sus Derechos Humanos, no solo por parte del estado, sino también por los ciudadanos que pueden llegar a degradar las personas que forman parte de la diversidad sexual (Alvarado, 2019, p.68).

En México no existen estudios sistemáticos sobre la violencia y la discriminación que se ejercen hacia las minorías sexuales. Por su lado, las organizaciones de la sociedad civil y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos publican sus informes realizados con métodos de documentación y cálculos propios, por lo que los datos se encuentran dispersos, lo que

dificulta un diagnóstico más sólido de la discriminación hacia la población LGBT en el país. Por lo tanto, se dispone de poca información a nivel nacional sobre la discriminación que sufre dicha población, así como las consecuencias de ésta en sus condiciones de vida social y participación política o sus efectos sobre su salud física, mental y sexual (Boivin, 2014, pp.89-90).

Entonces, la Comisión nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres (2019) informa que México es el segundo país de América Latina donde hay más asesinatos contra personas transgénero/transexuales, solamente después de Brasil. Explica, que los transfemicidios son el resultado de estructuras económicas y culturales que estigmatizan, precarizan y marginan. Estos crímenes son el reflejo de la violencia misógina contra las personas LGBTTTI, que se manifiesta diariamente en discriminación en los espacios laborales y sociales, y reproduce discursos de odio que configuran impunidad y falta de justicia (sp.).

Por lo que las luchas políticas y jurídicas por parte de la comunidad transgénero se han enfocado en tres aspectos: En la despatologización de la transexualidad, el resguardo de los derechos humanos de las personas transgénero y el reconocimiento legal y jurídico de las identidades transgénero. La lucha por la despatologización de la transexualidad comenzó en 2015 con el movimiento global denominado “Stop Trans Patholization” (STP), en el cual se movilizaron millones de personas alrededor del mundo para declarar el “Día Internacional de Acción para la Despatologización Trans” [22 de octubre]. Por su parte, la lucha de los derechos humanos de las personas transgénero se destaca por la búsqueda del reconocimiento de la libre expresión de las identidades de género. Por último, el reconocimiento legal y jurídico de las personas transgénero no se reduce únicamente al ámbito civil y administrativo, sino también en el respeto de la dignidad de las personas y del libre y pleno desarrollo de la vida (Rosas, 2018. Pp.65-67).

2.5.4 Reconocimiento de los derechos de las personas transgénero.

A pesar de que en los últimos años ha habido avances significativos en el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI+, persisten legislaciones y políticas que atentan contra sus derechos humanos e incitan la violencia contra ellas. 70 países del mundo tienen leyes que criminalizan a las personas por su orientación sexual y dentro de ellos, 11 consideran la pena de muerte. Además, 15 países tienen prohibiciones a “transgresiones de género” de distintos tipos, que impactan directamente a personas transgénero, y otros países cuentan con legislaciones que indirectamente tienen un impacto negativo sobre la vida de personas transgénero (Agencia de la ONU para los refugiados, 2021, sp.).

Así pues, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el párrafo quinto de su artículo primero, la prohibición de ejecutar cualquier acción que atente contra la dignidad humana o bien que anule o menoscabe los derechos y libertades de las personas, las cuales tengan su origen en prejuicios del género, sexo, las preferencias sexuales entre otras, esto se hace operativo a través de su Ley reglamentaria; es decir, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, las leyes antidiscriminatorias disponibles en 30 Entidades Federativas, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y sus 32 leyes locales, así como la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, entre otras (Cervantes, 2018, p.13).

De acuerdo con la CONAPRED (sf.), en el país, se han realizado diversos avances en materia de igualdad y no discriminación por orientación sexual, identidad y expresión de género.

Por ejemplo:

- En el ámbito federal, desde su reforma en 2011, el artículo primero de la Constitución Política prohíbe todo tipo de discriminación basado en “preferencia sexual”.

- El Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación 2014 - 2018 cuenta con diversas líneas de acción dirigidas a combatir la homofobia.
- La Norma Mexicana en Igualdad Laboral y No Discriminación (coordinada por CONAPRED, STPS e INMUJERES) reconoce a los centros de trabajo que cuentan con prácticas en materia de igualdad laboral y no discriminación, incluidas aquellas centradas en las personas LGBTI.
- Según la jurisprudencia emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en 2015, limitar el matrimonio a las uniones heterosexuales es discriminatorio porque el fin de dicha institución no es la procreación. En consecuencia, las leyes estatales que limitan la unión matrimonial a un hombre y una mujer son inconstitucionales (pp4-5).
- Con el acompañamiento de la sociedad civil, diversas instituciones públicas han desarrollado herramientas para promover la inclusión de las personas LGBTI.
- En cuanto a las leyes antidiscriminatorias estatales, las 32 entidades federativas cuentan con leyes contra la discriminación.
- Once estados reconocen, en su código civil o familiar, el matrimonio igualitario (tres de ellos a través de acciones de inconstitucionalidad).

En un boletín emitido por la UNAM, se explica que Alethia Fernández de la Reguera detalla que en México hay 13 entidades que cuentan con una ley de identidad de género, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Chihuahua, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora y Tlaxcala, pero todavía falta para lograr un cambio cultural que permita entender que la diversidad sexual es una de las diversidades que existen y enriquecen a las sociedades (Fernández, 2021, sp.).

2.6 Redes de apoyo.

Desde la década de los 70s, se ha observado un gran interés generado por estudiar las redes y los sistemas de apoyo social de las personas. El recibir consejo, guía, compañía, ayuda, afecto, además de sentirse escuchado y valorado, son algunas de las expresiones de apoyo que nos ofrecen los miembros de una red de apoyo (Bravo, 2003, p.136). Dos disciplinas han contribuido a difundir y popularizar el concepto. En primer lugar, la epidemiología y, en segundo lugar, los estudios de la psicología que han aportado evidencia sobre su impacto en la salud de los individuos (Curcio, 2008, p.44).

Así, Walker (1997), citado por Guzmán en 2003, define a las redes como aquella serie de contactos personales a través de los cuales una persona mantiene su identidad social, al mismo tiempo que recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información (p.40).

Por su parte, Guzmán (2003), define a las redes de apoyo como aquella práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos (p.43).

Además, para Mendoza (2008), citado en García (2017), las redes son los contactos personales, comunitarios, e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo (p.29).

Por otro lado, McKinlay entiende por red social al conjunto de contactos -formales o informales- con parientes, amigos, vecinos, etcétera, a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, y desarrollan nuevos contactos sociales (Infante-Castañeda, 1990, p.420).

Una parte indispensable de las redes son los intercambios entre las personas. Estos intercambios pueden ser materiales, servicios, de tipo

emocionales u otros y logran satisfacer las necesidades de las personas (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2008, p.83).

Ahora bien, Guzmán (2003) considera que, dentro de las redes, se pueden encontrar cuatro categorías de apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

- Los apoyos materiales implican el flujo de recursos monetarios como dinero en efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, entre otros; y no monetarios, siendo estos bajo otras formas de apoyo material como comidas, ropa o pago de servicios.
- Los apoyos instrumentales, como el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.
- Los apoyos emocionales, se expresan mediante el cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia o la preocupación por el otro. Pueden expresarse como visitas periódicas o transmisión física de afectos.
- Los apoyos cognitivos, que se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información, a la entrega de consejos para entender una situación, etc. (p49).

Es posible distinguir entre dos tipos de redes: las informales y las formales. Las redes informales se basan predominantemente en las relaciones familiares y las amistades y reúnen un componente afectivo esencial. En cambio, las redes formales, tienen el propósito específico de dar apoyo a las personas. En estas sus miembros cumplen roles concretos y en ocasiones requieren de una preparación adecuada. Las redes formales pueden ser parte de un centro de salud, centro comunitario, de una iglesia, o ser parte de programas gubernamentales (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2008, p.83).

Por su parte, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2020), explica que, de acuerdo a los tipos de apoyo, las redes se clasifican en formales e informales.

Informales: Las redes informales son las personales y comunitarias, que a su vez se dividen en primarias y secundarias.

- Primarias: Son aquellas conformadas por la familia, amigos y vecinos. Entre sus funciones incluye, la socialización, cuidado y afecto, reproducción y estatus económico.
- Secundarias: Conformadas por grupos recreativos, organizaciones civiles y sociales, organizaciones religiosas, relaciones laborales o de estudio. En sus funciones se encuentran la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y de consejos, dar ayuda material y de servicios y el acceso a contactos nuevos.

Formales: Son aquellas conformadas por organizaciones del sector público en diferentes niveles del gobierno, ya sea federal, estatal o municipal y que cumplen una función de orientación, información, capacitación, promoción y atención de la salud, alimentación, defensa de derechos, recreación, cuidados, etc. (sp.).

Para Guzmán (2003), de acuerdo a su función, es posible tipificar a las redes de apoyo en tres criterios:

- Redes basadas en la reciprocidad, en las cuales se produce un intercambio de bienes y servicios como parte integral de una relación duradera.
- Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios, que se centran primero en un individuo o institución para luego distribuirse en la comunidad o sociedad y, por último,
- Redes basadas en el mercado, en las que los bienes y servicios se intercambian sobre la base de la ley de oferta y demanda; sin implicaciones sociales de largo plazo (p44).

Además, las redes de apoyo pueden presentar las siguientes características:

- Un sentido de solidaridad entre sus integrantes;

- Son heterogéneas e incluyentes, ya que pueden ser integradas por personas de cualquier edad, sexo, condición económica, creencias, entre otros;
- Actúan con autonomía, según el criterio de las propias redes;
- Buscan alcanzar objetivos concretos, según las necesidades;
- Existe reciprocidad, se da y se recibe en proporción a las circunstancias de cada persona o grupo;
- Se da una interacción entre sus integrantes y elementos externos, sociedad e instituciones;
- Pueden ser cambiantes, pueden renovarse y adaptarse a las necesidades del entorno;

Son resolutivas, ya que generan una solución a diversas situaciones (INAPAM, 2020, sp).

2.6.1 Redes de apoyo para personas transgénero.

Con respecto a las redes de apoyo, Barrón (2001), señala que la relación entre salud mental y apoyo social está ampliamente documentada. El apoyo social es un factor de protección para los problemas psicológicos y actúa de dos maneras diferentes. La primera es de una forma directa, es decir el apoyo social tiene un efecto positivo en la salud y el bienestar de la persona, independientemente de si tiene malestar o no. La segunda tiene que ver con un efecto de amortiguación, lo que significa que el apoyo social es un moderador de otros factores que influyen en la salud, como las crisis y los acontecimientos vitales estresantes (Citado por Del Olmo, 2008, pp.3-4).

Por lo que las personas que se encuentran en una situación vulnerable y tienen apoyo social sufren menos y tienen menos malestar que aquellas que no lo tienen. En general esto se puede aplicar a cualquier grupo que sufra discriminación y se encuentre en riesgo de exclusión. Uno de ellos, es el colectivo de personas transgénero/transexuales (Del Olmo, 2018, p.4).

Para las personas transgénero, una de las redes de apoyo más importantes es la familia. Esta cumple una función esencial de mediación entre el individuo y la sociedad. Es el núcleo primario del hombre, donde surgen y se desarrollan las primeras vivencias afectivas, la primera percepción de identidad y de diferenciación del yo, con respecto a otros seres humanos y al medio. Es en la familia donde se aprueban, estimulan, refuerzan o desaprueban las primeras instancias comportamentales, las normas de conducta social y las primeras relaciones interpersonales, y es en ella donde todas estas dimensiones del funcionamiento psicológico y social del ser humano van adquiriendo sentido personal (Fernández, 2007, p33).

Entonces, se considera que el apoyo de los padres y la familia e incluso de la sociedad en orientaciones sexuales e identidades no normativas, es fundamental para el pleno y armonioso desarrollo de la personalidad de todos los niños y las niñas y para desafiar las fronteras del derecho y las construcciones y prácticas sociales estereotipadas que perpetúan la discriminación contra estas personas (Perezi, 2016, sp.). Además, de acuerdo con la propuesta teórica de Caplan en 1974, citado por Gracia en 2002, los sistemas de apoyo social suministran a las personas las “provisiones psicosociales” necesarias para mantener la integridad física y psicológica a lo largo de su desarrollo (p.83).

Ahora bien, existen redes de apoyo en forma de organizaciones dirigidas a personas transgénero, sin embargo, no fue posible encontrar información respecto a las funciones exactas y el tipo de apoyo brindado por las mismas, a pesar de ello, existen gran organizaciones en el país que ofrecen sus servicios a esta población (Ver Anexo 1).

CAPÍTULO 3. PROCESO DE TRANSICIÓN

3.1 Disforia de género.

En relación a la disforia de género, el DSM-V (2014) explica que se refiere a una insatisfacción afectiva/cognitiva de un sujeto con su género asignado. A diferencia del DSM-IV, en el que se refería como “trastorno de identidad de género”, esta versión se centra más en disforia como un problema clínico y no en la identidad como tal. La disforia de género hace referencia al malestar que acompaña a la incongruencia entre el género expresado por un sujeto y su género asignado. Por género asignado se entiende como la identificación inicial de la persona como varón o mujer, la cual ocurre generalmente en el nacimiento. A pesar de que no todas las personas presentaran malestares como consecuencia de dicha incongruencia, muchas presentaran cierto malestar si no pueden acceder a intervenciones físicas, mediante hormonas y/o cirugías (p.451).

Además, Mayer en 2016, agrega que disforia de género no es lo mismo que disconformidad de género o trastorno de identidad de género. La disconformidad de género describe a una persona cuyo comportamiento es contrario a las normas de su género concordante con su sexo biológico. Además, agrega que no existen pruebas científicas de que todas las personas transgénero sufran disforia de género (p.90).

3.1.1 Criterios diagnósticos.

A continuación, se estudian los criterios diagnósticos, prevalencia, desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, diagnóstico diferencial, y comorbilidad, presentados por el DSM-V creado por la APA en 2014. En relación a los criterios diagnósticos, el DSM-V ha optado por separar la disforia de género en niños de la disforia de género en adolescentes y adultos (p.452).

3.1.1.1 *Disforia de género en niños.*

Acerca de la disforia de género en la infancia, esta es una condición compleja, y es de suma importancia su detección temprana y un tratamiento integral, buscando con ello una mejor calidad de vida y una disminución en la comorbilidad mental y la propia disforia de género (De Antonio, 2015, sp.).

Para la disforia de género en niños se consideran:

“A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):

1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.

3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.

4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.

5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.

6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.

7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.

8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.” (APA, 2014, p.452).

Es importante mencionar que en la versión traducida del DSM-V se ha decidido sustituir la palabra “género” por “sexo” a pesar de que existe una diferencia en cuanto al significado y uso de ambos términos en la lengua española. Por lo que al hablar del término “sexo” debe entenderse el significado como “género”. (APA, 2014, p.452).

3.1.1.2 Disforia de género en adolescentes y adultos.

En cuanto a los criterios de género en adolescentes y adultos, el CIE-11 señala:

“La discordancia de género en la adolescencia o adultez se caracteriza por una discordancia marcada y persistente entre el género experimentado por la persona y el sexo asignado, lo que a menudo conduce a un deseo de "transición" para vivir y ser aceptada como una persona del género experimentado, ya sea por medio de un tratamiento hormonal, intervención quirúrgica u otros servicios de salud, para que el cuerpo pueda alinearse, tanto como lo desee y en la medida de lo posible, con el género experimentado. El diagnóstico no se puede hacer antes del inicio de la pubertad. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas una base para determinar el diagnóstico (2019, sp).”

Por su parte, en el DSM-V se consideran los siguientes criterios:

“A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).

2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).

3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.

4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.” (2014, pp.452-453).

Además, en el DSM-V se solicita que se especifique si el individuo ha llevado a cabo una transición a tiempo completo con el sexo deseado ya sea con legalización del cambio al sexo deseado o no. De igual manera se considera indispensable especificar si la persona se ha sometido o planea someterse a una o más intervenciones quirúrgicas o a algún tratamiento hormonal. (DSM-V, 2014, p.453).

3.1.2 Características diagnósticas.

En cuanto a las características diagnósticas, De Antonio (2015) citando a Richaud (2004), Hembree (2009), Moreno-Pérez (2012), y The World Professional Association for Transgender Health (2012), explica que, dadas las consecuencias parcial o totalmente irreversibles de los tratamientos hormonales, es absolutamente necesario realizar un cuidadoso diagnóstico. Por consiguiente, el profesional que realiza el diagnóstico tiene que tener una buena formación en psicopatología del desarrollo en la infancia y adolescencia, y ser competente en el diagnóstico y tratamiento de problemas mentales, además de ser un amplio conocedor de la disforia de género (sp.).

Como características diagnósticas en el DSM-V (2014) se considera que las personas con disforia de género tienen una incongruencia marcada entre el sexo asignado y el sexo expresado y puede existir un malestar como consecuencia de dicha incongruencia. La incongruencia no es solo hacia el sexo contrario, sino que pueden existir identidades alternativas de sexo más allá de los estereotipos binarios, por lo que el malestar existente puede incluir un deseo no solo hacia el sexo contrario, sino que puede ser hacia cualquier sexo alternativo, siempre y cuando difiera del sexo asignado (p.453).

Asimismo, la disforia de género puede manifestarse de manera diferente de acuerdo al grupo de edad. Las personas con disforia de género asignadas chicas al nacer en edades prepuberales pueden expresar el deseo de ser chicos, afirmar que son chicos o que al crecer serán chicos. Pueden preferir ropas y el estilo de cabello que comúnmente son utilizados por los chicos. Además, pueden percibirse por desconocidos como chicos y pueden pedir que les llamen por un nombre de chicos. Pueden manifestar intensas reacciones negativas a los intentos parentales de vestir atuendos femeninos. Pueden mostrar una intensa identificación y preferencia con el otro sexo en sueños, fantasías, juegos de rol, deportes de contacto, juegos de pelea, juguetes o actividades basados en estereotipos masculinos. Pueden negarse a orinar en posición sedente e incluso pueden manifestar el deseo de tener

pene, aseguran tener pene o que cuando crezcan lo tendrán. De igual manera, pueden manifestar un rechazo al crecimiento de pechos y a la menstruación (DSM-V, 2014, p.453).

Ahora bien, las personas con disforia de género asignadas chicos al nacer, pueden expresar el deseo de ser chicas, afirmar que son chicas o que cuando crezcan serán chicas. Muestran una marcada preferencia por usar vestimenta típica de mujeres, fantasías y juegos de rol femeninos, actividades, juegos, y pasatiempos que son estereotipos femeninos. Además, evitan juegos o actividades con estereotipos masculinos. Con frecuencia pueden expresar que encuentran su pene y testículos desagradables, quieren quitárselos, rechazan tenerlos o quieren tener una vagina (DSM-V, 2014, p.453).

En el caso de los jóvenes adolescentes con disforia de género sus características clínicas pueden asemejarse a las de los niños o a las de los adultos, dependiendo del nivel de desarrollo. Como sus características sexuales secundarias aún no se encuentran completamente desarrolladas, pueden no manifestar disgusto por ellos mismos, aunque muestran una preocupación por los cambios físicos inminentes (DSM-V, 2014, p.454).

En cuanto a los adultos con disforia de género la incongruencia entre el sexo que se experimenta y las características físicas, es a menudo acompañada del deseo de liberarse de sus características sexuales primarias o secundarias y de un fuerte deseo de adquirir ciertas características sexuales primarias o secundarias del sexo contrario al asignado. También pueden adoptar la conducta, vestimenta y manierismos del otro sexo. Pueden manifestar incomodidad al ser considerados en la sociedad por el sexo asignado al nacer. En ocasiones, pueden tener suficiente certeza interior para sentir y responder al sexo deseado sin buscar tratamiento médico para modificar sus características corporales y algunos pueden encontrar formas alternativas de resolver la incongruencia entre el sexo asignado y el expresado, viviendo parcialmente en el rol deseado que no es femenino ni masculino (DSM-V, 2014, p.454).

3.1.3 Características asociadas que apoyan el diagnóstico.

En relación a las características que apoyan el diagnóstico, Adelson (2012) y Guss (2015) citados por Serón (2021) refieren que la persona con disforia de género expresa su sintomatología dependiendo de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra. En la niñez pueden manifestar una incomodidad al sentir desagrado por sus propios genitales, pueden ser rechazados por sus compañeros y sentirse aislados, manifestar explícitamente que desean pertenecer al género opuesto a su sexo biológico. En la adolescencia puede ver agudizados los conflictos propios de esa edad, debido al desarrollo sexual no acorde a la identidad de género con la que se identifica, puede presentar conflictos en el hogar por no sentirse comprendido o aceptado, ser víctima de maltrato y acoso en el ambiente escolar y tener más riesgo de consumo de sustancias. Por otro lado, las personas adultas pueden usar vestimenta del sexo opuesto, sentirse aislados, desear vivir como una persona del sexo opuesto y desear deshacerse de sus propios genitales. Tanto niños/as, adolescentes como adultos pueden mostrar hábitos característicos del género con el que se identifican, sufrir depresión o ansiedad y alejarse de la interacción social. Sin embargo, es importante reiterar que estas experiencias pudiesen ser transitorias en el proceso identitario; se vuelven patológicas en la medida que causan intenso y sostenido sufrimiento en los individuos, con importante compromiso funcional (sp.).

Por su parte, el DSM-V (2014), refiere que, al comenzar a manifestarse las características de la pubertad, las personas asignadas chicos al nacer, pueden afeitarse las piernas al empezar a crecer el vello. Pueden esconder los genitales para ocultar las erecciones. Por el contrario, las personas asignadas chicas al nacer, pueden intentar esconder el pecho, caminar de manera encorvada, o usar ropa holgada para hacer el pecho menos visible. De manera más frecuente, los adolescentes pueden buscar supresores hormonales de los esteroides gonadales, algunas veces sin prescripción o supervisión médica. A menudo buscarán tratamiento hormonal y muchos desearán cirugías de reasignación de sexo. Cuando se les acepta en su

entorno, expresarán de manera abierta su deseo de ser y ser tratados con el sexo contrario y se expresarán como tal, en la vestimenta, el peinado, en el nombre y buscarán amistades del sexo con el que se identifican (p.454).

Además, los adolescentes mayores, en las relaciones sexuales, normalmente no muestran ni permiten que toquen sus órganos sexuales. En el caso de los adultos con aversión a sus genitales, muestran una marcada preferencia por evitar que sus parejas vean o toquen sus genitales. Algunos pueden buscar tratamiento hormonal o cirugía (DSM-V, 2014, p.454).

Por otro lado, los riesgos antes de la reasignación de sexo en personas con disforia de género, se encuentran la ideación suicida, intentos de suicidio o suicidios. Tras la reasignación de sexo, la adaptación puede variar y el riesgo de suicidio puede permanecer (DSM-V, 2014, p.454).

3.1.4 Prevalencia.

Por otra parte, no hay estudios concretos sobre la prevalencia de la transexualidad y evidentemente menos aún de los comportamientos de género no convencionales, porque no se han llevado a cabo, o porque los esfuerzos para lograr estimaciones realistas están cargados de enormes dificultades. Aunque los estudios de prevalencia existentes establecieron que existía una proporción similar de personas transexuales, es posible que las diferencias culturales de un país a otro alterarían las expresiones y las manifestaciones conductuales de diferentes identidades de género y la medida en que el género con el que se identifican está presente realmente en una población. Es una realidad que, en la mayoría de los países, cruzar el límite de género normativo genera censura moral, en ciertas culturas hay evidencias de comportamientos no conformes de género que son menos estigmatizadas e incluso veneradas en algunos casos (Besnier en 1994 y Zucker en 2009, citados por Vasco, 2016 (p.69).

Sin embargo, el DSM-V comparte que en los adultos nacidos varones, la prevalencia oscila del 0.005 al 0.014%, y en las nacidas mujeres entre el

0.002 y el 0.003%, pero el DSM-5 advierte que dichas cifras pueden estar subestimadas debido a que no todas las personas con disforia de género que buscan tratamiento hormonal o tratamiento quirúrgico de reasignación de sexo acuden a consultas especializadas (DSM-V, 2014, p.454).

En cuanto a las diferencias de sexo en las cifras de derivaciones a consultas especializadas varía por grupo de edad. Se encuentra que, en los niños, la proporción de las personas asignadas como hombres frente a las asignadas mujeres oscila entre 2:1 y 4.5:1. En cuanto a los adolescentes, la proporción se encuentra próxima a la paridad. En los adultos, en cambio, la proporción favorece a las personas asignadas varones, con proporciones que oscilan entre 1:1 y 6.1:1 (DSM-V, 2014, p.454).

3.1.5 Desarrollo y curso.

En cuanto a los niños, ellos pueden expresar su identidad de género por medio de los juguetes, los juegos y deportes que eligen. Por su parte, algunas de las formas que tienen las personas de expresar la identidad de género son:

- Vestimenta o peinado
- Nombre o apodo preferidos
- Conducta social que refleje grados variados de agresividad, dominio, dependencia y delicadeza.
- Los modales, el estilo de conducta, los gestos físicos y otras acciones no verbales identificadas como masculinas o femeninas.
- Relaciones sociales, incluyendo el género de sus amigos y personas a las que decide imitar (Rafferty, 2019, sp).

Ahora bien, debido a que la expresión de la disforia de género varía de acuerdo a la edad, se presentan criterios diferentes para los niños y para los adolescentes y adultos. Los niños menores a diferencia de los adolescentes y adultos, expresan con menos probabilidad la disforia anatómica persistente. El malestar puede surgir solamente cuando el ambiente social

no apoya el deseo del menor de ser del sexo contrario. En los adolescentes y adultos, el malestar puede manifestarse por la fuerte incongruencia entre el sexo que experimenta y el sexo somático. Sin embargo, el malestar puede aminorarse cuando se encuentra en un ambiente de apoyo y con el conocimiento de tratamientos biomédicos para reducir la incongruencia (DSM-V, 2014, pp.454-455).

3.1.5.1 Disforia de género sin un trastorno de desarrollo sexual.

Por un lado, en los niños, el comienzo de las conductas de cambio de sexo ocurre generalmente a los 2 y 4 años de edad. Por ejemplo, en menores de edad preescolar pueden aparecer conductas generalizadas de cambio de sexo, como el deseo expresado de ser del otro sexo o con menor frecuencia el expresar ser miembro del otro sexo. Algunas veces, dicho deseo se presenta en momentos más tardíos, como en el comienzo de la educación primaria. Dichas expresiones de disforia anatómica son más frecuentes conforme los individuos con disforia de género se acercan a la pubertad (DSM-V, 2014, p.455).

En cuanto a las tasas de persistencia de la disforia de género desde la infancia a la edad adulta, estas varían. En las personas nacidas varones, la persistencia oscila entre el 2.2 y el 30%. En las personas nacidas mujeres, la persistencia oscila entre el 12 y el 50%. La persistencia de la disforia de género se correlaciona con las dimensiones de la gravedad determinadas en la evaluación basal durante la infancia. Además, No está claro si algunos de los planteamientos terapéuticos para la disforia de género en los niños se relacionan o no con las tasas de persistencia a largo plazo (DSM-V, 2014, p.455).

Otro punto es que la mayoría de las personas que nacen varones, como las que nacen mujeres, y presentan persistencia se sienten atraídas sexualmente por individuos de su sexo de nacimiento. Ahora bien, la mayoría de los niños nacidos varones cuya disforia sexual no persiste presentan androfilia, es decir, les atraen sexualmente los hombres y a

menudo se identifican a sí mismos como homosexuales y el porcentaje va del 63 al 100 %). Así pues, entre las niñas nacidas mujeres cuya disforia de género no persiste, el porcentaje de las que presentan ginefilia, es decir, les atraen sexualmente las mujeres y que se identifican a sí mismas como lesbianas es menor, este oscila entre un 32 y un 50 % (DSM-V, 2014, p.455).

Además, en las personas adolescentes y adultas nacidas varones hay dos trayectorias para desarrollar disforia de género, el comienzo temprano y el comienzo tardío. En la disforia de comienzo temprano, se inicia en la infancia y continúa hasta la adolescencia y la edad adulta, o puede haber un periodo intermitente en el que la disforia de género cesa, y los individuos se identifican como homosexuales, más tarde se presenta una recurrencia a la disforia de género. Por su parte, la disforia de género de comienzo tardío ocurre durante la pubertad o más tarde (DSM-V, 2014, p.455).

Por su parte, los adolescentes y adultos nacidos varones con disforia de género de comienzo temprano casi siempre se sienten atraídos sexualmente por hombres. Los adolescentes y adultos con disforia de género de comienzo tardío comúnmente se involucran en conductas travestistas con excitación sexual. La mayoría tiene ginefilia, o se sienten atraídos sexualmente por otros sujetos nacidos varones y con disforia de género de comienzo tardío tras la transición. Un gran porcentaje de adultos varones con disforia de género de comienzo tardío cohabita o está casado con sujetos nacidos mujeres y después de la transición de género, muchas de estas personas se identifican como lesbianas. Entre los adultos nacidos varones con disforia de género, el grupo de comienzo temprano busca atención clínica para tratamiento hormonal y cirugía de reasignación a edades más tempranas que los del grupo de comienzo tardío. El grupo de comienzo tardío puede tener más fluctuaciones en el grado de disforia de género y pueden ser más ambivalentes respecto a la cirugía de reasignación de sexo, siendo menos probable que queden satisfechos tras la misma (DSM-5, 2014, p.456).

En cambio, en las personas adolescentes y adultas nacidas mujeres, es más común la forma de comienzo temprano de la disforia de género y la forma de comienzo tardía es mucho en individuos nacidos varones que nacidos mujeres. Puede haberse presentado un período en el que la disforia de género haya cesado y los sujetos se hayan identificado como lesbianas; sin embargo, con la recurrencia de la disforia de género se busca la consulta clínica, a menudo con el deseo de someterse a tratamiento hormonal y cirugía de reasignación de sexo (DSM-5, 2014, p.456).

Además, en los adolescentes y adultos nacidos mujeres con disforia de género de comienzo temprano casi siempre presentan ginefilia. En cambio, los adolescentes y adultos con la forma tardía de la disforia de género presentan normalmente androfilia y, tras la transición de sexo, se identifican a sí mismos como homosexuales. Los sujetos nacidos mujeres con la forma de comienzo tardío no muestran conductas travestistas concurrentes con excitación sexual (DSM-5, 2014, p.456).

3.1.5.2 Disforia de género con un trastorno de desarrollo sexual.

En cuanto a los trastornos del desarrollo sexual, por lo general son asociados con una conducta sexual atípica que comienza en la infancia temprana. Sin embargo, en la mayoría de los casos, ello no conduce a la disforia de género. Cuando los sujetos con trastornos del desarrollo sexual se hacen conscientes de su historia médica y de su trastorno, en su mayoría experimentan incertidumbre sobre su sexo, en lugar de una convicción firme de que son del otro sexo. Sin embargo, la mayoría no progresa hacia la transición de sexo. La disforia de género y la transición de sexo pueden variar considerablemente en función del trastorno del desarrollo sexual, su gravedad y el sexo asignado (DSM-V, 2014, p.456).

3.1.6 Factores de riesgo y pronóstico.

Acerca de los factores de riesgo y pronóstico, estos pueden ser de tipo:

- **Temperamentales.** En los individuos con disforia de género sin un trastorno del desarrollo sexual, la conducta sexual atípica de tipo de comienzo temprano se presenta en la edad preescolar temprana, y es posible que un alto grado de atipicidad aumente la probabilidad del desarrollo de disforia de género y su persistencia en la adolescencia y adultez (DSM-V, 2014, p.456).
- **Ambientales.** Entre las personas con disforia de género sin trastorno del desarrollo sexual, los hombres con disforia de género tienen con mayor frecuencia, hermanos mayores. En los sujetos con disforia de género de comienzo tardío, los predisponentes a considerar son el travestismo fetiche habitual, el cual se desarrolla en una autoginefilia y otras formas de problemas sociales más generales, psicológicos o del desarrollo (DSM-V, 2014, pp.456-457).
- **Genéticos y fisiológicos.** En individuos con disforia de género sin un trastorno del desarrollo sexual, se señala la posibilidad una contribución genética a partir de datos que apuntan a la familiaridad del transexualismo entre hermanos no gemelos, a una mayor concordancia para el transexualismo entre hermanos del mismo sexo monocigóticos respecto de lo dicigóticos, y a cierto grado de heredabilidad de la disforia de género (DSM-V, 2014, p.457).

Respecto a hallazgos endocrinológicos, no se han encontrado alteraciones sistémicas endógenas en los niveles de hormonas de andrógenos en sujetos “XY” con 46 cromosomas, sin embargo, parece que existen niveles elevados de andrógenos (DSM-V, 2014, p.457).

En cuanto a la disforia de género asociada con trastornos del desarrollo sexual, la probabilidad de presentar más tarde disforia de género se incrementa en la producción prenatal y la utilización de andrógenos son extremadamente atípicos, comparado con lo que por general se observa en sujetos del mismo sexo asignado. Muchas personas con trastornos del desarrollo sexual y una marcada conducta sexual atípica no desarrollan disforia de género, por lo que la conducta sexual atípica por sí misma no

puede interpretarse como un indicador de disforia de género. Por otro lado, parece haber una mayor tasa de disforia de género y de cambio de sexo de mujer a hombre que de hombre a mujer en personas XY con 46 cromosomas con trastorno del desarrollo sexual (DSM-V, 2014, p.457).

Además, Moratalla en 2016, explica que el cerebro de cada individuo realiza una representación interna de su imagen corporal. Las neurociencias describen la interacción de las áreas cerebrales que procesan el sentido de la identidad. Se conoce que las personas transexuales no forman una imagen corporal que pueda resultar satisfactoria, debido a la discordancia entre sexo biológico y la identidad de género que perciben. La experiencia de esta incongruencia genera un estrés psicosocial. La transexualidad tiene una base biológica en la estructura funcional del cerebro, que no puede ser explicado por una condición física intersexual. El cuerpo de las personas transexuales tiene la estructura funcional propia de la dotación genética femenina “XX” o masculina “XY” desde la que se ha constituido, al igual que el cerebro. Es el cerebro y las conexiones cerebrales de las áreas que se integran en la red de percepción corporal las que sufren una alteración. Existe una predisposición genética cuya causa parece deberse a la desregulación de la actividad de las hormonas sexuales durante el desarrollo prenatal y neonatal del cerebro. Los datos, de los que se dispone, apuntan a formas heredadas de genes polimorfos, ligados a la acción de las hormonas sexuales. Como ocurre habitualmente, el conocimiento de una enfermedad o un trastorno con base genética, y su posible tratamiento, se adelanta a la definición precisa de cuál es la causa genética concreta que lo produce (pp.82-83).

3.1.7 Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura.

En cuanto a los aspectos diagnósticos, parece muy probable que las diferencias culturales puedan influir en las expresiones conductuales de las personas. Por ello, una de las dificultades más claras para establecer un diagnóstico, es la gran diversidad de formas, situaciones y vivencias con que

se presenta la disforia de género y que no se ajustan a las concepciones binarias que manejamos respecto a lo que es ser un hombre o una mujer en nuestra sociedad (Bergero, 2008, sp.).

Además, se describen individuos con disforia de género en muchos países y culturas, incluso en ciertas culturas con otras categorías sexuales institucionalizadas distintas a la de hombre y mujer se ha descrito un equivalente de la disforia de género. No se tiene claro si en dichas personas se cumplen los criterios de diagnóstico de la disforia de género (DSM-V, 2014, p.457).

3.1.8 Marcadores diagnósticos.

Al respecto, el DSM-V manifiesta que los individuos con un trastorno somático del desarrollo sexual presentan alguna correlación de la identidad sexual con el grado de producción y de utilización prenatal de andrógenos. Sin embargo, dicha correlación no es lo suficientemente sólida como para considerar que el factor biológico pueda sustituir a la evaluación de la disforia de género, mediante una entrevista diagnóstica integral (DSM-V, 2014, p.457).

3.1.9 Consecuencias funcionales de la disforia de género.

En cuanto a la preocupación relacionada con el deseo de cambio de sexo, esta puede aparecer a cualquier edad tras los 2 o 3 años de edad y a menudo puede interferir con las actividades diarias. Los niños mayores pueden presentar malestar y aislamiento social debido a la incapacidad de adquirir habilidades y relaciones con compañeros del mismo sexo (DSM-V, 2014, pp.457).

Por su parte, algunos menores pueden manifestar una aversión a asistir al colegio como consecuencia del acoso sufrido por parte de sus compañeros o como resultado de la presión ejercida en ellos para vestir

atuendos típicamente asociados con su sexo asignado (DSM-V, 2014, p.458).

En cambio, en los adolescentes y adultos, también se manifiesta una interferencia en las actividades diarias por los deseos de cambio de sexo. Frecuentemente se presentan dificultades en las relaciones y el funcionamiento escolar y laboral se pueden ver afectados (DSM-V, 2014, p.458).

Además, la disforia de género, se encuentra asociada a altos niveles de estigmatización, discriminación y victimización, generando conceptos negativos respecto a uno mismo, así como altas tasas de comorbilidad por trastornos mentales, también abandono escolar y marginación económica con riesgos de tipo social o mental, mayormente en sujetos con pocos recursos familiares (DSM-V, 2014, p458).

3.1.10 Diagnóstico diferencial.

En cuanto al diagnóstico diferencial, se pueden presentar:

Inconformidad con los roles sexuales. La disforia de género debe diferenciarse con el inconformismo con la conducta sexual estereotipada por el gran deseo de ser de un sexo diferente al asignado y el rechazo a las actividades e intereses típicos de dicho sexo asignado. Resulta de gran importancia que el diagnóstico clínico se limite a los sujetos cuyo malestar y deterioro cumpla los criterios específicos (DSM-V, 2014, p.458).

Trastorno de travestismo. Este trastorno se presenta de manera más frecuente en varones adolescentes y adultos heterosexuales o bisexuales que en mujeres. En quienes vestirse con ropas del sexo contrario puede generar excitación sexual y provoca malestar o deterioro sin que se someta a cuestión su sexo asignado. En ocasiones puede ir acompañado de disforia de género y estas personas pueden recibir ambos diagnósticos. A veces, en los casos de disforia de género tardío de individuos nacidos varones con ginefilia, el precursor es una conducta travestista con excitación sexual (DSM-V, 2014, p.458).

Trastorno dismórfico corporal. Una persona con este trastorno se centra en la alteración o eliminación de una parte corporal específica ya que esta es percibida como formada de modo anormal. Una persona que desea que se le ampute un miembro sano porque ello lo hace sentirse más completo, normalmente no desea cambiar de sexo. Cuando un individuo cumple los criterios de la disforia de género y del trastorno dismórfico corporal, deberá recibir ambos diagnósticos (DSM-V, 2014, p.458).

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Raramente se pueden presentar delirios de pertenencia a otro sexo y en ausencia de síntomas psicóticos, con la insistencia del individuo con disforia de género de pertenecer al género contrario no debe considerarse un delirio. El DSM-V estipula que la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos pueden concurrir con la disforia de género (DSM-V, 2014, p.458).

Otras presentaciones clínicas. No se cumplen los criterios de disforia de género cuando un sujeto busca la castración o la penectomía por razones estéticas o como un medio para eliminar el efecto psicológico de los andrógenos, todo ello sin cambiar su identidad masculina (DSM-V, 2014, p.458).

3.1.11 Comorbilidad.

El DSM-V explica que en el caso de los niños que son remitidos por disforia de género presentan niveles altos de problemas emocionales y conductuales, como trastornos de ansiedad, trastornos disruptivos del control de impulsos y depresivos. En niños prepuberales, el incremento de la edad es asociado con problemas emocionales y conductuales, debido a la falta de aceptación de la conducta sexual variante por parte de los demás. En niños mayores, la conducta sexual variante a menudo suele conducir al aislamiento de los compañeros, lo que puede conducir a más problemas conductuales. En el caso de los adolescentes con disforia de género, derivados a clínicas de especialización, presentan trastornos mentales comórbidos, en los que se encuentran con mayor frecuencia los trastornos de ansiedad y los

depresivos. En los adultos con disforia de género, se presentan problemas de salud mental, en los que son más frecuentes los trastornos de ansiedad y depresivos (2014, pp.458-459).

En cuanto a la ansiedad, es relativamente frecuente en personas con disforia de género, incluso en las culturas en las que se aceptan conductas sexuales variantes. En el caso del trastorno autista, es más prevalente tanto en niños como en adolescentes que son remitidos a clínicas de especialización que entre la población en general (DSM-V, 2014, p459).

Por su parte, Mora (2020), citando a Spack (2012), Shumer (2013), James (2016), Shumer (2016), Mora (2017), Eisenberg (2017), Johns (2019), Austin (2020), refiere que las intervenciones médicas por parte del endocrinólogo pediátrico pueden diferenciarse en tres etapas.

- La primera fase, durante la infancia, se puede tener un primer encuentro con el menor y su familia sin ser necesario iniciar tratamiento alguno (pp.2-3).
- En la segunda etapa, durante el inicio de la pubertad, el objetivo será frenar la aparición de los caracteres sexuales secundarios no deseados mediante la administración de bloqueadores puberales (pp.2-3).
- En la tercera fase, se lleva a cabo la administración de hormonas sexuales con el que se busca promover el desarrollo de los caracteres sexuales del género con el que se identifica la persona. Por lo general, la terapia hormonal y la cirugía son necesarios para aliviar la disforia de género, aunque algunas personas precisan solo de una de ellas o incluso de ninguna. Con todo ello se busca reducir la comorbilidad psiquiátrica asociada, ya que un problema de gran magnitud en los jóvenes transexuales son los problemas psiquiátricos. Esta población, presenta altas tasas de depresión, ansiedad, ideación suicida e intento de suicidio. En algunas estadísticas el intento de suicidio llega hasta un 40%, con una tendencia suicida más elevada entre los jóvenes transgénero. Esta comorbilidad psiquiátrica podría estar

justificada en parte por el acoso y la persecución que sufren en muchas ocasiones los jóvenes transgénero por parte de la sociedad, sumados a la experiencia de vivir con un malestar intenso propio de la disforia de género. De igual manera, se debe tener en cuenta que los jóvenes transexuales, por el simple hecho de ser adolescentes, son más propensos a presentar comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias, prácticas sexuales inseguras y violencia interpersonal, siendo también más frecuente la ideación suicida (pp.2-3).

3.2 Proceso de transición en personas transgénero.

Con respecto a la transición, es un proceso por el cual algunas personas transgénero empiezan a vivir sus vidas en el género con el que se identifican en vez del sexo que les fue asignado al nacer (Human Rights Campaign, sf., sp.).

Además, la transición de un género a otro es un proceso complejo que realizan las personas transgénero. A menudo, dicho proceso comienza con la expresión de género preferido en situaciones y espacios en los que se sienten seguros. Generalmente, este cambio se da de manera gradual hasta llegar a vivir completamente como miembros del género con el que se identifican. No existe una manera correcta o única de llevar a cabo la transición (APA, 2013, p.3).

Ahora bien, el proceso de transición de cada persona es diferente y existen muchos factores que pueden determinar la manera en que una persona desee vivir y expresar su identidad de género. En primer lugar, es de suma importancia encontrar un profesional de la salud mental calificado y con experiencia en brindar atención a personas transgénero. Dicho profesional puede brindar orientación y en caso de ser necesario, remitir a otros profesionales que puedan apoyar en la transición. Además, puede resultar de mucha ayuda conocer a otras personas transgénero mediante

grupos de apoyo de individuos que estén en el mismo proceso y organizaciones de la comunidad transgénero (APA, 2013, p.3).

Asimismo, es importante resaltar que no todas las personas transgénero desean realizar la transición. Además, quienes lo hacen, pueden hacerlo de diferentes maneras, algunas deciden hacer solamente una transición social y no una transición médica. Respecto a la transición médica también puede variar, algunas personas realizan una terapia hormonal, pero deciden no someterse a ninguna cirugía o solamente a un tipo de cirugía, por ejemplo, algunos pueden realizarse una mastectomía, pero no someterse a ninguna cirugía de reasignación sexual (Planned Parenthood, 2013, sp.).

Además, existen muchos factores que pueden influir en la elección de procedimientos a realizarse, dentro de estos factores se encuentran factores personales, médicos, de dinero, salud, entre otros. Si una persona decide no someterse a terapias de reemplazo hormonal o cirugías no significa que no es transgénero o que es menos real que quienes deciden hacerlo (Planned Parenthood, 2013, sp.).

En cuanto a la transición de tipo social, esta se refiere al proceso en el cual una persona transgénero adopta una expresión de género congruente con su identidad de género; esto puede incluir cambios de comportamiento, vestimenta, nombres y pronombres utilizados, e incluso el cambio de documentos de identificación oficial (si es posible realizarlo en su estado). En esta fase es importante el acompañamiento por profesionales de salud mental, trabajo social, medio escolar y orientación legal, así como el contacto con organizaciones sociales dedicadas a promover el reconocimiento de los derechos de las personas (Castilla, 2018, sp.).

Además, dentro de la transición social se puede incluir:

- Revelarse como persona transgénero ante familiares y amigos.
- Solicitar el uso de pronombres acordes al género con el que se identifica.

- Elección de un nuevo nombre y solicitar ser llamado con dicho nombre.
- Vestirse y arreglarse de una manera que coincida con el género identificado (Planned Parenthood, 2013, sp.).

Con respecto a las intervenciones de afirmación de género dirigidas a modificar físicamente el cuerpo de las personas transgénero, estas pueden ser de tipo hormonal o quirúrgico. Por lo general se ofrecen a las personas transgénero interesadas después de haber llevado a cabo una transición social de género. Estas intervenciones deben ser realizadas en colaboración con un profesional de salud mental y profesionales con experiencia en atención a personas transgénero, siempre centrándose en los objetivos, los temores y las expectativas de la persona, y tomando en cuenta que estos pueden cambiar a lo largo del tiempo (Castilla, 2018, sp.).

Asimismo, dentro de la transición médica en hombres transgénero, podemos encontrar: Terapia de reemplazo hormonal e intervenciones quirúrgicas:

- Terapia hormonal: para crear características masculinas como una voz más grave, hacer que crezcan el vello facial y los músculos, hacer que la grasa corporal pase de la cadera y los senos (pechos) hacia otras partes del cuerpo, interrumpir el periodo (regla), etc.
- Reconstrucción del pecho masculino o “cirugía superior” (retirar los senos y el tejido mamario).
- Histerectomía: sacar los órganos reproductivos internos femeninos, como los ovarios y el útero.
- Faloplastia: construcción de un pene usando piel de otras partes del cuerpo.
- Metoidioplastia: cirugía que permite que el clítoris funcione más como un pene, en combinación con terapia hormonal para que aumente de tamaño (Planned Parenthood, 2013, sp.).

Dentro de la transición médica en mujeres transgénero se encuentran:

- Terapia hormonal: para crear características femeninas como menos vello corporal, senos, hacer que la grasa corporal pase hacia las caderas y las mamas, etc.
- Aumento del tamaño de los senos (con implantes).
- Orquiectomía: extirpación de los testículos.
- Depilación láser: para eliminar el vello del rostro o de otras partes del cuerpo.
- Condrolaringoplastia: para que la nuez (manzana) de Adán sea más pequeña.
- Cirugía de feminización facial: para crear rasgos femeninos, más pequeños.
- Vaginoplastia por inversión peneana: la creación de una vagina por medio de invertir la piel del pene (Planned Parenthood, 2020, sp.).

Por su parte, Garosi en 2012 explica que las personas transgénero tienden a compartir el conocimiento común que define el género como masculinidad y feminidad mutuamente exclusivos y correspondientes a un cuerpo sexuado: las características sexuales se consideran como los principales factores que definen la pertenencia a un género y estas son cruciales en el proceso de categorización sexual en la vida cotidiana, ya sea a nivel individual como social. Por lo que, las transformaciones corporales relacionadas con las características sexuales son fundamentales para las personas transgénero.

Además, Ekins y King (1999) citados por Garosi (2012), señalan que se pueden identificar tres principales estrategias de transformación de las características sexuales: 1. Sustitución. 2. Ocultamiento y 3. Disimulo:

- La sustitución significa reemplazar las partes del cuerpo socialmente asociadas con un determinado género con las características del género identificado. Estas operaciones generalmente incluyen intervenciones quirúrgicas y/o

tratamientos hormonales, los cuales producen modificaciones temporales o permanentes en el cuerpo.

- Por ocultamiento entendemos el acto de esconder partes del cuerpo que socialmente son identificadas con el género opuesto al género con el que la persona se identifica. Este ocultamiento produce modificaciones temporales en el cuerpo como alternativa a modificaciones quirúrgicas. Por ejemplo, muchos hombres transgénero optan por ocultar los pechos con ayuda de fajas, playeras muy estrechas e incluso vendas, o, por el contrario, optan por la utilización de playeras o sudaderas muy amplias para modificar la apariencia de la forma del cuerpo.
- Mientras que por disimulo se entiende al hecho de asumir la presencia de ciertos signos de género, en particular las características sexuales secundarias. Pueden simular la presencia de un pene utilizando prótesis, ya sea que hayan sido creadas por diversas compañías o que hayan sido hechas por ellos mismos. Dichas prótesis pueden tener uno o más propósitos, por ejemplo, pueden ser utilizados solamente para simular un pene o puede utilizarse una prótesis que permite su utilización para orinar de pie, lo cual permite a los hombres transgénero poder utilizar baños públicos asignados al género con el que se identifican (sp.).

Cabe mencionar que no todas las personas transgénero actúan de acuerdo a los roles de género asignados. Algunas personas pueden no presentar interés en llevar a cabo ninguna modificación física o someterse a ningún tratamiento hormonal (Garosi, 2012, sp.).

3.3 Terapia de reemplazo hormonal.

Con respecto a la terapia hormonal en personas transgénero, se busca permitir la concordancia entre el sexo biológico y la identidad de género del paciente, ayudando a disminuir el malestar que presentan. Se recomienda

que antes de iniciar la terapia hormonal un experto en disforia de género confirme el diagnóstico y que el paciente esté dispuesto a recibir apoyo psicoterapéutico durante todo el proceso, tener una experiencia en la vida real adoptando un rol pleno del género con el que se identifica la persona durante 12 meses y conocer las consecuencias, riesgos y beneficios de la terapia. Asimismo, se requiere mantener la concentración sérica de hormonas sexuales cruzadas dentro del rango fisiológico para prevenir resultados adversos a largo plazo. Así pues, la terapia de reemplazo hormonal busca reducir los niveles de hormonas sexuales endógenas para poder atenuar las características sexuales secundarias del sexo biológico y reemplazar los niveles de hormonas que concuerdan con la identidad de género, logrando disminuir el malestar que experimentan las personas transgénero y lograr así una mejora en el bienestar mental (Osorio, 2018, pp.32-33).

En México, informa el Centro de Atención Transgénero Integral (CATI, sf) que, al cumplir la mayoría de edad, cualquier persona puede iniciar la terapia de reemplazo hormonal y en el caso de menores de edad, si se cuenta con el consentimiento de los padres, un adolescente puede iniciar su tratamiento hormonal a partir de los 16 años y se requiere una evaluación previa y seguimiento posterior por un experto de la salud mental. En cuanto al límite de edad de uso del tratamiento, se considera ideal para mujeres transgénero hasta los 55 años y en el caso de los hombres transgénero se considera hasta los 65 años, pero cada persona decide el tiempo de sustitución (sp).

Por su parte, Aday (2018) nos dice que el manejo hormonal de la disforia de género varía de acuerdo a la edad y a la etapa del desarrollo de la persona, además, citando a Hembree (2017), dice que se recomienda que en niños que no han completado la pubertad, se detenga farmacológicamente la pubertad en Estadios iniciales, Tanner 2 o 3 para más tarde y de manera gradual a partir de los 16 años, cuando se ha dado el diagnóstico, se utilicen hormonas sexuales cruzadas para la inducción de caracteres del sexo

opuesto. Se recomienda diferir tratamientos definitivos para después de los 18 años. En el adulto, se puede iniciar terapia hormonal posterior al proceso de diagnóstico y a una consejería completa de los riesgos, los beneficios y las expectativas de cambios corporales que le permita a la persona tomar una decisión con toda la información disponible (p319).

Al mismo tiempo, Castilla- Peón (2018) lo reafirma al exponer que el abordaje endocrinológico varía dependiendo de la etapa de desarrollo de la persona. Los menores prepuberales no requieren ninguna intervención endocrinológica, en su caso, se requiere una vigilancia cercana de los primeros datos de pubertad, que regularmente ocurren entre los 8 y los 12 años en las personas de sexo femenino, con el desarrollo del botón mamario, y entre los 9 y los 13.5 años en las personas de sexo masculino, con el crecimiento testicular. La exploración física por personal familiarizado con el proceso de pubertad es importante, pues los primeros datos de pubertad pueden pasar desapercibidos por personal no capacitado (sp.).

Además, Castilla- Peón (2018) agrega que el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios puede precipitar un malestar agudo en los niños y niñas con disforia de género. Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH; leuprorelina, triptorelina, goserelina, histrelina) inhiben el proceso de pubertad al inhibir la estimulación hipofisiaria de la producción de testosterona o de estrógenos por los testículos y los ovarios, cual sea el caso. Al bloquear la pubertad, se evitará el surgimiento de aquellos cambios irreversibles ocasionados por las hormonas sexuales (testosterona y estrógenos): en las personas nacidas mujeres, se evitará el crecimiento mamario y el ensanchamiento de la pelvis; y en las personas nacidas varones, se evitará el crecimiento del pene y los testículos, la virilización de los rasgos faciales, el crecimiento del cartílago laríngeo (manzana de Adán) y el agravamiento de la voz, la aparición del vello facial y el incremento pronunciado de la masa muscular. Al suspender la aparición de los caracteres sexuales secundarios correspondientes al sexo de nacimiento se gana tiempo para que él o la adolescente explore su

identidad de género, maneje la disforia de género, decida si desea realizar una transición de género y tome decisiones sobre otros aspectos de su proceso de afirmación de género (sp.).

Es importante mencionar que al iniciar los análogos de la GnRH en una etapa temprana de la pubertad (estadio II de Tanner), el objetivo de evitar la virilización o la feminización del cuerpo se logra de forma óptima. En caso contrario, si los análogos de la GnRH se inician en etapas más avanzadas de la pubertad, no se revierten los cambios ya presentados durante los estadios III y IV de Tanner, pero sí se detienen Castilla- Peón (2018, sp.).

Por su parte, Hembree (2018), citado por Aduay (2018), explica que, en el caso de los adultos, en la transición femenino a masculino (conocido por las abreviaturas en inglés “FTM” o en español “MaH”), también llamado transgénero masculino, el objetivo principal es lograr la masculinización, lo cual se logra principalmente utilizando testosterona exógena. La testosterona es una hormona sexual androgénica responsable del desarrollo y características masculinas. Es primariamente secretada por los testículos de varones genéticos, y es considerado el andrógeno endógeno natural principal. Con la terapia hormonal androgénica se producen modificaciones corporales, siendo éstas de tipo reversibles, parcialmente reversibles e irreversibles. Es fundamental el consentimiento informado y la comprensión total de estas modificaciones corporales.

Según Aduay (2018), dentro de los objetivos principales de la terapia de afirmación de género con testosterona se encuentran:

- La supresión de la regla y el desarrollo de la mama (reversible);
- Un incremento de la masa muscular magra (reversible);
- El desarrollo corporal con patrón masculino y vello facial (parcialmente reversible);
- Crecimiento del clítoris (irreversible);
- Profundización de la voz (irreversible) (sp.).

3.3.1 Efectos de la terapia de reemplazo hormonal.

En 2018, la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgélica (WPATH, por sus siglas en inglés) explica que los efectos de la terapia de hormonas masculinizantes tienen un tiempo de inicio esperado y un tiempo de máximo efecto esperado. (Ver Tabla 1) (p.90).

Tabla 1 Efectos y tiempo esperado de las hormonas masculinizantes.

EFECTO	INICIO ESPERADO	MÁXIMO EFECTO ESPERADO
Oleosidad de la piel/acné	1-6 meses	1-2 años
Crecimiento del vello facial/corporal	3-6 meses	3-5 años
Alopecia androgénica	>12 meses	Variable
Aumento de la masa muscular/fuerza	6-12 meses	2-5 años
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-5 años
Cese de la menstruación	2-6 meses	n/a
Aumento del clítoris	3-6 meses	1-2 años
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 años
Engrosamiento de la voz	3-12 meses	1-2 años

En el caso de las personas que realizan una transición de masculino a femenino (conocidas por las siglas en inglés MtF o con las siglas en español HaM) la WPATH (2018), informa que los efectos de la terapia de hormonas feminizantes son:

- Crecimiento del pecho (variable)
- Disminución de la función eréctil
- Disminución del tamaño testicular

- Aumento de porcentaje de la grasa corporal en comparación con la masa muscular.

Además, tienen también un tiempo de inicio esperado y un tiempo de máximo efecto esperado. (Ver Tabla 2) (p.91).

Tabla 2 Efectos y tiempo esperado de las hormonas feminizantes.

EFEECTO	INICIO ESPERADO	MÁXIMO EFECTO ESPERADO
Redistribución de la grasa corporal	3–6 meses	2–5 años
Disminución de la masa muscular/fuerza	3–6 meses	1–2 años
Suavización de la piel/ disminución de la oleosidad	3–6 meses	desconocido
Disminución de la libido	1–3 meses	1–2 años
Disminución de erecciones espontaneas	1–3 meses	3–6 meses
Disfunción sexual masculina	variable	variable
Crecimiento mamario	3–6 meses	2–3 años
Disminución del volumen testicular	3–6 meses	2–3 años
Disminución de producción de esperma	variable	variable
Pérdida y crecimiento desacelerado de vello corporal o facial	6–12 meses	> 3 años
Calvicie de patrón masculino	Sin rebrote, pérdida se detiene 1–3 meses	1–2 años

Así, la mayoría de los cambios físicos presentados, ya sean de masculinización o feminización, se producen en el transcurso de dos años, sin embargo, la cantidad de cambios físicos y la línea de tiempo exacta en el que se presentan los efectos puede ser muy variable y esto dependerá en la dosis, la vía de administración y los medicamentos utilizados, los cuales son determinados por el especialista médico de acuerdo al perfil médico de la persona.

Además, Zapata en 2019 (sp.), refiere las siguientes consideraciones clínicas en la atención de pacientes transgénero en el proceso de terapia hormonal:

- Se sugiere que las personas transgénero que iniciarán el proceso de terapia hormonal, tengan una evaluación psicológica previa al inicio del tratamiento para descartar patologías de salud mental que contraindiquen dichos tratamientos.
- Los pacientes deben dar su consentimiento informado por escrito previo al inicio de la terapia médica hormonal.
- Es muy importante mantener los programas de prevención general en dichos pacientes que se encuentran en el proceso de readecuación corporal o que ya lo han completado. Deben realizarse evaluaciones ginecológicas como mamografías y Papanicolaou de tamizaje en hombres transgénero y evaluaciones de tamizaje de cáncer prostático y evaluaciones mamarias en pacientes mujeres transgénero.
- De igual manera es importante explorar la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa que requieran de un mayor apoyo y monitorización de la presencia de indicadores de riesgo suicida.

Asimismo, Zapata (2019) agrega que dentro de los exámenes de seguimiento recomendados para pacientes transgénero sometidos a tratamiento hormonal se encuentran:

Hombres transgénero:

- Ecografía ginecológica, si el cuello uterino está presente se debe considerar Papanicolaou.
- Examen anual periareolar si se ha realizado una mastectomía, si aún no se ha realizado debe considerarse una mamografía.

Mujeres transgénero:

- Antígeno prostático, prolactina.
- Creatinina y electrolitos si se está usando espironolactona.
- Ecografía mamaria o mamografía (sp.).

3.3.2 Riesgos de la terapia de reemplazo hormonal.

La WPATH (2018) comparte que toda intervención médica llevada a cabo conlleva riesgos y dichos riesgos dependerán de numerosos factores como: la medicación en sí, la dosis administrada, la vía de administración, y las características clínicas de la persona recibiendo el tratamiento como su edad, enfermedades concomitantes, antecedentes familiares, hábitos de salud etcétera).

Existen ciertos riesgos que han sido asociados a la terapia hormonal (Ver Tabla 3) (p.93).

Cuadro 3. Riesgos asociados a la terapia hormonal.

Tabla 3 Riesgos asociados a la terapia hormonal.

Nivel de riesgo	Hormonas masculinizantes
Probable riesgo aumentado	<ul style="list-style-type: none"> • Policitemia • Aumento de peso • Acné • Alopecia androgénica (calvicie) • Apnea del sueño
Probable aumento de riesgo en	-

presencia de factores de riesgo adicionales	
Posible aumento de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Enzimas hepáticas elevadas • Hiperlipidemia
Posible aumento de riesgo en presencia de factores de riesgo adicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Desestabilización de ciertos trastornos psiquiátricos • Enfermedad cardiovascular • Hipertensión • Diabetes tipo 2
Sin aumento de riesgo o evidencia de riesgo no concluyente o no documentada	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de densidad ósea • Cáncer de mama • Cáncer cervical • Cáncer de ovario • Cáncer uterino

3.3.3 Aspectos reproductivos.

De acuerdo a Castilla-Peón (2018), a pesar de que el tratamiento con testosterona disminuye la fertilidad, los hombres transgénero que tienen útero y ovarios pueden embarazarse, aunque estén recibiendo esta hormona. Por lo que es importante prescribir un método anticonceptivo apropiado si es necesario, y advertir sobre los efectos teratogénicos de la testosterona. Además, citando a T'Sjoen (2013), refiere que si la persona transgénero opta por preservar los gametos (óvulos o espermatozoides), la probabilidad de éxito es mayor antes de iniciar el tratamiento hormonal contrasexual, y antes de retirar las gónadas (ovarios o testículos). Hay que recordar que el éxito de la preservación de óvulos aún es limitado.

Por su parte, la WPATH (2018), explica que es conveniente que las personas transgénero tomen decisiones sobre su fertilidad antes de iniciar la terapia hormonal o recibir algún tratamiento quirúrgico para eliminar o modificar sus órganos reproductores. Por lo que las y los profesionales de la salud deben discutir las opciones reproductivas con las personas transgénero antes de iniciar tratamientos médicos o quirúrgicos para la disforia de género. Las mujeres transgénero (HaM), especialmente aquellas que no se han reproducido, deben ser informadas acerca de las opciones de preservación de espermatozoides y alentadas a considerar almacenar su semen antes de iniciar la terapia hormonal. En el caso de los hombres transgénero (MaH), sus opciones de reproducción pueden incluir la congelación de óvulos o embriones. Los gametos o embriones congelados podrían más tarde utilizarse con una mujer subrogada que pueda llevar el embarazo a término. A pesar de los alcances de la tecnología, las personas deben ser advertidas que no todas las técnicas se encuentran disponibles en todas partes y además sus costos son muy elevados y es importante mencionar que en el caso de los adolescentes no desarrollarán la función reproductiva de su sexo de nacimiento debido a los bloqueadores de hormonas y a las hormonas del sexo opuesto. Actualmente no existe una técnica que permita preservar la función de las gónadas en estas personas (p59).

3.3.4 Automedicación y sus riesgos.

En cuanto a la automedicación, Fernández (2012) citado por Ovies (2020), dice que las personas con disforia de género sienten una incongruencia entre el sexo con el que nace y al género al que siente pertenecer, por lo que sienten la necesidad de adaptar su cuerpo a este último. Por ello es muy común encontrar personas transgénero que comiencen a "autohormonarse" antes de acudir a consulta psicológica y médica y muchas veces tienden a maximizar la dosis que emplean, usando diversas pautas aprendidas de la experiencia de otras personas transgénero, lo que incrementa el riesgo de

efectos adversos y muchas veces, al presentarse a consulta médica, ya presentan cambios fenotípicos y modificaciones en el patrón hormonal (sp).

Por su parte, Cañaverl (2021), citando a Merigiola (2013), Gardner (2013) y Tangpricha (2017), explica que se debe realizar una evaluación minuciosa sobre la automedicación que se haya realizado en el pasado y actualmente y refiere que entre las causas de automedicación más frecuentes son:

- Poco o nulo acceso a los servicios de salud.
- Miedo al rechazo por parte del personal de salud.
- Retraso en el inicio de la terapia en caso de ser un requisito obligatorio.
- Costos del tratamiento.
- Desconocimiento y falta de voluntad por parte del personal médico (p.25).

Además, Cañaverl (2021), agregó que las personas que recurren a la automedicación hormonal, lo hacen aplicando dosis superiores a las recomendadas, creyendo erróneamente que de esta manera obtendrán mejores y más rápido cambios corporales, aumentando los riesgos en su salud (p.26).

3.4 Cirugías.

Por otro lado, la mayoría de las personas transgénero requieren de una terapia de reemplazo hormonal, pero, además, muchas de ellas pueden también requerir la práctica de una intervención quirúrgica, con el objetivo de obtener la apariencia física que corresponde al sexo con el cual se identifican. Con las intervenciones quirúrgicas de genitales externos se busca una mayor satisfacción que muchas personas transgénero consideran, no se obtiene con el tratamiento hormonal por sí solo. Sin embargo, se debe mencionar que no todas las personas transexuales pueden sentir la necesidad de sometimiento a intervenciones quirúrgicas, por

ciertos factores, como, un estado de salud incompatible con la práctica de la cirugía, la edad o por razones de índole económica, entre otros (Diestra, 2015, sp.).

Así pues, la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (2012) citando a Hage y Karim (2000) explican que las intervenciones quirúrgicas son uno de los procesos con mayor consideración por parte de las personas transgénero. Así mismo, aclara que mientras que para muchas personas transgénero la cirugía es esencial y se hace médicamente necesaria para aliviar el malestar que causa la disforia de género y que, además, puede ayudarles a sentirse más cómodos en presencia de parejas sexuales o en lugares como consultorios médicos, piscinas o gimnasios, muchas otras se encuentran confortables con su identidad, rol y expresión de género sin necesidad de intervenciones quirúrgicas (pp.68-69). Además, citado por Cifuentes (sf.), la WPATH (2012) refiere que un adecuado acompañamiento y tratamiento multidisciplinario, que puede incluir salud mental, terapia hormonal y cirugías, son asociados a una disminución en los índices de disforia, ansiedad y depresión (p.2).

Además, durante la consulta previa a cualquier tratamiento quirúrgico, es importante discutir ampliamente el procedimiento a realizar y el tiempo postoperatorio, pero también hay otros aspectos que deben discutirse detenidamente:

- Las diferentes técnicas quirúrgicas disponibles;
- Las ventajas y desventajas de cada técnica;
- Las limitaciones de un procedimiento para lograr resultados “ideales”;
- Los cirujanos deben proporcionar una gama completa de fotografías de personas usuarias de sus servicios antes y después, incluyendo tanto los resultados exitosos como los no exitosos;
- Los riesgos inherentes y las posibles complicaciones de las diferentes técnicas; los/as cirujanos/as deben informar a las

personas usuarias de servicios de las probabilidades de complicaciones propias de cada procedimiento (WPATH, 2012, pp.64-65).

Asimismo, existen una serie de requisitos que se recomienda cubrir para toda aquella persona transgénero que desee someterse a una cirugía de reasignación de género. Entre ellos se encuentran:

- Ser mayor de edad
- Tener contacto con un psicólogo para certificar que se trata de un caso real de transexualidad.
- En algunos casos se puede solicitar poseer un certificado expedido por un psicólogo que acredite el diagnóstico de transexualidad real.
- De igual manera puede solicitarse haberse sometido a un tratamiento hormonal, dirigido por un endocrinólogo, por un periodo mínimo de 9 meses, antes de la cirugía; así como también a unas pruebas preoperatorias.
- Firmar un consentimiento informado. (Barna Clinic+ Group Hospital Clinic, sf., sp.).

3.4.1 Tipos de cirugías para hombres transgénero y sus riesgos.

En cuanto a los tipos de cirugías existentes para las personas transexuales, se pueden encontrar:

Cirugías de Hombre a Mujer (MTF) o para Mujeres Trans:

- Cirugía de mamas/pecho: mamoplastía de aumento (implantes/liporrelleno);
- Cirugía genital: penectomía, orquiectomía, vaginoplastía, clitoroplastía, vulvoplastía;
- Intervenciones quirúrgicas no genitales y no mamarias: cirugía de feminización facial, liposucción, liporrelleno, cirugía de voz, reducción del cartílago de la tiroides, aumento de glúteos

(implantes/liporrelleno), reconstrucción del cabello, y varios procedimientos estéticos (WPATH, 2012, p.65).

Cirugías de Mujer a Hombre (FTM) o para Hombres Trans:

Cirugía de mamas/pecho:

Mastectomía subcutánea: La mastectomía trans es la cirugía que permite la extirpación del tejido glandular mamario conservando la areola y el pezón, y adaptando el tamaño de estos si fuera necesario. Existen tres técnicas para realizar la mastectomía y la elección dependerá del tamaño de las mamas. Está la técnica llamada “periareolar” que suele utilizarse cuando el pecho es pequeño. Con esta técnica se realiza una incisión alrededor de la areola, a través de la cual se extrae el tejido glandular. La ventaja de esta técnica es que permite que las cicatrices sean mínimas. También está la técnica “periareolar ampliada” que se utiliza cuando las mamas son voluminosas. Consiste en realizar una incisión periareolar más otra que se amplía hacia la zona de la axila a través de las cuales se extrae el tejido glandular. En esta técnica, las cicatrices son más evidentes, aunque con el tiempo pueden quedar disimuladas por el crecimiento de vello si el paciente se encuentra en terapia de reemplazo hormonal. Por último, se encuentra la técnica de injerto libre que se utiliza cuando las mamas son realmente voluminosas el cirujano suele optar por los injertos de areola durante la cirugía (IM Gender Clinic, sf., sp.).

Dentro de los riesgos y complicaciones que podrían presentarse, se encuentran:

- Hemorragia: la hemorragia es un riesgo de cualquier operación, pero la probabilidad de una transfusión es muy baja.
- Infección: las infecciones son muy raras.
- Necrosis de pezones: el suministro sanguíneo del pezón se dañará por limitaciones de la operación y los pezones podrían morir. Si los pezones se usan como injerto, posiblemente no

sobrevivan. Sin embargo, estas complicaciones son sumamente raras.

- Cicatrización: las cicatrices de la aureola normalmente se curan bien. En cambio, la cicatriz por debajo del pecho es más larga y ancha.
- Es importante mencionar que la piel que es inelástica (debido al uso de vendaje para el pecho) puede afectar negativamente el resultado (Clínica Especializada Transgénero “CETRANS”, 2019, sp.).

Cirugía genital:

Histerectomía: La histerectomía es la técnica quirúrgica mediante la cual se extirpa la matriz y los ovarios y tiene como objetivo evitar el efecto de las hormonas femeninas que producen los ovarios, así como las posibles enfermedades que puedan asentarse en los genitales internos femeninos, que parecen acentuarse con el consumo de hormonas masculinas. Además, supone la base de la cirugía posterior de afirmación o reasignación genital. Existen tres vías básicas por las que abordar la operación: Vía abdominal, consiste en practicar una pequeña incisión abdominal baja que, posteriormente, queda disimulada por el vello púbico. A partir de esta incisión se procede a la retirada de la matriz y los ovarios. Vía laparoscópica, esta técnica requiere practicar tres incisiones separadas, a partir de las cuales se introduce un gas (el anhídrido carbónico) que hincha el abdomen. Al ingresar a la cavidad abdominal mediante el uso de pinzas laparoscópicas, se procede a la extracción del útero y los anexos. Vía vaginal, esta técnica resulta muy compleja de aplicar en el hombre transgénero y se deshecha de entrada, pues la misma se utiliza en casos de pacientes con prolapso uterino o en casos extremos en vaginas muy dilatadas por partos anteriores (IM Gender Clinic, sf., sp.).

Metoidioplastía: Es una cirugía de afirmación genital que busca crear un neopene con unos genitales externos que permitan la micción en

bipedestación, es decir, orinar de pie, y una estimulación erógena satisfactoria. Esta técnica quirúrgica permite la reconstrucción de un microfalo de unos 3 a 6 centímetros de longitud por 1,5 a 2 centímetros de diámetro. Este neopene cumple con la mayoría de los requisitos funcionales pero el resultado no permite la penetración sexual. Para conseguir un micropene a través de esta técnica es necesario que el paciente se haya sometido previamente a un tratamiento androgénico que consiga aumentar considerablemente el tamaño del clítoris (IM Gender Clinic, sf., sp.).

De acuerdo a la Clínica Especializada Transgénero (2019), existen ciertas ventajas y desventajas de la Metiodioplastia.

Ventajas:

- Se puede hacer por partes, así que el paciente puede decidir qué tanto desea modificar su anatomía.
- Se retiene la sensibilidad erógena.
- Es más barata que una faloplastia.
- Las cicatrices se disimulan muy bien y no son muy visibles.

Desventajas:

- El pene y el escroto siguen siendo más pequeños que el promedio.
- Al ser una cirugía genital, hay posibles riesgos como infecciones en el canal urinario (sp.).

Dentro de las complicaciones que podrían presentarse, se encuentran:

- Infección
- Sangrado: es posible experimentar un episodio de sangrado durante o después de la intervención.
- Extrusión de la prótesis testicular.
- Fístula uretro-cutánea: comunicación de la uretra con la piel escrotal.
- Estenosis uretral: disminución del diámetro de la uretra.

- Fístula vesico-vaginal: comunicación entre la vejiga y la vagina (IM Gender Clinic, sf., sp.).

Faloplastia: Es la técnica que permite la reconstrucción de un pene. Para conseguirlo se utiliza tejido de otras partes del cuerpo, comúnmente piel y grasa del antebrazo, aunque también se puede utilizar, entre otros, tejido del muslo o del abdomen. Este neopene presenta un aspecto muy anatómico, permite la micción bípoda (orinar de pie) y presenta sensibilidad táctil y erógena. Es importante aclarar que para permitir la penetración sexual precisará de una prótesis que deberá ser implantada en un segundo tiempo quirúrgico. Antes de someterse a la cirugía de faloplastia es necesario realizar un tratamiento hormonal que tiene como objetivo aumentar el tamaño del clítoris. También es recomendable, en el caso de presentar mucho vello en la cara interna del antebrazo, someterse a un tratamiento de depilación que elimine este pelo, pues esta zona formará parte de la uretra del neopene (IM Gender Clinic, sf., sp.).

Entre las complicaciones que se podrían presentar está:

- Infección
- Sangrado: es posible experimentar un episodio de sangrado durante o después de la intervención.
- Extrusión de la prótesis testicular.
- Fístula uretro-cutánea: comunicación de la uretra con la piel escrotal.
- Estenosis uretral: disminución del diámetro de la uretra.
- Fístula vesico-vaginal: comunicación entre la vejiga y la vagina (IM Gender Clinic, sf., sp.).

3.4.2 Expectativas versus la realidad de las cirugías.

Es de suma importancia destacar que, si el consentimiento plenamente informado del paciente es una exigencia para todo tipo de tratamiento y procedimientos médicos, es de mayor importancia el consentimiento para

los procedimientos que involucran la realización de intervenciones quirúrgicas, además existe aún una mayor exigencia para la práctica de las cirugías genitales transexuales, las mismas que son calificadas como de “alto riesgo”, debido a las diversas mutilaciones e implantaciones que tienen que realizarse sobre la anatomía de la persona transexual (Diestra, 2015, sp.).

De igual manera, es vital mencionar que la cirugía soluciona en gran medida, pero no completamente, el problema de la desarmonía entre el sexo biológico con el género con el que se identifica la persona, generando así un bienestar relativo, atendiendo a que la intervención como tal no implica un “cambio de sexo”, en razón de que el sexo con el cual se nace es invariable, hasta el momento actual de la ciencia por lo menos, y lo que en realidad se logra con estas operaciones es la readecuación o reasignación del sexo de una persona, básicamente mediante la transformación de los órganos genitales externos y de la apariencia morfológica externa en general, a fin de aproximar ésta lo más posible a la que corresponde al sexo vivido, motivo por lo que son consideradas esas operaciones como la alternativa más eficaz de cara a la demanda transexual. Es esencial que quede claro que los procedimientos quirúrgicos de readecuación de genitales externos en ningún caso otorgan por entero todos los caracteres del sexo opuesto al originario. Sin embargo, aún con la imperfección destacada, en el estado actual del avance técnico y científico constituyen el método de reasignación sexual más completo y satisfactorio (Diestra, 2015, sp.).

También, se debe enfatizar que la práctica de las operaciones bajo análisis, al igual que el sometimiento a la terapia hormonal de readecuación de sexo, promueven el ejercicio y disfrute de los llamados “derechos de la personalidad”, que obviamente titulariza el transexual como cualquier otro sujeto de derecho, aun cuando ninguno de esos tratamientos clínicos permita en forma alguna la variación del sexo cromosómico, muy a pesar de la creciente sofisticación de ellos. (Diestra, 2015, sp.).

En particular, la cirugía genital y la hormonoterapia transexuales favorecen el goce del derecho a la integridad personal del transexual, en todos sus aspectos. Es importante añadir que la realización de la intervención quirúrgica de reasignación sexual es admitida en la gran mayoría de las naciones de Occidente, siendo más sencillas las cirugías que demandan los transexuales varones a mujer que las que requieren las transexuales mujeres a varón (Diestra, 2015, sp.).

3.5 Cambios en nombre y género legalmente.

En nuestro país existen muchas personas que se han sometido a procesos quirúrgicos y tratamiento de reemplazo hormonal con la intención de llevar con normalidad una vida de acuerdo al género con el que se identifican, sin embargo esto no siempre pueden lograrlo debido a que no en todos los estados de la república existe una legislación completa que les permita realizar una rectificación de nombre y género por lo que en su vida diaria deben enfrentarse a un juicio social por no contar con la documentación necesaria y completa que les permita vivir con tranquilidad y con las garantías jurídicas a las que tiene derecho (Reséndiz, 2012, p.151).

Por su parte, La Real Academia Española define a la palabra “nombre” como: 1. m. Palabra que designa o identifica seres animados o inanimados; p. ej., hombre, casa, virtud, Caracas. 2. m. nombre propio. 3. m. nombre que se da a la criatura cuando se bautiza o el que se le adjudica por elección para identificarla junto a los apellidos (RAE, sf., sp.). Mientras que Reséndiz (2012, p.152) agrega:

“Para el diccionario jurídico nombre es el vocablo que se apropia o se da a un apersona o cosa a fin de diferenciarla y distinguirla de los demás, además de otras connotaciones del ámbito civil y comercial”

Además, Reséndiz (2012), citando a Rojina Villegas (1988), explica que todo hombre o mujer tiene derecho a un nombre, y este derecho es subjetivo y extrapatrimonial, por no ser valorable en dinero, así como tampoco puede

ser objeto de transacción siendo una facultad jurídica que no es transmisible por herencia (p.152).

Se considera al nombre entonces, como un elemento de la personalidad que identifica e individualiza a una persona y le sirve para hacer valer sus derechos frente a los demás y además le permite al estado identificarlo para hacer que respete la ley y que al mismo se le aplique de ser necesario (Reséndiz, 2012, p.153).

Por su parte, la CNDH (2016) explica que:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el párrafo quinto de su artículo primero, la prohibición de ejecutar cualquier acción que atente contra la dignidad humana o bien que anule o menoscabe los derechos y libertades de las personas, la cuales tengan su origen en prejuicios del género, sexo, las preferencias sexuales entre otras, esto se hace operativo a través de su Ley reglamentaria; es decir, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, las Leyes antidiscriminatorias disponibles en 30 Entidades Federativas, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y sus 32 leyes locales, así como la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

A pesar de que el marco jurídico contempla que todas las personas gozarán de los mismos derechos reconocidos en la Constitución, en realidad no siempre es de esa manera. Actualmente, las personas transgénero deben enfrentarse a servidores públicos que con sus acciones estigmatizan, minimizan, menoscaban y anulan la dignidad, sus derechos y libertades (pp.13-14).

Dentro de consecuencias de la imposibilidad de realizar un cambio de nombre y género en las personas transgénero, crea obstáculos a los que tienen que enfrentarse al momento de intentar insertarse en el campo laboral, iniciar o continuar sus estudios en cualquiera de los niveles, acceder a servicios de salud y simplemente en el ser considerados como ciudadanos plenos, colocándolos en una situación de vulnerabilidad estructural de manera cotidiana. Además, en muchas situaciones, los estigmas sociales que recaen sobre las personas transgénero conducen a la violencia física y a la represión, reforzando así, los estereotipos negativos que se asocian a este grupo de individuos (Saldivia, 2017, pp.129-130).

A pesar de todos estos aspectos negativos, en México, poco a poco se ha ido modificando la ley en pro de los derechos de las personas transgénero. Por ejemplo, en el 2008, la Ciudad de México reformó el Código Civil para incluir un procedimiento para que las personas pudieran cambiar el nombre y género en sus actas de nacimiento. En este procedimiento las personas tenían que presentarse ante un Juez familiar y como parte de su demanda, tenían que presentar un dictamen, firmado por dos peritos, demostrando que llevaban al menos cinco meses sujetos a un proceso de reasignación para la concordancia sexo-genérica. El proceso era tardado y, sobre todo, costoso, porque había que contratar a un representante legal y conseguir los peritajes médicos. Debido a ello, muy pocas personas llevaron a cabo el trámite. Por ello, en el 2014 se impulsó otra reforma a la legislación civil buscando el acceso efectivo a este cambio. Entonces, dicho procedimiento pasó de realizarse ante un juez, a ser un trámite administrativo que se realiza ante el Registro Civil (Vela, 2018, sp.) Para el año 2015, se reforma el reglamento anterior del Registro Civil estableciendo el procedimiento del reconocimiento administrativo de identidad de género y entra en vigor la reforma y para el 2017, se reconoce la identidad de género administrativo para niñas, niños y adolescentes transgénero (Litigio Estratégico en Derechos Sexuales y Reproductivos A.C, sf., sp.).

Por su parte, en el Estado de Puebla, existe la inscripción de acta de nacimiento de reconocimiento de identidad de género autopercibida. En ella, como su nombre lo refiere, se permite el levantamiento de una nueva acta de nacimiento para el reconocimiento de la identidad de género autopercibida. De acuerdo a la Secretaria de Gobernación (sf.), solo personas mayores de edad podrán realizar dicho trámite y dentro de los requisitos se encuentran:

- Ser de nacionalidad mexicana.
- Contar con 18 años de edad cumplidos.
- Haber sido inscrito el registro de nacimiento primigenio en cualquier Juzgado de la circunscripción territorial del Estado de Puebla.
- Acudir personalmente.
- Que el acta primigenia se encuentre en el sistema de impresión de actas (SIDEA).
- Copia fiel del libro de origen certificada del acta de nacimiento, la cual debe presentarse en buenas condiciones (No enmendada, legible y sin alteraciones).
- CURP certificada.
- Identificación oficial vigente con fotografía (Credencial de elector, pasaporte, licencia de conducir, cartilla militar).
- Comprobante de domicilio no mayor a tres meses.
- Dos testigos con identificación oficial vigente.
- El trámite debe ser realizado únicamente por la persona interesada.
- La persona debe acreditar la mayoría de edad para su solicitud.
- El acta de nacimiento primigenia deberá contener las anotaciones respectivas si fue sometida a rectificación, de igual manera la copia fiel certificada del libro (sp.).

Además, la Secretaría de Gobernación (sf.) agrega que sus fundamentos jurídicos se encuentran establecidos en:

- Ley de Ingresos del Estado de Puebla, para el ejercicio fiscal 2022: Artículo 28, fracción I, inciso d).
- De conformidad con el Acuerdo de ingresos extraordinarios por los servicios prestados por la Secretaría de Gobernación a través del Registro del Estado Civil de la Personas. Publicado el 01 de junio de 2021 en el Periódico Oficial.
- Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Puebla: Artículos 291 fracción III, 854, 875 Bis, 875 Ter, 930, 931 fracción III, 1432 fracción III del Título Cuarto.
- Reglamento del Registro Civil de las Personas para el Estado de Puebla: Artículos 60, 61 y 62 (sp.).

Cabe mencionar que en un inicio solo las personas mayores de edad podían llevar a cabo dicho trámite, pero la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) declaró inconstitucional la reforma del Congreso de Puebla que vetó a los menores transgénero del derecho a que se les reconozca su identidad de género autopercibida, por lo que se debió corregir el Código Civil del estado a fin de que se les garantizara la expedición de una nueva acta de nacimiento a menores de edad (Camacho, 2022, sp.).

Es así como en México, se han ido modificando las leyes, buscando asegurar la validación de los derechos de las personas transgénero, sin embargo, en un país donde aún existe la discriminación, prejuicios y rechazo hacia dicha comunidad, aún queda mucho por hacer, para que este grupo de personas no tengan que seguir enfrentándose a obstáculos en diversos aspectos de sus vidas.

CAPÍTULO 4. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA TRANSICIÓN

4.1 Teoría del desarrollo.

En la infancia se desarrolla el futuro de las personas en todas las etapas futuras de su vida y es de suma importancia, ya que determinará la estructura de su personalidad, y se destaca que la gran mayoría de los procesos psíquicos tienen su origen en ella (Acuña, 2018, sp.).

Ahora bien, el desarrollo es una especie de conexión de periodos en el que cada fase tiene singularidades y la manera de enfrentar la siguiente fase está condicionada a la anterior, además se dice que el niño y la niña sienten y experimentan, no simplemente las atraviesan. La energía vital, presente en el desarrollo de cualquier persona, siempre apunta a una finalidad: la satisfacción y relajación del estado de tensión provocado por la naturaleza sexual de esta energía. Los impulsos generados por la energía vital son satisfechos por objetos, ya sean internos o externos (Abarca, 2007, p.24).

Por su parte, De Viloria (1995) explica que la teoría psicosexual de Freud, plantea que el ser humano estructura y conforma su personalidad siguiendo un proceso de eventos internos de naturaleza biopsicosexual. Dicho proceso se impulsa por una fuerza denominada libido, que busca satisfacer necesidades sexuales irracionales, buscando el placer. Al mismo tiempo, se configuran tres estancias psíquicas que conforman la estructura de la personalidad: el ello, yo y superyó, y su interacción adecuada se caracteriza por el desarrollo del yo, que en una personalidad ajustada mantiene el equilibrio entre el ello y el superyó. Freud destacó la importancia del impacto del área sexual infantil en el desarrollo de la personalidad adulta. Freud, además, agrega que el desarrollo sexual se lleva a cabo por etapas, en las cuales los impulsos instintivos se expresan a través de las zonas erógenas:

- a) En la infancia, la etapa oral (boca) y anal (ano);
- b) En preescolar, fálica (genital), en la cual se presenta el complejo de Edipo;

- c) En la edad escolar, la etapa de latencia, caracterizada por el aquietamiento de los impulsos sexuales;
- d) En la adolescencia tardía, la etapa genital, en la cual el placer primario se transfiere a las relaciones sexuales maduras. (pp. 146-147).

De acuerdo a Abarca (2007) Freud plantea las etapas de desarrollo divididas en 2 periodos: El primer periodo conformado por las fases oral, anal y fálica; y el segundo periodo que incluye el periodo de lactancia y la fase genital (pp.27, 33-34).

Por su parte, el primer periodo se extiende desde el nacimiento hasta alrededor de los cinco años y es el más crítico desde el punto de vista freudiano, ya que es aquí en donde se generan algunos desordenes psicológicos que aparecerán más tarde en la adultez. Se considera que desde que el ser humano nace posee una actividad libidinal que se va canalizando y satisfaciendo de distintas formas (Abarca, 2007, p27).

Fase oral

Esta etapa se extiende desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años. En ella, la mayoría de las necesidades del niño están relacionadas con la alimentación, aunque existe alguna excitación producida por el mamar. Freud, citado en Abarca (2007), señala que hay un autoerotismo, ocurrido porque el niño encuentra placer en su propia boca; más tarde el pecho materno se convierte en el foco de la libido. Es decir, el niño desplaza su energía hacia un objeto que es la fuente de su satisfacción, en este caso el pecho (p.27).

Existen dos momentos importantes en esta etapa. En un primer momento el niño solo necesita succionar para obtener placer, pero con la aparición de los dientes, es decir con el crecimiento físico, siente un gran deseo de morder al objeto (el pecho materno). Se observa entonces, una estrecha relación del crecimiento con el desarrollo psicológico, y de lo

psicológico con la sexualidad. Para el logro de las necesidades básicas del niño, su dependencia con su madre permite la aparición de percepciones e ideas con respecto a ella, que más tarde serán fundamentales en sus futuras relaciones afectivas y, además, la forma que tiene la madre de satisfacer sus necesidades influenciará en la visión del mundo que él va adquiriendo (Abarca, 2007, p.28).

Por lo que, Morris (2001) refiere que, en opinión de Freud, se considera que los niños que reciben demasiada gratificación oral se convierten en adultos demasiado optimistas y dependientes; los que reciben muy poca, son adultos pesimistas y hostiles. La fijación en esta etapa está ligada a características de la personalidad como inseguridad, credulidad, sarcasmo y tendencia a discutir (p.410).

Por su parte, García (2014), refuerza explicando que, si al bebé se le permite la satisfacción de las necesidades orales, sin limitaciones ni complacencias exageradas, se puede llegar a un buen ajuste y pasar a la siguiente etapa. Si, por el contrario, no se le satisface o se complace de manera exagerada, la energía puede fijarse en esta etapa y resultar un adulto con personalidad “oral”, la cual se caracteriza por la necesidad de recibir en vez de dar, por la pasividad, y por un deseo excesivo de satisfacciones orales, como alimentos, cigarrillos, sexo oral, etc. (p164).

Fase anal.

Esta etapa se extiende desde los dos años hasta aproximadamente los cuatro años. En ella, desde el punto de vista físico, el niño y la niña tienen un control en su locomoción; además, en esta etapa se presenta el control de esfínteres. Dicho control se da gracias al aprendizaje y a las formas en que la madre ha instaurado los hábitos necesarios, así como la maduración muscular y a la posibilidad del niño o niña de expresar sus necesidades. Es en este momento en que el niño quiere a su madre para sí, no desea compartirla con nadie y considera al padre como un rival ya que este le quita el afecto de la madre. Paralelamente, se presenta una contracción, ya que

también siente una veneración hacia el padre, es decir, quiere ser como él, lo venera. A este sentimiento se denomina, rivalidad edípica (Abarca, 2007, p.28).

Pero, el entrenamiento esfinteriano se considera no solo como un mero acto de entrenamiento ni de formación de hábitos, sino que también tiene connotaciones afectivas. El valor afectivo se deriva del placer que el niño siente con la evacuación y de la excitación que provoca la mucosa anal. Entonces, la actividad de la libido se desplaza a la zona erógena relacionada con los esfínteres. Además, es en este momento cuando los niños tienen una percepción de la madre como un objeto total, y no solo de su pecho como fuente de satisfacción. Entonces, surge un sentimiento de diferenciación por parte del niño hacia sus progenitores (Abarca, 2007, p.28-29).

Entonces, Morris (2001), explica que, si los padres son demasiado estrictos en el entrenamiento, algunos niños hacen berrinches y pueden convertirse en adultos destructivos. Otros se vuelven obstinados, tacaños y exageradamente ordenados (p.410).

Pero García (2014), agrega que, si el control de esfínteres es normal, permisivo, sin complacencias exageradas o limitaciones punitivas excesivas, se pasa a la siguiente etapa, pero si no es así, se lleva a cabo una fijación, dando como resultado una personalidad anal, agresiva, destructiva, manipuladora, con una obsesión hacia la limpieza (p.164).

Fase fálica.

Esta etapa se extiende hasta los cinco años aproximadamente y es muy importante para la resolución de crisis que tienen que ver con la identidad y con las formas adultas de relacionarse con las personas del sexo opuesto. En la etapa anterior es cuando se empieza la rivalidad edípica y también el desarrollo de fantasías sexuales diferenciadas por parte de niños y niñas. Es aquí, además, cuando se presenta el complejo de Edipo. Este complejo se manifiesta en dos dimensiones: el niño desea poseer a la madre y tenerla exclusivamente para él y siente una gran atracción hacia ella, como objeto

de su libido. Pero al mismo tiempo, debido a que siente deseos inconscientes de que el padre se separe de su camino, debido a que lo considera un rival en el amor de su madre, este comienza a acumular sentimientos de culpa y al mismo tiempo, la forma de negativa del complejo de Edipo le exige identificarse con el padre del mismo sexo y desarrollar sentimientos negativos hacia el sexo contrario. Sin embargo, la crisis Edípica no es la única que presenta el niño, también se enfrenta a la ansiedad por temor a ser castrado, la cual se presenta por la creencia del niño de que tanto niños como niñas poseen un pene, entonces piensan que ellas han sido castradas (Abarca, 2001, p.29-30).

En el caso de las niñas, al llegar a esta etapa, deben buscar un objeto de amor en el sexo opuesto. En este momento se da cuenta que no posee un pene, y tampoco puede igualar a la madre físicamente, entonces se siente inferior y piensa que ha sido castrada. No puede comprender por qué y no hay nada que reafirme su sexualidad; cree, además, que la madre es la culpable, pero al mismo tiempo tiene temor por culpabilizar a la madre, quien fue su primer objeto de amor (Abarca, 2001, p.30).

Por su parte, el sentimiento de inferioridad, por no tener un pene, va acompañado de una envidia, que más tarde se convierte en un deseo de poseer al hombre, pues él si tiene pene. Entonces, el padre se convierte en la fuente de su gratificación genital y la niña desarrolla una rivalidad con la madre y se vuelca hacia su padre como objeto de amor. La envidia que siente por no tener un pene se resuelve simbólicamente, deseando tener un bebé. Freud dice que cuando la niña resuelve su envidia y que pueda solucionar su rivalidad con la madre y el resentimiento que presenta, es de suma importancia para las relaciones futuras de ella como mujer adulta y como futura madre (Abarca, 2001, p.31).

Si se evoluciona de una manera adecuada dice García (2014), se resuelven los conflictos y se renuncia al padre del sexo opuesto y se origina la identificación con el padre del mismo sexo. Significa entonces que, se

asumen las normas, conductas y los valores morales del padre del mismo género (p.165).

Por su parte, Morris (2001), agrega que la fijación en esta etapa origina vanidad y egoísmo en la adultez: los varones se jactan de sus hazañas sexuales y tratan a la mujer con desprecio; por su lado, las mujeres se vuelven coquetas y promiscuas. La fijación, explica, además puede originar sentimientos de baja autoestima, timidez e inutilidad (p.410).

Periodo de latencia.

Perteneciente al segundo periodo, se presenta desde los seis años a los doce años aproximadamente. Es en este momento cuando viene la calma que se extiende hasta la pubertad, después de que el niño y la niña pasan por distintas crisis y después de que deben resolver diversas tareas referidas a la sexualidad. Según Freud, citado en Abarca (2007), el niño hace acomodos pues aún no puede deshacerse de su padre, a quien aún considera como un rival, entonces opta por identificarse con él, pero sin perder de vista a la madre; solamente pospondrá la satisfacción de sus deseos, los cuales más tarde serán desplazados a otros objetos heterosexuales. Esta etapa de descanso le permite al niño o niña desplazar su energía hacia la creación y producción intelectual. Los niños en edad escolar manifiestan en este momento, una preocupación por el grupo, pues este les proporciona un sentido de pertenencia (p.33).

Fase genital.

Esta etapa se presenta desde la adolescencia hasta la vida adulta. En ella, la zona genital es el foco de excitación sexual, y el buen enfrentamiento de esta etapa dependerá en la forma en que se resolvieron las tareas previas relacionadas con la sexualidad (Abarca, 2001, p.34).

Es aquí cuando se da un enfrentamiento entre los impulsos y las convenciones sociales y todo lo de carácter sexual que se reprimió en el pasado vuelve a aparecer, al igual que la rivalidad con los padres, ya que se

presenta una intensa necesidad de separarse de ellos, de distinguirse de ellos y de convertirse en personas autónomas. En esta etapa, la tarea principal es la identificación y la adopción del rol sexual, que los preparará para ser hombres y mujeres en una sociedad que posee conductas y papeles bien definidos que deben desempeñar (Abarca, 2001, p.34).

En esta etapa se producen cambios fundamentales en el desarrollo de físico, además, se presenta la búsqueda de pareja, como necesidad de gratificación sexual, hasta que se pueda consumir la capacidad sexual adulta (Abarca, 2001, p.34).

Si los impulsos y sentimientos sexuales son bien encaminados se dirigirán al compañero adecuado, de manera que la persona podrá establecer relaciones interpersonales profundas con una pareja y tener hijos (García, 2014, p.165).

En teoría, explica Morris (2001), la satisfacción inmediata en esta etapa produce una sexualidad madura en que intervienen la gratificación pospuesta, un sentido de responsabilidad y afecto por los demás (p.410).

Por lo tanto, pensar en el desarrollo psicosexual inevitablemente nos lleva a materializarlo a un cuerpo, que al entrar en conflicto puede llevar al sujeto a verse como sujeto doliente.

4.2 Esquema corporal e imagen corporal.

El conocimiento del cuerpo humano es el punto de referencia de la percepción de las sensaciones relativas al propio cuerpo. Toda persona debe tener amplio conocimiento de sus partes, dónde se localizan, qué función desempeñan y de la representación del mismo, así como tener plena consciencia de él. A través del cuerpo el hombre percibe el mundo exterior. El niño mediante su cuerpo adquiere conocimiento de sí mismo y esto es un elemento básico para la formación de su personalidad (Segovia, 1991, p.5).

Entonces, para Harrow (sf), citado por Fontana (2006), el concepto de cuerpo se refiere a los conocimientos que los individuos tienen de las

funciones de las diferentes partes del cuerpo; es la habilidad para reconocer y controlar el cuerpo ante situaciones diversas (p.5).

Se puede decir que el cuerpo es la primera fuente de conocimiento de los individuos, ya que a partir del mismo se logran percibir sensaciones, movimientos y demás manifestaciones que hacen posible la toma de conciencia de sí mismo y del medio que le rodea (Jiménez, 1978, citado por Fontana, 2006, p.5).

Por lo tanto, se considera al esquema corporal como la representación que los individuos poseen respecto de su cuerpo, de sus segmentos corporales, de su estructura, de sus posibilidades de movimientos y de sus limitaciones (Jiménez, 2001; citado por Fontana, 2006, pp.7-8).

Se considera que la adquisición del esquema corporal es una necesidad básica e indispensable para la construcción de la personalidad, puesto que este influye en los orígenes del carácter y en las relaciones con los demás (Fontana, 2006, p.8).

Dicho esquema corporal se adquiere lenta y paulatinamente. Se va desarrollando desde antes del nacimiento, se incrementa notablemente desde el nacimiento hasta el tercer año de vida y, posteriormente, continúa su proceso de evolución adaptativa por el resto de la vida del individuo (Barreto, 1999, p.174).

Se dice entonces que el esquema corporal puede considerarse como aquella imagen mental que tenemos de nuestro propio cuerpo, en relación con sus diferentes partes y, en relación con el espacio y los objetos que nos rodean. Nuestra imagen del cuerpo varía a lo largo de nuestra vida y es fundamental desarrollarla correctamente por dos motivos: el primero, es que ayuda a los individuos en su interacción con el entorno, y el segundo, es que el poseer una imagen adecuada de uno mismo va a incidir de manera positiva sobre el bienestar psicológico. Esta imagen del “cuerpo propio” es uno de los componentes básicos de la identidad personal, ya que incide en el autoconcepto y la autoestima que el ser humano va construyendo a lo

largo de toda su vida (García, 1995 y Domínguez, 2008; citados por Sinovas, 2010, p.868).

Por otro lado, la imagen corporal se va formando a partir de las vivencias del individuo, pero, sobre todo, se forma a partir de las valoraciones de las personas significativas de su entorno, como los padres, los hermanos, maestros, compañeros y amigos (Nava, 2003, p.19).

De acuerdo a Schilder (1935) y Sepúlveda (2004), citados por Vaquero (2013), la imagen corporal es la imagen que se forma la mente del propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta, por lo que se dice que la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, por lo que se considera que las actitudes y valoraciones del individuo hace sobre sobre su propio cuerpo son fundamentales (p.28).

Asimismo, Schilder (sf) citado por Ballesteros (1982), citado por Neri en 2006, afirmó que la imagen corporal es una estructura mental que forma parte de la estructura psicobiológica del ser humano al nacer y que se va construyendo a través de las percepciones, sensaciones y acciones que el sujeto tenga hasta llegar a consolidarse en la madurez del individuo (pp.32-33).

Además, Bruchon-Schweitzer en 1992, citado por Nava en 2003, agrega que la imagen corporal:

“Es la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Según esta autora la síntesis final del desarrollo de la imagen corporal consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como propio, lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como objeto (provisto de propiedades físicas como estatura, peso, volumen) y sujeto (lleno de afectos, complejos, más o menos conscientes, y a menudo de naturaleza autoevaluativa)” (p.19).

Así pues, Vaquero (2013), citando a Thompson (2002) y a De la Serna (2004) agrega que se considera que la imagen corporal está formada por diversos componentes:

- El componente perceptual, que es la percepción del cuerpo en su totalidad o de alguna de sus partes.
- El componente cognitivo, que se refiere a las valoraciones respecto al cuerpo o una parte de él.
- El componente afectivo, conformado por los sentimientos o actitudes respecto al propio cuerpo o a una parte de él o sentimientos hacia el cuerpo.
- El componente conductual, que involucra a las acciones o comportamientos que surgen a partir de la percepción (p.28).

Por su parte, Markey (2010), Van de Grift et al. (2016) y a Kling et al. (2018), citados por Algaba (2019) mencionan que la imagen corporal es un constructo que surge de la interacción de las características físicas y psicológicas relacionadas con la apariencia y las normas sociales existentes en la cultura en la que la persona se encuentra. En los aspectos psicológicos de la imagen corporal se incluyen cogniciones, como las inseguridades sobre el aspecto físico o las creencias sobre el atractivo del mismo, las emociones y sensaciones. La imagen corporal está asociada a factores que son aceptados por la psicología como críticos para el desarrollo como la pubertad, la identidad, la familia, la relación entre iguales y las relaciones sentimentales. Se considera que la imagen corporal se encuentra ligada a la identidad de las personas, los seres humanos nos identificamos con nuestro físico. Los cambios físicos y de identidad van de la mano, a través del cuerpo realizamos tareas que son relevantes en términos de quiénes somos y la imagen que tenemos de nosotros mismos. La apariencia corporal actúa como una presentación de quienes sentimos que somos y la sociedad influye en la percepción que tenemos de nosotros mismos haciendo asunciones sobre quienes somos de acuerdo con nuestra apariencia (p.2).

4.3 Conflicto de identidad.

En el caso de las personas con disforia de género, Becerra (2003), Gómez et al (2006), Gooren (2006), Fernández (2012), APA (2013) y Bandini (2013) refieren que la imagen corporal es un aspecto fundamental. Estas personas presentan una disonancia entre su sexo biológico y su identidad de género. Ello puede dar lugar en muchos casos a insatisfacción corporal. Frecuentemente presentan desde la infancia sentimientos de ansiedad por ser físicamente diferentes de las personas de su mismo sexo, lo que provoca que los demás no los reconozcan por el género con el que se identifican. Las personas transgénero prefieren jugar a los juegos comúnmente asignados a las personas del sexo contrario. Empiezan a usar ropa del género con el que se identifican, desde una edad temprana, no por diversión, sino como una forma de expresión del sentido de pertenencia. Su juventud se ve afectada por la alienación y la soledad. Con el tiempo, acaban descubriendo su disonancia y que serían más felices si pertenecieran al otro género. No hay forma exacta de definir la pertenencia a un género u otro. Sin embargo, el cuerpo es la carta de presentación de las personas y la sociedad tratará a las personas como mujeres si perciben en su cuerpo características sexuales secundarias correspondientes a un sexo biológico femenino, o como hombres si perciben características sexuales secundarias como las del sexo biológico masculino, incluso cuando su identidad sea diferente.

Las personas con disforia de género se encuentran en un continuo conflicto entre la mente y el cuerpo, lo que puede provocar una insatisfacción corporal. Esta insatisfacción con el cuerpo es diferente de la insatisfacción corporal por la internalización del ideal de belleza y es común que las personas con disforia de género manifiesten un fuerte deseo de cambiar sus características sexuales primarias y secundarias. Incluso muchos han mencionado estar muy insatisfechos con su cuerpo, llegando a sugerir que el cuerpo es su principal fuente de sufrimiento (Rabito, 2015, sp.).

El cuerpo se contempla como elemento de un sistema de significados sociales. De esta forma, el cuerpo produce y a la vez es producido por dichos significados sociales y al mismo tiempo otorga identidad en las representaciones que las personas tienen de la feminidad o masculinidad. El cuerpo se modifica en mayor o menor medida para representar una forma de encarnar la feminidad o masculinidad que poseen, para poder ostentarlas sin haberlas obtenido de manera “natural” (Ramírez, 2018, sp.).

Entonces, Vélez et al (2016) y McGuire (2016), citados por Algaba (2019), explican que en comparación con personas cisgénero, las personas transgénero informan de una mayor disconformidad corporal y desagrado por su cuerpo, además de distorsiones de la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. En promedio las personas transgénero suelen informar de mayores preocupaciones relacionadas con su peso y la forma de su cuerpo, mayor insatisfacción corporal y además tienden a examinar con más frecuencia su cuerpo. De igual manera, el perfeccionismo (rasgo de la personalidad estrechamente relacionado con la insatisfacción corporal) está más presente en personas transgénero que en personas cisgénero (p.3).

Además, citando a López (2018), Basante (2021), explica que hasta su primer año de vida el menor logra comprender la división de roles de género, sin embargo, el niño o niña solo se basa en los aspectos físicos de sus cuidadores, como lo son la vestimenta del hombre y la mujer, el pelo largo o la barba y es más adelante, entre los 18 y 24 meses que empezarán a identificarse con la figura femenina o masculina que generalmente son la madre o el padre. En el caso de las personas transgénero, dicha identidad será diferente a la asignada en el momento del parto, el cual es asignado basándose únicamente en los órganos sexuales externos. Alrededor de los 3 años el niño o niña pretende generalizar esa denominación del género en sus vivencias futuras. Esta idea se mantiene así hasta los 5 a 7 años aproximadamente, ya que conciben su identidad de género solamente desde los factores biológicos, es decir, los órganos sexuales y, por lo tanto, se establece firmemente en los esquemas mentales. Después de los 7 años y

hasta los 12 aproximadamente empezarán a imaginarse en una situación donde pertenecen al otro género o que puede ser modificado. La mayoría de niños deciden ignorar dichos pensamientos y optan por construir una identidad de género acorde a su sexo biológico. Sin embargo, a pesar de sus intentos, dichos pensamientos persisten en la etapa de la pre adolescencia, puesto que la expectativa sobre el sujeto en esta etapa es aún mayor y al ir en contra de las normas sociales y de sus características fisiológicas se encontrará en desventaja en comparación al resto de las personas; la pre adolescencia y la adolescencia son las etapas más complejas no solo para las personas transgénero sino para todos en general, debido a los múltiples cambios corporales, psicológicos y fisiológicos que se presentan para preparar a la persona a la vida adulta, en comparación de las personas cuyo género coincide con su sexo biológico, las personas transgénero presentan más alteraciones emocionales y conductuales a causa de la discriminación y los prejuicios (pp.214-216).

Por su parte, Soley-Beltran (2009) y a Butler (1990), citados por Nosedá (2012), explican que, la construcción de la identidad de género comienza en la primera infancia a través de la repetición de los roles de género sociales. Esta identidad de género se desarrolla a través del sentimiento de pertenencia a uno u otro género. Además, la persona transexual, desarrolla una incongruencia entre la identidad de género y el sexo genital que surge en el momento de la observación del cuerpo sexuado en comparación con otros cuerpos, junto con la respuesta social de rechazo. La necesidad de conformar una identidad coherente, hace que las personas transexuales, busquen una lógica de género y cuerpo desde la normativa social aprendida (pp.8).

Las personas transgénero experimentan su conflicto de identidad de muchas maneras. Algunos pueden rastrear el origen de sus identidades transgénero o actitudes y conductas de género atípicas hasta sus recuerdos más tempranos. Otros se dan cuenta que tienen una identidad transgénero o comienzan a experimentar actitudes y conductas de género atípicas

mucho más tarde en el curso de su vida. Mientras que algunos transgénero aceptan su identidad de género, algunos otros luchan contra ella por vergüenza, confusión o temor. Algunos transgénero, específicamente los transexuales, experimentan una insatisfacción intensa con su sexo de nacimiento o con el rol de género asociado con ese sexo y buscarán una reasignación de sexo (Asociación de Psicología Americana, 2006, sp.).

Así pues, Nosedá (2012) explica que la identidad de género comienza a construirse en la temprana infancia, vivenciando el género sin cuestionamientos ni sensación de incoherencia, recordando una primera infancia con satisfacción y libertad, estado que se quiebra ante el primer encuentro social de gran importancia: la escuela. La culpa y la sensación de ser erróneas comienzan al inicio de la etapa escolar, al compararse con otros niños y niñas que se burlan, siendo que además desde el colegio se quejan con los padres o se les hace saber su preocupación por una feminidad o masculinidad, según sea el caso. Citando a Becerra-Fernández (2003) señala que en el proceso de identidad sexual existe un primer momento que se define por cómo el sujeto se identifica, ya sea hombre o mujer, y un segundo momento en que ello es ratificado, o rechazado por los demás. En el caso de las personas transgénero, cuando los otros rechazan la identidad de género del individuo, sobresale el cómo se siente este por sobre lo que le señala la sociedad como lo correcto, aunque ello provoque un dolor emocional y un conflicto. En la etapa escolar, los padres se horrorizan, castigan e intentan masculinizar o feminizar a la persona transgénero, mientras que los compañeros la atacan, se burlan y desprecian. Es por este acoso constante que la mayoría de las personas transgénero no terminaría la educación media (pp.15-16).

El proceso de transición de una persona transgénero varía y dicho proceso inicia en distintas edades. Es durante la infancia que las personas empiezan a identificarse y diferenciarse como hombres o mujeres y para las personas transgénero, dentro de este proceso existen dos momentos cruciales: el primero es que el sentimiento de pertenecer al *género* contrario

al que les dicta su corporalidad puede presentarse durante la niñez y el segundo es el inicio de la pubertad, ya que es cuando se empiezan a volver evidentes las marcas de género que les son molestas, como: el crecimiento del vello en los órganos sexuales, el cambio de voz, el crecimiento del busto, la menstruación, entre otras. Los primeros pasos para reconocerse como diferentes es darse cuenta de que sus genitales no corresponden al *género* con el que se sienten identificados. (Domínguez, 2012, p.60).

Cuando una persona se da cuenta de su transexualidad, comienza la búsqueda de información y la lectura, donde se llegaría por fin a la definición de transexualidad, lo que les haría encontrar un sentido. Este momento les brinda alivio e identidad al sentirse parte de una definición, comenzando entonces a buscar a otras personas transgénero con las cuales compartir (Noseda, 2012, pp.16-17).

Al mismo tiempo, en ese momento se desmoronan todas las expectativas de futuro en las que su cuerpo se desarrollaría según el género con el que se identifican. La realidad les embarga con una mayor angustia y desesperación. Poseen un cuerpo que no encaja con su género y se encuentran sin apoyos emocionales que les ayuden a superar esta situación y sin un referente que les sirva de guía respecto a su necesidad. Las personas transexuales invierten mucho tiempo de su vida buscando a profesionales capacitados que les ayuden ya que no pueden disfrutar la vida de igual manera que las personas no transexuales, ya que se encuentran bajo la presión constante de su apariencia. Y esto les resta posibilidades de simplemente ser ellos mismos (Rubio, 2009, sp.).

Asumirse como miembro de un género contrario al de la corporalidad biológica es un gran reto, puesto que las estructuras culturales de género, nos asignan un lugar socialmente. Para las personas transexuales el no poder nombrarse dentro de dichos esquemas les produce un conflicto con ellos mismos y con la sociedad porque no pueden mostrar mediante su cuerpo que son hombres o mujeres. (Domínguez, 2012, p.63).

La decisión de modificar el cuerpo puede tener repercusiones en todos los ámbitos de la vida. A nivel social las presiones de un moralismo cruel y excluyente dibujan para las personas transgénero un panorama desolador al recibir insultos, humillaciones y agresiones verbales y físicas que llegan a poner en riesgo su vida, sin descartar la reprimenda de los duros juicios y críticas por esta condición. Si pensamos en un lugar para toda persona en términos de aceptación y de reivindicación en el complejo social, se podrá movilizar la capacidad de indignación y reconocer la necesidad de pertenecer a un mundo de justicia e igualdad de derechos (Ramírez, 2018, sp.).

A diferencia de las personas transexuales que llevan a cabo modificaciones corporales, para las personas transgénero, la definición no brinda completa satisfacción, pues no sienten deseo de cambiar de sexo y de igual manera no sienten rechazo hacia el propio cuerpo, pero sí se identifican con sentirse pertenecientes al género contrario. Es entonces cuando comienza la construcción de la identidad, con la adopción de un nombre perteneciente al otro género, modificar la forma de vestir y ciertas características de personalidad. En la construcción del cuerpo se involucran otras personas transgénero que sirven de mentores, proporcionando la información de los pasos a seguir para llevar a cabo la transición (Noseda, 2012, pp.16-17).

La transición de un género a otro es un proceso complejo y que puede implicar la transición a un género que no sea ni masculino ni femenino. Las personas que realizan la transición a menudo comienzan por expresar su género con el que se identifican en circunstancias en las que se sienten seguras. Por lo general, comienzan realizando cambios graduales hasta llegar a vivir de manera constante como miembros del género identificado. No existe una manera correcta de realizar la transición. Existen ciertos cambios sociales que experimentan las personas transgénero que pueden incluir: adopción del aspecto del sexo deseado a través de cambios en la manera de vestir y en la manera de presentarse, adopción de un nombre nuevo, cambio de la designación del sexo en documentos de identificación

personal en caso de ser posible, uso de tratamiento con terapia hormonal o sometiéndose a procedimientos médicos que modifican el cuerpo para que coincida con su identidad de género (APA, 2013, p.3).

Una vez que la persona se asume como transgénero, se busca el tratamiento hormonal con el que se planea masculinizar o feminizar el cuerpo, según sea el caso. En las personas transgénero, el cuerpo se maneja de forma consciente según los significados sociales de género, modificándolo (mediante intervenciones quirúrgicas) y manejándolo hasta obtener los resultados deseados. Esto produce una satisfacción final, donde los resultados suelen superar sus expectativas. Una de las mayores razones para desear la cirugía de reasignación sexual es que las transexuales en edad laboral podrán tener mayores oportunidades. Estas personas sufren una fuerte discriminación laboral, especialmente aquellas que no están operadas o que no han modificado sus documentos legales, ya que en la cédula de identidad se indica un sexo diferente al género que se observa, provocando rechazo o burla y mientras esto no se modifique, las personas transgénero sufrirán una alta marginalidad social y precariedad económica (Nosedá, 2012, pp.19).

Entonces, las personas transexuales sufrirían mucho antes de la cirugía de reasignación sexual, principalmente debido al requisito de tratamiento psicológico que muchos endocrinólogos o cirujanos exigen cubrir. Luego de someterse a la cirugía de reasignación sexual, la mayoría de las personas transexuales cambia de nombre y de domicilio, para poder empezar una nueva vida. Pueden incluso cambiar de ciudad para que nadie las reconozca (Nosedá, 2012, pp.20-21).

4.3.1 Conflicto durante el proceso de transición.

Las personas transgénero no solo enfrentarán dificultades previo a iniciar su proceso de transición, sino que también durante dicha transición deberán enfrentarse a sentimientos y emociones negativas. Las alteraciones emocionales se producen por las constantes exclusiones, violencias físicas

y psicológicas a las que son expuestas, lo cual les ayuda a construir creencias centrales negativas sobre sí mismas, que conllevan a las alteraciones emocionales. Las consecuencias emocionales comienzan a salir a la luz desde la etapa escolar debido a que sus pares son los primeros en mantener conductas violentas hacia ellos. La depresión es la alteración más frecuente en las personas transgénero y esto es porque la construcción de creencias negativas se basa mayormente por la opinión y creencias externas. Estas creencias generan en la persona una mala autoestima y provocan que se autoevalúe fuertemente; Entonces se produce una sensación de inconformismo al no cumplir con las exigencias de la sociedad y como resultado son las prácticas autolesivas que son muy frecuentes en la depresión, tales como el “cutting”, ideación o conducta suicida, abuso de sustancias psicoactivas, entre otras. De esta manera, las experiencias de vida negativas en las personas transgénero conllevan a que tiendan a aislarse y a pensar que los demás sujetos siempre les harán daño. Se entiende el daño como violencia física y psicológica (Basante, 2021, pp.224-225).

Durante el proceso de transición de los hombres transgénero, a pesar de que sus rasgos físicos previos no son tan visibles, no se encuentran tan expuestos a la crítica social. Sin embargo, tienden a invisibilizarse, generando una sensación de inestabilidad y falta de apoyo que a su vez genera ansiedad por la incertidumbre hacia la soledad y su futuro. Además, a pesar de que todas las personas sufren cierto nivel de estrés que ayuda a sobrevivir en el día a día, a las personas transgénero se les debe añadir su transición de género, lo cual dificulta un poco más el proceso para superarlo (Basante, 2021, p225).

Además, Basante (2021) añade, que no solamente la persona transgénero es quien transita, sino que también las personas que están a su alrededor lo hacen. Para sus conocidos también es un proceso largo y de adaptación en donde se pueden experimentar situaciones negativas para ambas partes, todo dependerá de las reacciones que tengan los miembros

de la familia hacía el tema. Las creencias, los esquemas centrales, costumbres, etc., harán que cada quien tome positiva o negativamente la noticia, lo ideal será que el sujeto siempre obtenga apoyo emocional y físico para disminuir cualquier nivel que les produzca malestar. La familia es un factor de suma importancia durante y después del proceso de transición del individuo, ya que ayudará a generar estabilidad en la persona a nivel emocional y le orientará a crear valores y a tener creencias acordes al tipo de sociedad en que se encuentren. Cuando no se cuenta con este apoyo, se dificulta más el proceso de transición y las alteraciones emocionales en la persona son más frecuentes.

4.4 Proceso de duelo.

Para la Real Academia de Lengua, duelo significa:

1. m. Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.
2. m. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.

Entonces, etimológicamente, el término duelo tiene dos significados; la de “dolor” y la de “combate o desafío entre dos”. A nivel psíquico, el dolor surge por la pérdida del objeto y de las partes del yo proyectadas en el mismo. El duelo es la reacción normal a una pérdida. La reacción de duelo se produce tanto ante pérdidas físicas como ante pérdidas simbólicas o psicosociales. En palabras de Freud “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” Durante la elaboración del duelo, el sujeto ha de aceptar la realidad de la pérdida, enfrentarse al dolor de esta, deshacer los lazos contraídos con el objeto amado, adaptarse a la nueva situación, recolocar y seguir viviendo. Todo esto provoca la falta de interés de la persona hacia el mundo exterior. La adecuada elaboración del duelo permitirá que el doliente se acomode al mundo sin la presencia de lo que perdió, adoptando nuevos roles y actividades a la vez que redefine su identidad. Finalmente, la energía

emocional retirada de la relación previa podrá ser reinvertida en nuevas relaciones (Berriel, 2011, p.24).

El duelo es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo (Bermejo, 2005; citado por Cabodevilla, 2007; sp.).

Por su parte, Meza (2008) citando a García-Pelayo (1993) refiere que el duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o un evento significativo; o, también, es considerada como la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (p.28).

Además, Meza (2008) citando a Gómez-Sancho (2004), agrega que comúnmente se tiende a pensar en el duelo sólo en el contexto de la muerte de un ser querido, pero también suele producirse como una reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado su lugar, como la patria, la libertad, un ideal, entre otros. En todo tipo de situaciones existe cierto grado de duelo, en cambios tan simples como el mudarse, situación en la cual se presenta la sensación de pesar por la pérdida del contexto en el que la persona ha vivido (p.29).

La forma en que se comprende el proceso de duelo está relacionada con la forma en que se maneja la muerte en el medio cultural en el que el individuo se encuentra y ha ido evolucionando según las distintas épocas por las que ha atravesado la humanidad. La actitud social ante los duelos, actualmente, es de presión hacia la ocultación y aislamiento. En la mayoría de las culturas la expresión de dolor individual tiene un sitio en el marco del ritual del duelo público, sin embargo, en nuestro medio social actual aparece relativamente controlada y poco expresiva. Apenas se viven ya aquellas explosiones y gestos de dolor, rabia y desesperación (Cabodevilla, 2007, sp.).

Según Parkes (sf) citado por Alberola (sf), las etapas por la que pasa la persona en duelo serían:

- “Entumecimiento y embotamiento” (Shock): en esta fase aparece fundamentalmente embotamiento afectivo, sentimientos de irrealidad, incredulidad...
- Anhelos y languidez: largos períodos de pena y anhelo intercalados con otros de ansiedad y tensión. Se pueden añadir a esta confusión emocional sentimientos de ira, autoreproches, baja autoestima y aturdimiento. La persona se puede sentir insegura y con la sensación de estar esperando cualquier desastre de un momento a otro.
- Desorganización y desesperación: disminuye la intensidad emocional y aparecen amplios períodos de apatía y de desesperación. Todos los deseos se ven disminuidos y se prefiere no mirar al futuro. Puede aparecer aislamiento social y el doliente puede comportarse como si hubiese sido mutilado físicamente.
- Reorganización y Recuperación: Primero se recupera el apetito por la comida. Los aniversarios suelen ser momentos de revivir el duelo, pero una vez pasan puede haber una mejora del humor y la energía. Aparecen otra vez, paulatinamente, las motivaciones. Estas fases no siguen un orden temporal fijo y hay que tener en cuenta además la variabilidad interpersonal que hará que la duración y el orden de las mismas sea diferente.

Además, Meza (2008), considera que existen 5 tipos de duelos:

- Duelo patológico: Es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación. Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su

intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto.

- Duelo anticipado: El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear
- Preduelo: En el cuál se considera que la otra persona ha sido transformada por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más.
- Duelo inhibido o negado: Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción.
- Duelo crónico: Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida (p.30).

Por su parte, Meza (2008) citando a la SEMERGEN (sf), explica que la intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye. Algunos estudios refieren que 16% de las personas que pierde un familiar sufre una depresión durante el año siguiente, cifra que se incrementa hasta aproximadamente 85% en la población mayor de 60 años de edad (p.29).

Así pues, el duelo es un proceso normal de adaptación ante las pérdidas. Aunque se ha estimado que 12 meses es el tiempo aceptable para concluir este proceso, lo importante es transitar y resolver cada etapa del duelo (Meza, 2008, p.31).

4.4.1 Proceso de duelo en la transición.

La condición de las personas transgénero antes, durante y después del proceso de transición es complicada y viven diversos duelos durante toda el mismo. Para las personas transgénero que se someten al procedimiento de transición, el duelo es por la identidad que han decidido dejar atrás y la propia estructura psíquica es puesta a prueba. Son muchas pérdidas a las que se enfrentan en busca de manifestar al mundo su autenticidad (Berriel, 2011, pp.30, 45).

Entonces, Boss (2007) y Whalig (2015) citados por Sánchez-Ferrer (2021) utilizan el término de pérdida ambigua para describir la experiencia de pérdidas que no son claras y propone dos tipos de pérdida ambigua: La primera que se refiere a una ausencia física unida a una presencia psicológica (similar a una desaparición) y la segunda, entendida como una ausencia psicológica junto con una presencia física (similar a estado de coma). Entonces, se dice que las familias de personas transgénero manejarían ambos tipos de pérdida o pérdida doble ambigua: Es decir, aún existe la persona, pero la existencia psicológica de género cambia y puede percibirse que ya no existe, y al mismo tiempo, la presencia física como un determinado género está ausente pero muchos aspectos psicológicos y de la personalidad siguen estando presentes (p.3).

Por su parte, Norwood (2012, 2013), citado por Sánchez-Ferrer (2021), explica que el proceso de transición implica una reelaboración de los significados respecto a la identidad de género, roles y relaciones respecto a la persona transgénero. Dicho proceso puede relacionarse con un sentimiento de pérdida y a la vez con una lucha por dar sentido a la presencia/ausencia (p.3).

El acompañamiento en la transición es de suma importancia, los pacientes necesitarán apoyo durante todo el proceso, especialmente cuando se sometan a procesos quirúrgicos. Los grupos de apoyo han probado ser de gran ayuda. Trabajar con la familia es clave con este tipo de pacientes ya que la aceptación de esta puede influir directamente en posteriores

sentimientos de arrepentimiento en las personas transgénero. Muchas veces el núcleo familiar se encuentra confundido respecto al proceso de transición y pasan por un proceso de duelo que usualmente queda en segundo plano (Berriel, 2011, p.44).

Además, el duelo en la diversidad sexual es sumamente oculto por la sociedad, es algo de lo que no se habla, a veces por pudor, por miedo o por odio hacia las personas que integran este grupo. En el caso de los padres, que han generado durante la vida de sus hijos expectativas, ideales y sueños que entremezclan las ideologías propias del lugar en donde han crecido y aunque no de forma tan drástica como lo es el fallecimiento del hijo, cuando los hijos “salen del closet” los padres pueden vivir un duelo por la pérdida de una parte central de sí mismos y la destrucción de las perspectivas y esperanzas futuras (Buenfil, 2013, pp.70, 71, 105).

El duelo no se resuelve de manera inmediata, es un proceso que puede durar incluso años. Los padres de las personas transgénero no son ajenos a las circunstancias de vida de sus hijos, las decisiones que toman, sus problemas y sus emociones les afectan creando cambios en la dinámica familiar y de manera interna; estos cambios reconstruyen los vínculos familiares, las formas de comunicación y la identidad de cada uno de los miembros, por ello se considera a la familia como un sistema que es influenciado por cada componente. Ante cualquier tipo de pérdida o cambio en el círculo familiar las personas son obligadas a hacer una reconstitución interna y externa por el bien del sistema y del sujeto. El duelo es un camino que es necesario recorrer aún en contra de sí mismo, y su elaboración les permite a las personas hacer más fuerte sus experiencias personales, fortaleciendo los lazos consigo mismo y con el resto de las personas (Buenfil, 2013, pp.108,109).

Se considera entonces que el proceso de transición no solo involucra a la persona transgénero, también involucra a los sistemas de pertenencia, quienes también deben reorganizarse ante este evento para dar continuidad a los vínculos y al sistema mismo; de igual manera, se comprende la

importancia de desarrollar procesos de intervención terapéuticos como acompañamiento y una posible evaluación de los riesgos y consecuencias de someterse a cambios corporales, pues el proceso emocional puede causar más sufrimiento que el proceso físico en sí mismo (Llanos, 2019, p.3).

4.5 Manejo del proceso y su acompañamiento psicológico.

Tradicionalmente se concebía a la transexualidad como un trastorno mental en el que, de manera errónea, una persona creía pertenecer a un género distinto al que pertenecía, por lo tanto, la intervención psicológica se centraba únicamente en intentar curar a la persona haciéndole comprender que estaba equivocado o equivocada en su percepción o en sus sentimientos, sin embargo, este abordaje ha sido ineficaz (Asenjo-Araque, 2010, sp.).

Por otro lado, la Psicología también ha llevado a cabo intentos de abordar el problema, basada únicamente en la empatía con el paciente, o en el apoyo reivindicativo. Actualmente, no existe una guía sobre la evaluación y la intervención psicológicas con personas transgénero. Por ello, se presenta la gran necesidad de elaborar y establecer protocolos de evaluación e intervención, así como herramientas diagnósticas y de apoyo (Asenjo-Araque, 2010, sp.).

Las personas que viven la transición de género se encuentran en un proceso de cambio, reestructurando su visión y la visión de quienes les rodean al no definirse a sí mismas dentro de la normatividad. Es por ello que pueden atravesar una crisis. De ahí surge la necesidad de contar con acompañamiento psicológico (Llanos, 2019, p.70).

Se considera que el papel de los profesionales de la psicología es proporcionar atención de calidad a la población LGBT, asegurándose de contar con una vasta y adecuada comprensión sobre cómo puede afectar la salud mental el ser expuestos a la violencia, los prejuicios y el rechazo (Centro de Estudios Familiares e Individuales, sf., sp.).

Respecto al tratamiento de la transexualidad, Rodríguez-Molina (2015), explica que es en gran medida irreversible, por tal motivo es necesario llevar

a cabo una evaluación diagnóstica cuidadosa. Sin embargo, hasta la fecha se han desarrollado pocas pautas de evaluación (p.16).

Por su parte, Becerra (2002) y WPATH (2012), citados en Rodríguez-Molina (2015), exponen la importancia de una evaluación psicológica que debe ser controlada de manera rigurosa, tomándose el tiempo necesario para su correcta realización debido a las consecuencias de las intervenciones hormonales y quirúrgicas. En dicha evaluación, se lleva a cabo el proceso de diagnóstico de transexualidad, el diagnóstico diferencial con otras patologías y la determinación de una posible comorbilidad con otros trastornos (p.17).

Además, Bockting, Knudson y Goldberg (2006) citados por Rodríguez-Molina (2015) explican en las normas de la WPATH, que en la evaluación psicológica en personas transexuales es indispensable incluir la identidad de género la persona, su disforia de género, la evolución y desarrollo histórico de esos sentimientos, el impacto de la identidad de género en su salud mental, la disponibilidad de apoyo social (ya sea familiar, de amigos, pareja, compañeros y/o de otras personas transexuales) así como descartar otros diagnósticos que puedan explicar mejor la disforia o la identidad del sujeto (p.18).

Asimismo, referente a un tratamiento de la disforia de género, Cohen-Kettenis (2010) y Kirk y Belovics (2008) citados por Cevallos (2011), afirman que con la psicoterapia no se “cura” a la persona, en su lugar, se busca que los malestares presentados sean aliviados y que se trate sobre todo el miedo y la tensión provocada por la falta de aceptación social debido a que la población con disforia presenta un mayor riesgo de presentar depresión e intentos de suicidio (p.20).

Entonces, la Asociación Mundial para la Salud Transgénero, propone ciertas opciones terapéuticas para las personas transgénero:

- Cambios en la expresión y rol de género, que implica vivir tiempo parcial o completo en el rol de género con el que se identifica la persona;

- Terapia hormonal para feminizar o masculinizar el cuerpo;
- Cirugías para cambiar las características sexuales primarias y/o secundarias y;
- Psicoterapia, ya sea individual, de pareja, familiar o grupal, para explorar la identidad, rol y expresión de género, así como abordar el impacto negativo de la disforia de género y el estigma en la salud mental, aliviar la transfobia internalizada, aumentar el apoyo social y mejorar la imagen corporal, o promover la resiliencia (pp.10-11).

Por su parte, Asenjo (2013), explica que la intervención psicológica debe centrarse de manera individualizada en los siguientes aspectos:

- El entrenamiento en habilidades;
- Autocontrol emocional;
- Reestructuración cognitiva;
- Intervención en disfunciones sexuales;
- Preparación ante intervenciones quirúrgicas;
- Modificación de ciertas conductas problema;
- Adherencia al tratamiento hormonal.

Respecto a las intervenciones grupales, deben realizarse grupos terapéuticos de apoyo a pacientes y a familias (p.166).

Reafirmando esto, Brown (2022), agrega que, aunque los pacientes con disforia de género no están obligados a recibir psicoterapia antes de someterse a una terapia hormonal y/o procedimientos quirúrgicos, los psicoterapeutas pueden ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas, mediante:

- Evaluar y tratar los trastornos comórbidos;
- Ayudar a los pacientes a lidiar con los efectos negativos de la estigmatización;
- Ayudar a los pacientes a encontrar una expresión de género con la que se sientan bien;

- Facilitar los cambios de roles de género, el proceso de declarar públicamente su identidad sexual y la transición (sp.)

Adicionalmente, la WPATH (2012), propone otras opciones para aliviar la disforia de género, como:

- Recursos, grupos u organizaciones comunitarias de apoyo entre pares, que proporcionen vías de apoyo social y de promoción de derechos;
- Recursos de apoyo a las familias y amigos;
- Terapia de voz y comunicación para ayudar a las personas a desarrollar habilidades de comunicación verbal y no verbal que faciliten la comodidad con su identidad de género;
- Fajamiento o prótesis de pene;
- Cambios de nombre y género en los documentos de identidad (p.11).

Además, la Asociación Americana de Psicología (2009), citada en CEFI (sf.), resalta la importancia de que los psicólogos reciban capacitación centrada en los prejuicios y en la salud mental de las personas LGBT para que puedan desarrollar prácticas psicológicas afirmativas basadas en la evidencia, y así, las herramientas psicoterapéuticas afirmativas pueden ayudar a reducir los efectos nocivos del estigma, poder minimizar el sufrimiento, mejorar la resiliencia, fortalecer las redes de apoyo, aumentar la asertividad y optimizar el funcionamiento psicológico de las personas transgénero (sp.).

4.5.1 Terapia Afirmativa.

La terapia afirmativa surge como una corriente terapéutica complementaria cuando la APA retira del DSM la homosexualidad como una patología y surge, además, como la alternativa para combatir los efectos negativos provocados por la terapia de conversión, aún practicada en muchos países, cuyos efectos incrementan las emociones de culpa e incrementa las

experiencias traumáticas. El objetivo principal de este tipo de terapia es, como lo dice su nombre, afirmar a las personas homosexuales, bisexuales, trans, intersex y queer, comprendiendo los mecanismos de la construcción de su identidad para, así, ayudarles a superar los problemas derivados de la discriminación y la presión social a las que se enfrentan (Gómez, 2021, sp.).

Así pues, la Terapia Afirmativa, es una especialización dentro de la Psicología que ofrece a los profesionales conocimiento específico sobre la diversidad sexual y de género. Además, se centra en las diferentes realidades y problemas a los que se pueden enfrentar las personas dentro del colectivo LGBT. Se debe mencionar que esto no significa que toda persona por el simple hecho de ser homosexual o transgénero siempre deba acudir a un psicólogo o a una psicóloga experta en terapia afirmativa, pero sí es recomendable cuando se presenta un malestar debido a su orientación sexual o identidad de género (Rull, 2022, sp.).

Es importante mencionar que para Borges (2009), citado por Freitas (2018) la terapia de afirmación no constituye un sistema teórico-técnico independiente respecto de los sistemas psicoterapéuticos ya existentes; sino que existe en la literatura la implementación de Terapias Afirmativas con base teórica y/o técnica en diferentes sistemas psicoterapéuticos como el psicoanálisis, la terapia sistémica o las terapias cognitivo-conductuales, entre otras (sp.).

De acuerdo a Gómez (2021) en la terapia afirmativa se busca trabajar:

- Los efectos negativos de la discriminación por la orientación sexual o identidad de género.
- La homofobia, bifobia y/o transfobia internalizada como respuesta a vivir en un contexto social excluyente.
- Psicoeducación sobre los elementos de la identidad.
- Llevar a cabo un proceso de aceptación de la propia identidad.

- Proveer herramientas para lidiar con la homofobia, bifobia y/o transfobia a las que se pueda enfrentar la persona en su vida diaria.
- Proveer un espacio seguro para los pacientes para que puedan explorar cualquier tema referente a la identidad (sp.).

Por su parte, Ruiz (2022), complementa respecto a los objetivos de la Terapia Afirmativa:

- Promover y mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes.
- Abordar los problemas relacionales.
- Acompañar y asesorar en la toma de decisiones.
- Tratar cualquier secuela de la homofobia o transfobia.
- Ofrecer apoyo psicoterapéutico en caso de sufrir situaciones de discriminación.
- Ofrecer acompañamiento familiar.
- Potenciar la aceptación de la propia identidad (sp.).

Se presenta a la psicoterapia afirmativa como una vertiente de la psicología afirmativa, la cual busca abordar las vivencias de la comunidad LGBT+. De ahí su importancia, ya que centra en procurar el bienestar de un colectivo que aún en la actualidad se enfrenta al rechazo, la discriminación y estereotipos en cuanto a políticas, leyes y la sociedad por su identidad de género y/o su orientación sexual (Ruiz, 2022, sp.).

Por ello se considera tan importante continuar visibilizando a la psicoterapia afirmativa, para que los miembros de la comunidad LGBT puedan abordar sus problemáticas específicas y tener un espacio seguro (Ruiz, 2022, sp.).

De acuerdo a Rull (2022), dentro de las áreas de trabajo de la Terapia Afirmativa, se pueden encontrar:

- Aceptación de la orientación sexual: Esta es el área con la que más se asocia a este tipo de terapia. Se busca poder reconocer y aceptar la orientación sexual y poder vivir esa realidad.

- Aceptación de la identidad de género: Se trabaja esta área cuando la persona no se identifica con su sexo biológico.
- Estrés postraumático: Se trabaja esta área para poder tener una recuperación psicoemocional debido a que muchas personas que han vivido o que viven en la actualidad diferentes formas y grados de acoso y discriminación por su orientación sexual o su identidad de género, generando secuelas a nivel psicológico, como el Trastorno de Estrés Postraumático.
- Problemas en las relaciones: Se busca analizar e intervenir sobre las relaciones familiares y/o en las relaciones sociales ya que pueden verse afectadas, e incluso pueden presentarse casos de dependencia, aislamiento o violencia intragénero.
- Acompañamiento familiar: En muchos casos, también es necesario el acompañamiento de los familiares ya que muchas veces la orientación sexual o la identidad de género muchas veces no es aceptada por ellos (sp.).

Entonces, la Terapia Afirmativa cobra cada vez más fuerza en la sociedad, buscando abordar las problemáticas del colectivo LGBT con mayor comprensión, sensibilidad y conocimiento, a la vez que se visibilizan las problemáticas a las que se enfrenta dicha población (Ruiz, 2022, sp.).

4.5.2 Terapias de conversión.

Las terapias de conversión sexual son procedimientos pseudocientíficos utilizados para modificar la orientación sexual o la identidad de género de las personas pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+ (Borrillo, 2022, p.1).

Las terapias de conversión, también conocidas como ECOSIG (Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual e Identidad de Género) son estrategias que tienen como objetivo convertir a una persona en heterosexual mediante el uso de métodos de violencia física, psicológica o sexual. Por lo general, dichas terapias se efectúan sobre personas que tienen

una orientación sexual diferente a la heterosexualidad o una identidad de género diferente a la asignada al nacer (Grupo Legislativo PMC, 2022, sp.).

De acuerdo a las Naciones Unidas (2020), el término “terapias de conversión” involucra intervenciones cuya finalidad es cambiar la identidad de género u orientación sexual de una persona; sus defensores afirman que estas terapias pueden transformar a las personas transgénero o de género diverso/diferente al cisgénero y a las personas homosexuales, lesbianas o bisexuales en heterosexuales, lo que implicaría que la identidad de género corresponde al sexo asignado al nacer (sp.).

Por su parte, Madrigal (sf), citado por las Naciones Unidas (2020), explica que las personas son sometidas a abusos físicos, psicológicos y sexuales, así como la electrocución, la medicación forzada, el aislamiento, el confinamiento, las injurias y la humillación. Además, otro método utilizado es la aversión, en la cual se somete a la persona a una sensación negativa, dolorosa o angustiante mientras se le expone a un estímulo vinculado a su orientación sexual. Aunado a ello, las intervenciones también pueden basarse en enfoques farmacológicos, como la medicación o los tratamientos de hormonas o esteroides (sp.).

Estas terapias se llevan a cabo en al menos 68 países, en todos los continentes. Se realizan de manera muy frecuente en África y bastante frecuentes en América Latina y el Caribe y en Asia. En Estados Unidos, aproximadamente, unas 700,000 personas lesbianas, homosexuales, transgénero o de género diverso han sido objeto de estas prácticas en algún momento de su vida (Naciones Unidas, 2022, sp.).

Además, la APA (2009), citada por Borrillo (2022) declaraba inadmisibles que los profesionales de la salud mental hicieran creer a sus pacientes que es posible modificar su orientación sexual o su identidad de género mediante algún tipo de intervención terapéutica o tratamiento y en América, la Comisión interamericana de derechos humanos se ha pronunciado a favor de la prohibición de dichas terapias (p.4).

En nuestro país, el Congreso de la Ciudad de México aprobó las reformas al Código Penal local para tipificar todos los tratamientos, terapias o actividades que pretendan corregir la orientación sexual o identidad o expresión de género, en las llamadas Terapias de conversión o ECOSIG, y que atentan contra el libre desarrollo de la personalidad e identidad sexual de las personas (Congreso de la Ciudad de México, sf., sp.).

Actualmente, los grupos que emplean este tipo de terapia, no hablan de la homosexualidad como una enfermedad. Han transformado su discurso, expresando buscar “desarrollar la heterosexualidad”, y ahora se presentan como grupos de superación personal o de auto apoyo (Becerra, 2020, sp.).

4.5.3 Enfoques psicoterapéuticos aptos para trabajar con personas transgénero.

4.5.3.1 Humanista

La terapia Humanista, identificada en sus inicios como la tercera fuerza o como la Psicología Humanista, nace en Estados Unidos en el año 1962 y buscaba el desarrollo de una Psicología capaz de entender el estudio de la subjetividad, de ir más allá de las experiencias de los seres humanos y analizarlos como un todo, sin desintegraciones e indagar en los aspectos más auténticos del ser humano como el amor, la capacidad de tomar decisiones por sí mismos, la libertad y el ser uno mismo. Este tipo de terapia pone énfasis en la salud, en lo que está correcto en el ser humano; se enfoca en las potencialidades y capacidades de las personas y no solo en sus limitantes. Este tipo de terapia considera que lo fundamental para el desarrollo de la persona es la confianza, en ayudar para que se descubra y que se atiendan sus necesidades desde su experiencia (Ruiz, 2021, p.24).

Citando a Castanedo y Mungia (2011) y a Vázquez (2018), Ruiz (2021) explica que la Terapia Gestáltica es un anexo de la escuela humanista, y en ella se priorizan los valores, los significados, los propósitos y la experiencia

humana, buscando el desarrollo del potencial de las personas, promoviendo el cambio y el crecimiento personal. A este tipo de terapia se le conoce también como la terapia del aquí y ahora, ya que técnicamente su objetivo se enfoca en que la persona tome consciencia cognitiva y emocional y que no evada su realidad, aun cuando pueda percibirla de forma traumática, se busca que de alguna manera realice nuevamente el contacto con su realidad (p.32).

Por su parte, Perls (1976), citado por Rodríguez (2019), refiere que la terapia Gestalt se considera que el paciente asiste a terapia porque logró el reconocimiento de que no se están cubriendo sus necesidades existenciales, además esta terapia no se centra en el padecimiento, sino en lograr la salud desde las potencialidades que posee la persona misma, es decir, el paciente aprende por sí mismo a integrar sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones, tanto en la sala de consulta, como en su vida cotidiana (p.13).

Dentro de las técnicas de la Terapia Gestalt se encuentran las técnicas supresivas, las cuales buscan que las personas dejen de hacer lo que de cierta manera les impide vivir en el aquí y ahora, y frecuentemente los obstáculos se tratan de elementos de su pasado (Ruiz, 2021, p.35).

Con las técnicas expresivas se busca ayudar al desarrollo y la externalización de las emociones, de los sentimientos y las acciones de las personas. Además, se busca el aumento de la consciencia, la cual ayudará al impulso de nuevas acciones. Se considera que una forma de tomar consciencia es no evitar el comunicar completamente todos los elementos que surgen en la mente y que obstaculizan la satisfacción de necesidades (Ruiz, 2021, p.36).

Por otro lado, Bendicho (sf) explica que en la terapia de pareja se busca el trabajo con los vínculos, las pautas de relación y comunicación entre los miembros de la pareja. Se explora la demanda de ambos, ya que muchas veces las demandas de cada uno pueden no coincidir. Se considera que no existe una pareja ideal, en su lugar, se considera que existe una pareja que crece o que se deteriora. En el proceso terapéutico con una pareja se deben

explorar los diferentes niveles de desarrollo de los miembros de la pareja, como:

- El crecimiento individual.
- Los aspectos de la relación de pareja, nivel afectivo-sexual y relacional.
- La función parental.
- Relación con la familia amplia y el entorno social (sp.).

4.5.3.2 *Psicoanalítico*

En cuanto a las psicoterapias psicoanalíticas, Lopera en 2017 citando a Kernberg (1993); Kernberg (2001); Foucault (2002; 1993); Lopera, Ramírez et al. (2010); Ramírez et al. (2015) y Lopera (2016), expone que, en su mayoría, este tipo de psicoterapias dan vital importancia a una revisión exhaustiva de la existencia del paciente, en un proceso en el que se busca la modificación subjetiva más radical posible. Se busca que la psicoterapia pueda crear las condiciones más óptimas posibles para que el paciente pueda partir desde el punto en el que su desarrollo fue perturbado y su auténtica personalidad, pueda expresarse naturalmente. El énfasis puesto en las relaciones de objeto tempranas del paciente muestra un trabajo que contempla, las experiencias presentes de su vida (el aquí y ahora), y las vivencias más antiguas de la infancia (pp.88-89).

Por su parte, Pérez (2009), el objetivo principal de un tratamiento psicoanalítico es conseguir insight y modificar aquellos conflictos inconscientes y las relaciones que generan sufrimiento en el paciente. En el trabajo psicoanalítico se busca explorar, clarificar e interpretar las fantasías, los deseos, temores, defensas y demás procesos que afectan a las relaciones del paciente mismo y con los demás (p.204).

Para Kernberg (2000), la psicoterapia psicoanalítica utiliza la interpretación, pero con pacientes con una severa psicopatología; en esta psicoterapia, la clarificación y la confrontación tienen un significado mayor

que la misma interpretación, así como las interpretaciones de los significados inconscientes en el “aquí y ahora” tienen también un mayor significado que la interpretación en el “allá y entonces”. Además, agrega que la clarificación, la confrontación y la interpretación en el aquí y ahora son los aspectos principales de la técnica interpretativa utilizada en la psicoterapia psicoanalítica, en la que la clarificación y de la confrontación tienen una mayor importancia (pp.341-342).

De acuerdo a Kernberg (2000) las siguientes, son las diferencias técnicas básicas utilizadas en la teoría psicoanalítica.

- La técnica de la interpretación. La cual incluye la clarificación de la experiencia consciente y preconsciente del paciente, la confrontación como la focalización en el comportamiento verbal y no-verbal que ayuda a complementar la expresión de la experiencia subjetiva del paciente por medio de la asociación libre, y la interpretación de su significado inconsciente, confrontando el significado inconsciente del “aquí y ahora” que es generalmente una vía para la interpretación del significado inconsciente en el “allá y entonces” (p.341).
- El análisis de la transferencia. Es el foco interpretativo principal, en el cual, la consideración de las expresiones de la transferencia sincrónica y diacrónica, es decir, la comprensión de los conflictos de diferentes etapas del desarrollo del paciente, que contrastan con una narrativa secuencial de un período del desarrollo en específico. El análisis de la transferencia, siempre incorpora los avances fuera de las sesiones y se centra en los avances inconscientes de la relación analista/paciente, con el análisis de la contratransferencia como componente indispensable del análisis de la relación terapéutica (p.341).
- La neutralidad técnica se refiere a la interpretación paralela del superyó, del ello, del yo agente y de la realidad externa. Esta técnica implica una objetividad alerta que permite el énfasis de la transferencia y su análisis como una distorsión sobrentendida de la

relación terapéutica “normal y definiendo las tareas de ambos participantes, es decir, la asociación libre para el paciente y la interpretación para el analista (p.341).

La psicoterapia psicoanalítica generalmente requiere de dos a cuatro sesiones por semana, pero no menos de dos sesiones; para explorar los desarrollos transferenciales como para seguir la realidad cambiante de la vida diaria del paciente (Kernberg, 2000, p.342).

4.5.3.3 Cognitivo-conductual

La Terapia Cognitiva-Conductual expone Sánchez (2008), citado por Puerta (2011), que es un modelo de tratamiento que ayuda al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas inadecuadas por otras más adecuadas para combatir sus problemas (p.252).

En el caso de la psicoterapia cognitivo-conductual, lo que se busca es que el paciente mismo evidencie sus propias interpretaciones acerca de su padecimiento, que sea capaz de entenderla y sobre todo que la acepte, ayudándolo a definir unos objetivos y enseñándole aplicar técnicas psicológicas que contribuyan a disminuir cualquier malestar (Londoño, 2017, p.143.).

Se considera que este enfoque terapéutico, se centra en los problemas y las dificultades del aquí y el ahora, y se busca la solución de problemas del paciente, mediante el cambio conductual, cognitivo y emocional; y una de sus características, es que se establece en las conexiones subjetivas y conductuales de las creencias, los sentimientos y las acciones del paciente, independientemente de que estas creencias estén basadas en la realidad (Londoño, 2017, p.142).

Este modelo de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema. En primer lugar, se guía a los individuos a reconocer sus pensamientos negativos y a notar cómo estos pensamientos permiten pensamientos, conductas y sensaciones somáticas desagradables e

inadecuadas. Luego, se ilustra a los pacientes acerca de cómo estudiar la utilidad de dichos pensamientos, a ponerlos a prueba empíricamente, a arriesgarse a encontrar un nuevo tipo de refuerzo y a generar cogniciones más equilibradas y adaptativas (Puerta, 2011, p.252).

De acuerdo a Puerta (2011), dentro de los objetivos principales de la Terapia Cognitivo Conductual, se encuentran:

- Disminuir el pensamiento disfuncional.
- Incrementar las habilidades de autocontrol.
- Mejorar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales/interpersonales.

Por otra parte, agrega, dentro de las metas adicionales se encuentran:

- Reducción de la ideación suicida.
- Mejorar la relación marital.
- Disminución de recaídas.
- Mejorar la salud física general (pp.252-253).

De acuerdo a Hernández (2007), dentro de las observaciones de la terapia cognitivo - conductual se pueden encontrar:

- Necesita establecer y mantenerse una alianza terapéutica.
- Es una terapia orientada al logro de metas.
- Destaca el presente, es decir, el aquí y ahora.
- Enseña al paciente a hacer su propio análisis.
- Las sesiones son estructuradas.
- Enseña a los pacientes a identificar como se encuentran respondiendo a sus pensamientos.
- Utiliza una serie de técnicas cognitivas y conductuales para lograr el cambio del pensamiento disfuncional, de las emociones desadaptativas y de la conducta disruptiva (pp.40-41).

4.6 Vida después de la transición.

La Real Academia Española considera a la calidad de vida como:

1. f. Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.

Por su parte, Herbst (2007), Murad (2010), Zubiaurre-Elorza (2012), Bocktin (2013) y González (2017), citados por Bocktin (2016) refieren que la calidad de vida incluye la salud mental, el bienestar, la función física, función social, la satisfacción y la felicidad. A pesar de no existir datos de evidencia de probabilidad en estos ámbitos antes de la transición, existen datos de muestras comunitarias que reflejan altas tasas de depresión, de ideación e intentos suicidas, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas y otras sustancias. Mientras que una revisión de la calidad de vida después de la transición y de la terapia de reemplazo hormonal, muestra una mejoría en aspectos como un mejor ajuste psicosocial, mejoró su situación económica, profesional y laboral, felicidad y satisfacción en general y relaciones más estables (sp).

Además, Coleman (2012), citado por Bocktin en 2016, explica que la disforia de género mejora después del tratamiento de afirmación de género. El porcentaje de satisfacción con dicho tratamiento es de >80% contra un <2% de arrepentimiento. Sin embargo, se debe mencionar que la investigación de resultados ha seguido mayormente un modelo binario de género, evaluando el tratamiento con hormonas, la transición social y la cirugía, en ese orden, cuando en la actualidad la identidad y expresión de género se han vuelto más diversas (sp).

En cuanto a la satisfacción con la cirugía de afirmación de género, Van de Grift (2018) explica que esta se encuentra relacionada con diversos factores y aunque la insatisfacción puede no ser muy frecuente, puede considerarse como un indicador de resultados deficientes. El predecir la

insatisfacción con los resultados postoperatorios es una tarea difícil, pero datos actuales sugieren una asociación entre síntomas psicológicos preoperatorios, la satisfacción con la vida y complicaciones durante el seguimiento (sp).

Sin embargo, Witten (1999), Fredriksen-Goldsen (2013) y Kimmel (2013) citados por Coleman (2012), agregan que las personas transgénero mayores de 50 años corren un mayor riesgo de tener una mala salud física, discapacidad, depresión y estrés en comparación con el resto de la comunidad LGB+ y esto se debe en gran parte al miedo a acceder a servicios médicos, la falta de actividad física, el estigma interiorizado, la victimización, la falta de apoyo social, la falta de servicios culturalmente competentes disponibles, la discriminación, la falta de vivienda y la falta de apoyo familiar (sp).

Así pues, Montazeri (2006), Hafariyan (2009), Nozori (2011) y Bayat (2012) citados por Eftekhar (2020) respaldan dicha afirmación, explicando que los resultados de estudios previos mostraron que la calidad de vida de las personas transgénero disminuyó con la edad, debido a que cuando aumenta la edad, también se incrementan los problemas físicos (sp). Además, por las presiones sociales y económicas, su situación marital se ve afectada, lo que repercute también en su calidad de vida (sp).

Por otro lado, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS, por sus siglas en inglés) en 2020, explica que el objetivo principal de terapia de reemplazo hormonal combinada o no con cirugía es que la persona transgénero ya no presente disforia de género, sin embargo, a pesar de que sus necesidades de salud son las mismas que el resto de la población, hay excepciones para las personas transgénero como:

- Necesitarán un control de por vida de niveles hormonales.
- Anticonceptivos si se es sexualmente activo y aún no se ha sometido a ninguna cirugía de género.
- Informar a su óptico y dentista si se encuentra en terapia hormonal, ya que esto puede afectar el tratamiento a llevar.

- Realizarse pruebas de detección cervical y mamaria si se es un hombre transgénero con cuello uterino o tejido mamario.

CONCLUSIONES, LIMITANTES Y SUGERENCIAS

Las conclusiones a las que se llegaron es que en México, la población transgénero ha sufrido una constante discriminación y violación de sus derechos, debido a que no encajan en los roles de género impuestos por la sociedad y que propician el rechazo por parte del resto de la población hacia ellos, en forma de transfobia, prejuicios y discriminación y también, propicia la negación de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo digno, una economía estable, así como la negación al derecho de un nombre y género en sus documentos legales.

Si bien es verdad que en el país, en los últimos años cada vez hay más apoyo hacia esta comunidad y en la actualidad hay leyes destinadas al reconocimiento de su identidad de género y para protegerlos de cualquier tipo de discriminación, aún queda mucho camino por recorrer para garantizar sus derechos, por ejemplo, el trámite para realizar el cambio legal de su nombre y género es aún reciente y por lo tanto el personal encargado de llevarlo a cabo, aún no se encuentra completamente capacitado e incluso algunos se muestran reacios a realizar dicho trámite.

Por lo que se refiere al entorno familiar, las relaciones son diversas, algunas personas reciben la aceptación, mientras que otras se enfrentan al rechazo y, muchas veces son incluso obligados a someterse a terapias de conversión que lo único que hacen es violar sus derechos y comprometen su bienestar físico, mental y emocional.

En los círculos sociales, la personas transgénero, muchas veces se enfrentan al rechazo por parte de sus amistades y también de sus parejas sentimentales debido a la dificultad que presentan para aceptar su situación sexo/genérica. Incluso, para las personas transgénero es muy difícil hablar sobre el tema y expresar su identidad de género libremente ante sus amistades y parejas sentimentales, por temor al rechazo o a la reacción que puedan presentar ante ellos. Además, muchas personas transgénero se

enfrentan a dificultades al momento de socializar debido a que no hay muchos lugares que se encuentren libres de discriminación, acoso o violencia tanto física como psicológica.

Con respecto al acceso a los servicios de salud, las personas transgénero se enfrentan a la discriminación y a la desinformación por parte del personal médico, por lo que muchas veces optan por no atenderse y ello pone en peligro su integridad y su bienestar. Además, en ocasiones, los altos costos de los servicios médicos y las dificultades para acceder a servicios médicos que les permita iniciar su terapia de reemplazo hormonal, ya que se enfrentan a prejuicios o a la negativa por parte del personal de salud para atenderlos, provoca que las personas transgénero recurran a la automedicación y muchas veces lo hacen con dosis superiores a las necesarias y sin saber si quiera si son aptos a iniciar el tratamiento, lo que solamente puede ocasionarles más problemas en el futuro. También, la desinformación con respecto a los riesgos de las prácticas de ocultamiento de los pechos por parte de los hombres trans, que recurren a técnicas no ideales, como el uso de vendajes, que pueden ocasionarles graves problemas de salud. No obstante, se debe mencionar que no todas las personas desean someterse a tratamientos de terapia de reemplazo hormonal o incluso a intervenciones quirúrgicas.

En cuanto a empleos, la población transgénero se encuentra con menos oportunidades laborales con condiciones dignas, con oportunidades equitativas y con una buena remuneración que les permitan mantener un estatus económico estable. El no contar con su documentación oficial que refleje el género y nombre con el que se identifican, representa uno de los mayores obstáculos ya que esto ocasiona que en su mayoría, las personas transgénero se enfrenten al rechazo, a la discriminación y a la violación de sus derechos, por lo que muchas veces se ven obligadas a realizar empleos que no les permiten mantener una vida digna.

Con respecto a la educación, se enfrentan al rechazo por parte de sus compañeros e incluso por parte de los maestros, además de la negativa a

utilizar los pronombres y el nombre con el que se identifican. Este rechazo, ocasiona que las personas transgénero se aislen del resto y eso los pone en una situación de riesgo, ya que muchas personas pueden presentar depresión, ansiedad o incluso conductas autolesivas.

Al realizar el presente trabajo de investigación, se presentaron algunas limitantes, como lo es la poca información disponible respecto a las personas transgénero, ya que en su mayoría las investigaciones existentes se enfocan en la comunidad LGBTQ+, principalmente en la comunidad homosexual, dejando a un lado a las necesidades de las personas transgénero. Además, entre la poca información que se puede encontrar, nos enfrentamos a la desinformación, ya que muchas veces los investigadores no comprenden la terminología correcta, por ejemplo, al hablar de hombres transgénero nos referimos a personas que al nacer han sido asignados mujeres y que en el caso de las mujeres transgénero, nos referimos a las personas cuyo género ha sido asignado hombres, pero que, en ambos casos, se identifican con el género contrario.

Por otro lado, nos encontramos con el uso indiscriminado de los términos “sexo” y “género” por parte de muchos investigadores, lo que solamente propicia una mayor desinformación para la población en general, entorpeciendo el conocimiento que muchas veces origina el entendimiento y por lo tanto la aceptación hacia la comunidad transgénero.

Otra limitante encontrada, es que, de la poca información existente, muchas veces es repetitiva y, además, en su mayoría está enfocada en las mujeres transgénero más que en los hombres transgénero, lo que limita aún más el acceso a la información que permita conocer el proceso de transición de los hombres transgénero, los tipos de tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas y de atención psicológica a los que pueden recurrir.

Otra limitante a la que nos enfrentamos, es que, no hay mucha información útil sobre la población transgénero, actual y en lengua

española, en su gran mayoría, la información más actual y completa se encuentra en la lengua inglesa y a pesar de que este es considerado el idioma universal, la realidad en nuestro país es que gran parte de la población no entiende el idioma, lo que limita su acceso a la información y por tanto, limita la posibilidad de poder entender la situación por la que están atravesando.

Por último, al realizar esta investigación, nos encontramos con una limitante en cuanto a una base sólida que sirva como guía para lo psicoterapeutas que estén interesados en trabajar con personas transgénero, lo que ocasiona que muchos de ellos deban recurrir al poco material disponible, el cual, como se mencionó anteriormente, muchas veces no cuenta con validez, certeza e incluso es repetitivo.

Se recomienda, la realización de más trabajos de investigación completos, válidos, actuales, consistentes y en lengua española, que estén enfocados exclusivamente en la población transgénero, en su proceso de transición y, en los obstáculos a los que se enfrentan, así como el impacto psicológico que el proceso provoca en ellos y en su círculo familiar y social.

De igual manera, se sugiere una base de trabajo tanto para la psicoterapia como para el personal de salud y en toda dependencia que requiera trabajar con personas transgénero para evitar desinformación, prejuicios, discriminación y la violación de sus derechos.

REFERENCIAS

- Abarca, S. (2007). *Psicología del niño en edad escolar*. Costa Rica: Universidad Estatal de San José.
- Acuña, E. A. (2018). La infancia desde la perspectiva del psicoanálisis: un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objétales. *Tempo psicoanalítico*, 50(1), 325-353. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382018000100016#Autora
- Aday, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A., & Salinas, H. (2018). Terapia hormonal en la transición femenino a masculino (ftm), androgénica, para trans masculino o para hombre transgénero. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(3), 318-328. p.319. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000300318#B3
- Agencia de la ONU para los Refugiados (2021). Personas LGBTI+ que huyen de la violencia y discriminación deben poder acceder a espacios seguros y a la protección de sus derechos. <https://www.acnur.org/es-mx/noticias/press/2021/5/60a274bb10/personas-lgbti-que-huyen-de-la-violencia-y-discriminacion-deben-poder-acceder.html>
- Aguilar, Y. P., Valdez, J. L., González-Arratia, N. I., González, S. (2013). Los Roles de Género de los Hombres y las Mujeres en el México Contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 207-224. p.209. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228336001>
- Algaba-Montano, D. (2019). *Imagen corporal en población transgénero*. pp.2, 3.
- Alonso, D. L. (2014). *Biología de la homosexualidad*. Síntesis. p.36.
- Alvarado, S. E. (2019). *El reconocimiento de la identidad de género de las personas transexuales y transgénero, a través del procedimiento administrativo seguido ante el registro civil de estado de México [Tesis de licenciatura, Universidad Oparin, S.C.] TESIUNAM*. p68.

https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/VAHN8NDIPE1M98JHJK9EIVJB YQ7ESHVIAVGS8YC7JSUL45VYED-19209?func=full-set-set&set_number=790325&set_entry=000004&format=999

American Psychological Association. (2013). Sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género.

American Psychological Association. (2009). Respondiendo a sus preguntas sobre orientación sexual y homosexualismo. <http://www.apa.org/topics/lgbtq/orientacion>

American Psychological Association. (2013). Orientación sexual y identidad de género. <http://www.apa.org/topics/lgbtq/sexual>

American Psychological Association. (2013). Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género. p.1. <http://www.apa.org/topics/lgbtq/transgenero>

American Psychological Association. (2013). Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género. p.3. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/transgenero>

Ardila R. (2008). Homosexualidad y Psicología. Bogotá: Ed. Manual Moderno 2° Edición. pp. 10-11, 22.

https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=RkyCEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR2&dq=Homosexualidad+y+Psicolog%C3%ADa.+ardila&ots=lwP6p9NzBH&sig=kPy0B49bH4fOOXjYfn7P0OunXII&redir_esc=y#v=onepage&q=Homosexualidad%20y%20Psicolog%C3%ADa.%20ardila&f=false

Armstrong, H. L. (2021). Encyclopedia of Sex and Sexuality: Understanding Biology, Psychology, and Culture [2 volumes]. ABC-CLIO. pp.30-31, 70, 118. Traducido en Google traductor.

<https://books.google.com.mx/books?id=M94aEAAAQBAJ&pg>

Asenjo, N., Portabales, L., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio, M. J., & Becerra, A. (2013). Transexualidad, Evaluación e Intervención Psicológica. Clínica Contemporánea, 4(2), 161-170. p.166.

-
- Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J., & Becerra-Fernández, A. (2010). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). SEMERGEN-Medicina de familia, 37(2). sp.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp.451-459.
- Asociación de Psicología Americana (2009). Respuestas a tus preguntas sobre individuos transgéneros e identidad de género.
- Balderrama, A. (2021). No todo es sexo: asexualidad, una orientación repleta de mitos. Unidiversidad: Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina. <https://www.unidiversidad.com.ar/no-todo-es-sexo-asexualidad-una-orientacion-repleta-de-mitos>
- Ballesteros, M. S. B., & Quevedo, J. P. O. (2021). Paradoja transgénero: alteraciones emocionales más frecuentes durante la transición. Derecho y Realidad, 19(37), 211-227.
- BarnaClinic+ Group Hospital Clinic, sf. Identidad de género. sp. Consultado el día 20 de Junio de 2020. <https://www.barnaclinic.com/es/identidad-de-genero/>
- Barreto, J. F. (1999). Sistema estomatognático y esquema corporal. Colombia Médica, 30(4),173-180. p.174. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28330405>
- Becerra, M. (2020). ¿Qué son las terapias de conversión? sp. <http://www.acciongay.cl/que-son-las-terapias-de-conversion/>
- Bendicho, O., Isella, S., Mariezkurreña, B., Gajón, I. (sf). Terapia de pareja. Instituto de Psicoterapia Gestalt. Revisado el día 11 de noviembre de 2022. <https://www.escuelagestalt.com/terapia-parejas/>
- Bergero Miguel, Trinidad, Asiain Vierge, Susana, Gorneman Schaffer, Isolde, Giraldo Ansio, Francisco, Lara Montenegro, José, Esteva de Antonio, Isabel, & Gómez Banovio, Marina. (2008). Una reflexión sobre el

-
- concepto de género alrededor de la transexualidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28(1), 211-226.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100013
- Bernal Martínez de Soria, Aurora (2016). La identidad de la familia: un reto educativo. Perspectiva Educacional, Formación de Profesores, 55(1), 114-128. p.114.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333343664008>
- Berriel, A. A. (2011). Duelo en procesos de reasignación de sexo de varón a mujer en personas transgénero. Tesina para obtener el diplomado en tanatología. pp.24, 30, 44, 45.
- Blanco Álvarez, Tatiana (2015). Parentalidades en familias diversas. Revista de Ciencias Sociales (Cr), II (148),39-48. p.39.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15342284004>
- Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M. B., Guillamon, A., Meyer, I., Meyer, W., 3rd, Reisner, S., Sevelius, J., & Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity, 23(2), 188–197. sp.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4809047/#R16>
- Boivin, Renaud René (2014). Se podrían evitar muchas muertes": discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana. pp.89, 90.
<https://www.scielo.br/j/sess/a/qRZM9NY7mzctKZVYr56QBZK/?lang=es&format=pdf>
- Borrero, C. L. C. (2008). Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. Hacia la Promoción de la Salud, 13, 42-58. p.44.
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v13n1/v13n1a03.pdf>

-
- Borrillo, D. (2022). Terapias de conversión sexual y Derechos Humanos. II Congreso Internacional LGTBI de Andalucía, Consejería de Igualdad de la Junta de Andalucía, Malaga, España. pp.1, 4.
- Bravo, A., & Fernández, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15(1),136-142. p.136. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715122>
- Brill, S., & Kenney, L. (2016). *The transgender teen*. Cleis Press. sp. Traducido en Google Traductor. <https://books.google.com.mx/books?id=hwJuDwAAQBAJ&pg>
- Brown (2022). *Disforia de género*. East Tennessee State University. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/sexualidad-disforia-de-g%C3%A9nero-y-parafilias/disforia-de-g%C3%A9nero>
- Buenfil, S. E. (2013). *Duelo en la diversidad: Cuando los hijos salen del clóset*. pp. 70, 71, 105, 108, 109.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012
- Camacho, M. (2022). Ordena SCJN a Puebla reconocer el derecho al cambio de género de menores trans. *Periódico La Jornada de Oriente*. sp. <https://www.lajornadadeoriente.com.mx/puebla/scjn-derecho-al-cambio-de-genero-infancias-trans/>
- Camarena, M. E., Saavedra, M. L., & Ducloux-Saldívar, D. (2015). Panorama del género en México: Situación actual. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 13(2), 77-87. pp.78, 80. <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105344265008.pdf>
- Cañaverl Orozco, J. D. (2021). Estudio comparativo de las condiciones de salud de las personas transexuales con asistencia médica y otro tipo de apoyo en su proceso de afirmación de género. pp.25, 26.

-
- https://repositorio.ucaldas.edu.co/bitstream/handle/ucaldas/16273/JuanDavid_CanaveralOrozco_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cardella, L. C. (2020). Anatomía y diferencia sexual en psicoanálisis. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. pp.150-151.
<https://www.aacademica.org/000-007/421.pdf>
- Castilla-Peón, M. F. (2018). Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 75(1). sp.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462018000100007
- Centro de Atención Transgénero Integral (sf). Preguntas frecuentes. sp. Revisado el día 07 de mayo de 2022.
<https://clinicatrans.org.mx/preguntas>
- Centro de Estudios Familiares e Individuales. El papel de la psicología en el trabajo con la población LGBT. Revisado el día 12 de octubre de 2022.
<https://www.cefipoa.com.br/es/o-papel-da-psicologia-no-trabalho-com-a-populacao-lgbt>
- Cervantes, J.C. (2018). Los derechos humanos de las personas transgénero, transexuales y travestis. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. p.13.
- Cevallos Guzmán, M. (2011). Estudio de caso: Uso de la terapia hipnointegrativa de psicología profunda en un paciente con trastorno de identidad de género (Tesis de licenciatura, Quito: USFQ, 2011). p.20.
- Cifuentes, M., Mac Millan, Guillermo, Jones, L. & Zhao, L. (sf). Cirugía genital en personas trans. Manual de Urología. Capítulo 20. p2.

<https://manualdeurologia.cl/capitulo-20-cirugia-genital-en-personas-trans/#top>

Clinica Especializada Transgénero (2019). Procedimientos quirúrgicos. sp.

<https://cetrans.mx/>

Colás Bravo, Pilar (2007). La construcción de la identidad de género: Enfoques teóricos para fundamentar la investigación e intervención educativa. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), p153.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321895010>

Coleman, E., & Candelario-Pérez, L. (2018). Traducción al español de las normas de atención de la asociación profesional mundial Para la salud del transgénero: Introducción. *International Journal of Transgenderism*, 19(3), 280-286. pp.43-44, 46, 59.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., De Cuypere, G., Feldman, J., & Zucker, K. (2018). Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género: La Asociación Mundial para la Salud Transgénero. *International Journal of Transgenderism*, 19(3), 287-354. pp.64, 65, 68, 69.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., De Cuypere, G., Feldman, J., & Zucker, K. (2018). Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género: La Asociación Mundial para la Salud Transgénero. *International Journal of Transgenderism*, 19(3), 287-354. pp.10-11.

Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2019). Día internacional contra la homofobia, transfobia y bifobia.

<https://www.gob.mx/conavim/articulos/dia-internacional-contra-la-homofobia-transfobia-y-bifobia?idiom=es>

CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2012). 4 de marzo, Día de la familia. http://www.conapo.gob.mx/CONAPO/Marzo_Un_Dato

CONAPRED (2016). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. p.14.

https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf

CONAPRED (sf). Discriminación diversidad sexual. Consultado el día 08 de enero de 2022.

http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=145&id_opcion=48&op=48

CONAPRED (sf). Discriminación e igualdad. Consultado el día 06 de enero de 2022.

http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142

CONAPRED (sf). Orientación Sexual, características sexuales e identidad y expresión de género. Consultado el día 05 de febrero de 2022.

http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/FichaTematica_LGBTI.pdf

Congreso de la Ciudad de México. El Congreso CDMX aprueba reformas al Código Penal que tipifican como delito las “terapias de conversión”. Revisado el día 14 de octubre de 2022.

<https://www.congresocdmx.gob.mx/comsoc-congreso-cdmx-aprueba-reformas-al-codigo-penal-que-tipifican-como-delito-las-terapias-conversion-1619-1.html>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2008). Redes de apoyo social. 1er Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (83-99) Costa Rica: Universidad de Costa Rica. p.83.

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. p.19.

https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. pp.29, 33, 34, 35.

https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf

- Coon, D. (2016). Introducción a la psicología: el acceso a la mente y la conducta, mapas conceptuales y comentarios. pp.375-376.
- Correa Romero, F. E., García y Barragán, L. F., & Saldívar Garduño, A. (2013). Estereotipo de paternidad e identidad de género en adolescentes de la Ciudad de México. *Revista Iberoamericana De Psicología*, 6(1), 41-50. pp.41, 42, 43. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.6105>
- Correa, R. (2019). Comunidad LGBTI, la más maltratada y discriminada. *Gaceta UNAM*. sp. <https://www.gaceta.unam.mx/comunidad-lgbti-la-mas-maltratada-y-discriminada/>
- Cortés, M., Rodríguez, Y., & Muñoz, A. (2014). Guía para la incorporación de la perspectiva de género. Primera Edic. México: Secretaría de Relaciones Exteriores, Dirección General del Servicio Exterior y de Recursos Humanos. p.28. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/82106/sredgse_rig07.pdf
- Crooks, R., Baur, K., & Rojas, L. C. (2010). *Nuestra sexualidad*. México: Cengage Learning. p.52.
- Dalzell, H., & Protos, K. (2020). *A clinician's guide to gender identity and body image: Practical support for working with transgender and gender-expansive clients*. Jessica Kingsley Publishers. p.35. Traducido en Google Traductor. <https://books.google.com.mx/books?id=onunDwAAQBAJ&dq>
- De Antonio, I. E., Araque, N. A., Murillo, F. H., Rodríguez, M. F., Hagemeyer, Á. V., Moreno-Pérez, Ó., & GIDSEEN, G. (2015). Documento de posicionamiento: Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición*, 62(8), 380-383. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia->

[nutricion-12-articulo-documento-posicionamiento-disforia-genero-infancia-S157509221500090X](#)

- De Castro, M. (2015). La ONU en acción para la igualdad de género en México. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres; ONU Mujeres. p.9. <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2015/10/igualdad-de-genero>
- De Juan, J. & Pérez, R. M. (2007). Sexo, género y biología. Feminismo/s. 10, pp.163-185. p.169. https://www.researchgate.net/profile/Joaquin-De-Juan/publication/39441586_Sexo_genero_y_biologia/links/0912f505a2ab4cf3e1000000/Sexo-genero-y-biologia.pdf
- De Montis, I. A. (2008). Sexualidad humana. Editorial El Manual Moderno.
- De Psiquiatría, A. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana. p.451.
- De Vitoria, C. L. (1995). Secuencias de desarrollo infantil. Universidad Católica Andrés. pp.146-147.
- Del Olmo, M. (2018). Relación entre el apoyo social percibido y los síntomas de la ansiedad y depresión en población transexual/transgénero. [Tesis de licenciatura, Universidad Pontificia Comillas]. Madrid. pp.3, 4. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/193961/retrieve>
- Delgado, G., Novoa, R., & Bustos, O. (1998). Ni tan fuertes ni tan frágiles. Resultados de un estudio sobre estereotipos y sexismo en mensajes publicitarios de televisión y educación a distancia. Pronam, México. pp.27, 28. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100086.pdf
- Díaz-Hernández, V. & Merchant-Larios, H. (2017). Consideraciones generales en el establecimiento del sexo en mamíferos. TIP Revista Especializada en Ciencias Químico-Biológicas, 20(1): 27-39. p.28.

-
- Diestra Sáenz, R. O. (2015). El tratamiento hormonal y quirúrgico de reasignación de sexo: instrumentos de tutela del derecho a la integridad de los transexuales. sp.
- Domínguez, M. (2012). Cuerpos en tránsito: la construcción del cuerpo de un grupo de transexuales en Tijuana (Tesis de Maestría. El Colegio de la Frontera Norte, AC, México). pp. 60, 63.
- Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z. et al. Quality of life in people with transsexuality after surgery: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 18, 264 (2020). <https://hql.o.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01510-0#citeas>
- Española, R. A. (2022). Real academia española. Consultado el día 14 de marzo de 2022. <https://dle.rae.es/sexo>
- Estrada Rodríguez, J. L., Mendieta Ramírez, A., & González Vidaña, B. (2016). Perspectiva de género en México: Análisis de los obstáculos y limitaciones. *Opción*, 32(13), 12-36, p.12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31048483002>
- Fernández Olazábal, Pedro (2007). Transexualidad, homosexualidad y familia (reflexiones teóricas y resultados de trabajo desde una visión de la psicología). *IUS. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C.*, (20), 26-41. p.33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293222932002>
- Fernández, A. (2021). Persiste discriminación y violencia contra las personas trans. *Boletín UNAM-DGCS-282. Ciudad Universitaria.* https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_282.html
- Fernández, P. (2007). Transexualidad, homosexualidad y familia: Reflexiones teóricas y resultados de trabajo desde una visión de la psicología. *IUS. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, 20, 26-41. P.33. <https://www.redalyc.org/pdf/2932/293222932002.pdf>

-
- Fontana Hernández, A. (2006). Guía metodológica para docentes: Actividades para fortalecer el concepto de cuerpo, esquema corporal e imagen corporal, en niñas y niños preescolares y escolares. p.5,7-8.
- Fraisse, G. (2003). Del sexo al género: los equívocos de un concepto. Universitat de València, pp.48-49.
<https://docer.com.ar/doc/xe8v1v1>
- Freitas, P. (2018). Reseña: "Terapia afirmativa: una introducción a la psicología y a la psicoterapia dirigida a gays, lesbianas y bisexuales". sp. <https://www.redalyc.org/journal/4758/475855171015/html/>
- Freud, S. (1923). CXXI. Psicoanálisis y teoría de la libido. http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Psicoa_TELib.pdf
- García M., A. (2008). Identidades y Representaciones Sociales: La construcción de las minorías. Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences, 18(2).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101812>
- García, E. L. (2014). Psicología general. Grupo Editorial Patria.
- García, N. J., (2017). Relación de las redes de apoyo social con el estado de salud Físico, deterioro cognitivo y distimia en una población de Adultos mayores de la ciudad de México. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. México. p.29.
https://repositorio.unam.mx/contenidos/relacion-de-las-redes-de-apoyo-social-con-el-estado-de-salud-fisico-deterioro-cognitivo-y-distimia-en-una-poblacion-de-ad-89153?c=BPabPj&d=false&q=*&i=6&v=1&t=search_0&as=0
- Garosi, E. (2012). "Hacer" lo trans: Estrategias y procesos de transición de género en Turín (Italia). Cuicuilco, 19(54).
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592012000200009
- Giménez, M., y Mariscales, S. (2008). Psicología del desarrollo desde el nacimiento a la primera infancia. España: McGraw Hill Madrid. p.257.

-
- Ginicola, M. M., Smith, C., & Filmore, J. M. (Eds.). (2017). Affirmative counseling with LGBTQI+ people. John Wiley & Sons. p.366. Traducido en Google Traductor. <https://books.google.com.mx/books?id=pi8bDgAAQBAJ&dq>
- Goldberg, A. E. & Beemyn, G. (2021). The SAGE encyclopedia of Trans Studies. SAGE publications. Traducido en Google Traductor. <https://books.google.com.mx/books?id=Fb4IEAAAQBAJ&pg>
- Gómez, J. (2014). Psicología de la sexualidad. Alianza Editorial. pp.30, 59, 65, 70.
- Gómez, S. (2021). Terapia afirmativa. Praxis, Psicología Integral. sp. <https://praxis.com.do/es/articulos/item/terapia-afirmativa>
- González, Á. L. M. (2005). Sexualidad, psiquiatría y cultura. Editorial Glosa, SL. <https://books.google.com.mx/books?id=rTZsSGCgf5sC&pg>
- Gordon, A. M. (2009). The effects of childhood sexual abuse and childhood sexual experiences on sexual orientation and sexual identity (Doctoral dissertation). p.1. Traducido en Google Translator.
- Gorguet, P. (2008), Comportamiento sexual humano: Santiago de Cuba, editorial oriente 1-132. p.18.
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (2002). Evaluación de Recursos y Estresores Psicosociales en la Comunidad. Madrid: Síntesis. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/404/350>
- Green, J., Hoskin, R. A., & Mayo, C. (2019). Navigating trans and complex gender identities. Bloomsbury Publishing. p.180. Traducido en Google Traductor. <https://books.google.com.mx/books?id=Np6wDwAAQBAJ&pg>
- Grupo Legislativo PMC. (2022). Presentan iniciativa para penalizar terapias de conversión. sp. <https://www.hcnl.gob.mx/glpmc/2022/06/presentan-iniciativa-para-penalizar-terapias-de-conversion.php>

-
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas de población. pp.40, 43, 44, 49. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, N. A. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. pp. 40-41. https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=EzlwZg_aH6AC&oi=fnd&pg=PA9&dq=psicoterapia+cognitivo+conductual+terapia+individual&ots=VNkh8gwNiT&sig=z1voT68Tjixxc3jSs_ocTpMhkJk#v=onepage&q=psicoterapia%20cognitivo%20conductual%20terapia%20individual&f=false
- Herrera, A. (2019). La maternidad del hombre transgénero: Su falta de inclusión en el derecho mexicano. [Tesis de licenciatura, UNAM]. TESIUNAM. p.29. https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/UI398KJ3GHMH74IFDSE8TPVYQATP8AUI9XNPL51AF9UJ1J9ECI-29016?func=full-set-set&set_number=790389&set_entry=000007&format=999
- Holleb, M. L. E. (2019). The AZ of Gender and Sexuality: From Ace to Ze. Jessica Kingsley Publishers. p.43. Traducido en Google Traductor. <https://books.google.com.mx/books?id=44F2DwAAQBAJ&dq>
- Human Rights Campaign (sf). Preguntas frecuentes sobre el tema transgénero. sp. Revisado el día 07 de junio de 2022. <https://www.hrc.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-el-tema-transgenero>
- Ibarra, D. (2008). Sexo y género: Hacia una visión de conjunto. Universidad Panamericana. p.28. <https://1lib.mx/ireader/7232428>
- IM Gender Clinic, sf. Cirugía de afirmación genital: Histerectomía. Consultado el día 20 de junio de 2012. <https://cirugiadegenero.com/histerectomia/>

-
- INEGI (2021). Encuesta nacional sobre diversidad sexual y de género: presentación de resultados. sp. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endiseq/2021/doc/endiseq_2021_resultados.pdf
- Infante-Castañeda, C. (1990). Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública de Mex* 1990; 32(4):419-429. p.420.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020). Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. sp. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores?idiom=es>
- Instituto Nacional de Mujeres (2007). El impacto de los estereotipos y los roles de género en México. p.15. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf
- Instituto Nacional de Mujeres (2017). Desigualdad en cifras: Roles y estereotipos de género, una forma de discriminación contra las mujeres. Boletín. Año 3, Número 10. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN10_2017.pdf
- InterACT Youth (sf). What we wish our teachers knew. sp. Revisado el día 14 de marzo de 2022. <https://interactadvocates.org/wp-content/uploads/2018/07/BROCHURE-interACT-Teachers-final.pdf>
- Jayne, M. & Sau, V. (2004). *Psicología diferencial del sexo y el género: Fundamentos*. Barcelona: Icaria. pp.61, 63.
- Jiménez, J. (2017). Discriminación y exclusión laboral en la comunidad LGBT: un estudio de caso en la localidad de chapinero, Bogotá Colombia. Universidad de La Salle, Colombia. pp.232, 233. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/9112/7654>
- Jusué, C. (2015). Identidad de sexo y género en niñas y niños de 3 a 11 años. Tesis Doctoral, Universidad del país Vasco. pp.44-45. <http://hdl.handle.net/10810/21725>

-
- Kanigel, R. (2019). The diversity style guide. John Wiley & Sons. p342.
Traducido en Google Traductor.
<https://books.google.com.mx/books?id=8LByDwAAQBAJ&pg>
- Kattari, S. K., Kinney, M. K., Kattari, L., & Walls, N. E. (Eds.). (2020). Social Work and Health Care Practice with Transgender and Nonbinary Individuals and Communities: Voices for Equity, Inclusion, and Resilience. Routledge. Traducido en Google Chrome.
<https://books.google.com.mx/books?id=WAPzDwAAQBAJ&pg>
- Kernberg, O. (2001). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. Psicoanálisis, Focos y Aperturas. pp.341-342.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Psicoterapias_de_apoyo.pdf
- Lamas, M (2002). Cuerpo: Diferencia sexual y género. Ed. Santillana. p.36.
http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas_formacion/genero_cuerpo/LB3/Marta_Lamas_Cuerpo_Diferencia_Sexual_Genero.pdf
- Lamas, M. (1994). Cuerpo: diferencia sexual y género. Debate Feminista, 10, 3–31. p.10. <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/2.-Cuerpo-Diferencia-sexual-y-genero.pdf>
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. Revista de Educación y Cultura de la sección, 47.
http://www.inesge.mx/pdf/articulos/perspectiva_genero.pdf
- Lamas, M. (1999). Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. Debate Feminista, Vol. 20, 84–106. p.84. <http://spc.veracruz.gob.mx/wp-content/uploads/sites/8/2017/09/Genero-Diferencias.pdf>
- Lamas, Marta (1986). La antropología feminista y la categoría "género". Nueva Antropología, VIII (30), p.188.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15903009>
- Laplanche, J., Dejours, C. & André, J. (2006). El género en la teoría sexual. ALTER: Revista de psicoanálisis, Investigación y traducciones

-
- ineditas. Número 2. <https://revistaalter.com/numeros-alter/el-genero-en-la-teoria-sexual/>
- LEDESER. Línea del tiempo de los Derechos civiles, sexuales y reproductivos de personas LGBTI en México. sf, sp. Consultado el día 01 de Julio de 2022. <https://ledeser.org/linea-tiempo-dsyr-mexico/>
- LeVay, S. (2016). Gay, straight, and the reason why: The science of sexual orientation. Oxford University Press. p.1. Traducido por Google Traductor.
<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=wnHADAAAQBAJ&oi>
- Llanos, K. L. (2019). Transgénero: transitando en la identidad narrativa del género. p. 3.
- Londoño Salazar, M. (2017). Reflexiones sobre la ética del psicólogo. Poiésis, (33), 139-145. pp.142, 143.
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/articloe/view/2504/1921>
- Lopera, J. D. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. CES Psicología, 10(1),83-98. pp.88-89.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423550874006>
- Lundquist-Arora, S. (2019). Coping with gender fluidity. The Rosen Publishing Group, Inc. p.8.
<https://books.google.com.mx/books?id=kLPXDwAAQBAJ&dq>
- Macía, O., Mensalvas, J. y Torralba, R. (2008). Roles de género y estereotipos. Fundación Esplai.
<https://perspectivagenerotelecentro.wordpress.com/manual-trabajo-con-grupos-mixtos-en-el-tc/roles-de-genero-y-estereotipos/>
- Mann, M. (2021). Not ‘Him’ or ‘Her’: Accepting and loving my non-binary child: Here’s what you should know. DTM Publishing, LLC. p.5. Traducido en Google Traductor.
<https://books.google.com.mx/books?id=DHc-EAAAQBAJ&dq>

-
- Marín Calderón, N. (2018). El tema de la homosexualidad masculina en Tres ensayos de teoría sexual de Sigmund Freud. Verba Volant. Volumen 8, No. 1. p.27 <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4527>
- Martín, G. J. (2013). Orientación sexual y biología. Quadern de les idees, les arts i les lletres, (193), 29-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4735514>
- Mayer, L. S., & Mchugh, P. R. (2016). Sexualidad y género. The New Atlantis, 113. p.90.
- Mejía, Carlos. (2015). Sexo y género. Diferencias e implicaciones para la conformación de los mandatos culturales de los sujetos sexuados. En Taguenca, Juan. Cultura, política y sociedad Una visión calidoscópica y multidisciplinar. Pachuca de Soto. (México): Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. pp.236-238. <https://www.academica.org/carlos.mejia.reyes/12.pdf>
- Mendes, E. A., & Maroney, M. R. (2019). Gender identity, sexuality and autism: Voices from across the spectrum. Jessica Kingsley Publishers. p.30. Traducido en Google Traductor. <https://books.google.com.mx/books?id=MS5oDwAAQBAJ&dq>
- Meza Dávalos, E. G., & García, S., & Torres Gómez, A., & Castillo, L., & Sauri Suárez, S., & Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 13(1), 28-31. pp.29-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>
- Miguelés, P., Observatorio Nacional de Crímenes de Odio Contra las Personas LGBT (Informe 2020), Punto 618 Diseño Editorial, junio de 2020. <http://www.fundacionarcoiris.org.mx/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Observatorio-2020.pdf>
- Mora Palma, C., & Casado, G. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento hormonal en jóvenes transexuales. pp.2-3.

-
- Moral de la Rubia, J. (2009). Conducta homosexual: una perspectiva integradora biopsicosocial. Revista electrónica de psicología Iztacala. Volumen 12, No. 3. p54, 56-57, 57. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/15472/0>
- Moratalla, N. L., & Canelas, A. C. (2016). Transexualidad: una alteración cerebral que comienza a conocerse. Cuadernos de bioética, 27(1), 81-92. pp.82-83.
- Morris, C. G., Maisto, A. A., & Salinas, M. E. O. (2005). Introducción a la Psicología. Pearson Educación. p.383-384. <https://books.google.com.mx/books?id=PLDQoRgu5ZYC&pg>
- Morris, C. G., Maisto, A. A., & Salinas, M. E. O. (2005). Introducción a la Psicología. Pearson Educación.
- Myers, D. G. (2005). Psicología. Ed. Médica Panamericana. pp.127, 379.
- Naciones Unidas. (2020). Las “terapias de conversión” pueden equivaler a formas de tortura y deberían prohibirse, afirma experto de Naciones Unidas. sp. <https://www.ohchr.org/es/stories/2020/07/conversion-therapy-can-amount-torture-and-should-be-banned-says-un-expert>
- Naciones Unidas. (2022). Acabar con las "terapias de conversión", la lucha de un experto en derechos humanos. <https://news.un.org/es/story/2022/02/1504082>
- Nadal, K. L. (2017). The SAGE encyclopedia of psychology and gender. Sage Publications. Traducido en Google traductor. <https://books.google.com.mx/books?id=TX5ZDwAAQBAJ&pg>
- National LGBT Health Education Center (2018). Glosario de términos LGBT para equipos de atención a la salud. pp.3, 7. <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/publication/glosario-de-terminos-lgbt-para-equipos-de-atencion-a-la-salud/>
- Nava Juárez, B. (2003). Autoestima, imagen corporal y sus trastornos en la adolescencia. p.19. <http://132.248.9.195/ppt2002/0326982/Index.html>

-
- Navarro, D. M., Narro Robles, J., & Orozco Hernández, L. (2014). La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, LIX (220),117-146, p.118. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42131173005>
- Neri Chaves, G. (2006). Estrategias de juego para el conocimiento y desarrollo del esquema corporal en niños preescolares. pp.32-33. <http://132.248.9.195/pd2006/0607394/Index.html>
- Nosedá Gutiérrez, Janet (2012). Muchas formas de transexualidad: diferencias de ser mujer transexual y de ser mujer transgénero. *Revista de Psicología*, 21(2), 7-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26424861001>
- O'Flaherty, M. (2007). Principios de Yogyakarta: aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. p.6. <https://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
- Organización Mundial de la Salud (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Argentina. p.3 https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/
- Organización Mundial de la Salud (2019). CIE-11. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Onceava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f90875286>
- Osborne, R. & Molina, C. (2008). Evolución del concepto de género1 (Selección de textos de Beauvoir, Millet, Rubin y Butler). *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (15), 147-182. p.147. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297124045007>
- Osorio, A. M. S., Rivera, M. A., & Tovar, H. (2018). Disforia de género/Incongruencia de género. Terapia hormonal en adultos. *Revista Endocrino*, 5(4), 32-36. pp.32-33.

<https://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/452/595>

Ovies Carballo, G., Alonso Domínguez, E., Gómez Alzugaray, M., & Duarte Cazerres, E. (2020). Tratamiento hormonal y sus complicaciones en el paciente con disforia de género. *Revista Cubana de Endocrinología*, 30(2). sp.

<http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/182/205>

Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267–277. Traducido en Google Traductor.

<https://psycnet.apa.org/record/2019-52280-006>

Pérez, C., Castillo, J. A., & Davins, M. (2009). Psicoterapia psicoanalítica de pareja: teoría y práctica clínica. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 197-217. p.204.

<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/85231/142-283-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pérez, I. (2020). ¿Sabes qué es la Intersexualidad? *Ciencia UNAM-DGDC*.

<http://ciencia.unam.mx/leer/963/-sabes-que-es-la-intersexualidad->

Pérez, J. M. y Badr, M. (2020). Una lectura sobre la diferencia sexual y la época. *Revista de Psicología*, 19(2), 201-213. p.207.

<https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/download/9927/9268/>

Perezi, A. (2016). La importancia del apoyo familiar (y social) en el desarrollo psicológico de niños y niñas transgénero. Aproximaciones desde una perspectiva de derechos humanos. *Diario DPI Suplemento Derecho Civil, Bioética y Derechos Humanos No. 14*.

<https://dpicuantico.com/sitio/wp-content/uploads/2016/07/Columna-de-Opinion1-SDCBYDH-Nro-14-04.01.pdf>

-
- Planned Parenthood Federation of America Inc (2020). ¿Qué debo saber sobre la transición? <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/identidad-de-genero/trans-e-identidades-de-genero-no-conforme/que-debo-saber-sobre-la-transicion>
- Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. pp.252, 253. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Purkis, Y., & Lawson, W. (2021). *The Autistic Trans Guide to Life*. Jessica Kingsley Publishers. p.46. Traducido en Google Traductor. <https://books.google.com.mx/books?id=PdcHEAAAQBAJ&dq>
- Rabito Alcón, M. F., & Rodríguez Molina, J. M. (2015). Imagen corporal en personas con disforia de género. *Medwave*, 15(04). https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/6138.html#referencia_10
- Rafferty, J. (2019). El desarrollo de la identidad de género en los niños. <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/gradeschool/Paginas/gender-identity-and-gender-confusion-in-children.aspx>
- Ramírez Atehortúa, F. H., & Zwerg-Villegas, A. M. (2012). -Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister*, (20),91-111. p.100. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322327350004>
- Ramírez Tovar, Gabriela Elizabeth, & García Rodríguez, Raúl Ernesto. (2018). La modificación del cuerpo transgénero: experiencias y reflexiones. *Andamios*, 15(37), 303-324. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632018000200303&lng=es&tlng=es.
- Ramírez, A. (2019). Identidad de género y sexo asignado. *Colegio Libre de Estudios Universitarios, Campus Oaxaca*. sp. http://revista.cleu.edu.mx/new/descargas/1804/articulos/Articulo_08_identidad_de_genero_y_sex0_asignado.pdf

-
- Rathus, S. A., Nevid, J. S., Fichner-Rathus, L., & Ortega, R. L. (2005). Sexualidad humana. Pearson Educación. p.132.
- Rathus, S. A., Nevid, J. S., Fichner-Rathus, L., & Ortega, R. L. (2005). Sexualidad humana. Pearson Educación. pp.124, 127, 132, 139, 140, 142, 250.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. Consultado el día 06 de enero del 2022. <https://dle.rae.es/discriminar>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. Consultado el día 03 de febrero del 2022. <https://dle.rae.es/familia>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. Consultado el día 01 de Julio de 2022. <https://dle.rae.es>
- Red para la Educación y la Visibilidad de la Asexualidad, “Sobre asexualidad”. Revisado el 05 de octubre de 2021. <https://es.asexuality.org/>
- Reséndiz, A.J. (2012). Conmemoración de los 80 años de vigencia del código civil: Reasignación de nombre por cambio de en el rol de género. pp.151, 152, 153.
- Rocha Sánchez, T. (2009). Desarrollo de la Identidad de Género desde una Perspectiva Psico-Socio-Cultural: Un Recorrido Conceptual. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 43(2), pp.251, 253, 254, 255, 257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891006>
- Rodríguez Zepeda, J. (2006). Una idea teórica de la no discriminación. En C. Torres Martínez (Coord.), Derecho a la no discriminación. México: UNAM. p.39. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/26853>
- Rodríguez, X. I., Psicoterapia grupal con enfoque humanista: ansiedad y bloqueos gestálticos con hombres consumidores de drogas. Tesina

-
- para grado de maestría. p.13.
<http://148.210.21.138/bitstream/handle/20.500.11961/5929/03%20Tesina%20IX%20XRodriguez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez-Larralde, Álvaro, & Paradisi, Irene (2009). Influencia de factores genéticos sobre la orientación sexual humana. Una revisión. *Investigación Clínica*, 50(3), 377-391.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372937677011>
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., Rabito-Alcon, M. F., & Pérez-López, G. (2015). Áreas de la entrevista para la evaluación psicológica de personas transexuales. *Acción psicológica*, 12(2), 15-30. pp.16, 17.
- Rodríguez-Pizarro, A.; Rivera-Crespo, J. (2020). Diversidades sexuales y de identidades género: entre la aceptación y el reconocimiento. *Instituciones de Educación Superior (IES). Revista CS*, 31, pp.335, 381. <https://doi.org/10.18046/recs.i31.3261>
- Romero, S. (2020). Tipos de orientación sexual. Muy interesante. <https://www.muyinteresante.es/salud/sexualidad/fotos/tipos-de-orientacion-sexual/homosexual>
- Rosas, R. (2018). El derecho a la identidad: el cuerpo en la experiencia transgénero. [Tesis de licenciatura, UNAM]. TESIUNAM. pp.65, 66, 67.
https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/KPDQLX5TYYM8VJCB4TE7INSE RRCXJ1QFBD1BSCYAD7TA2QBR1F-23677?func=full-set-set&set_number=791123&set_entry=000009&format=999
- Rubio Arribas, F. J. (2009). Aspectos sociológicos de la transexualidad. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 21(1).
- Ruíz, H. (2021). Propuesta de proceso de psicoterapia humanista para adultos con intento suicida. Tesina para grado de maestría. pp. 24, 32, 35, 36.
<http://148.210.21.138/bitstream/handle/20.500.11961/5945/03%20Tesina%20Hector%20Yenier%20Ruiz%20Arzalluz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

-
- Ruiz, L. (2022). ¿Qué es y en qué consiste la psicología afirmativa? Revista Psiconetwork, sexología. sp. <https://www.psiconetwork.com/que-es-y-en-que-consiste-la-psicologia-afirmativa/>
- Rull, A. (2022). Psicología LGTBIQ+: Así funciona la Psicología Afirmativa. Psicología y formación, Clínicas psicológicas en Madrid. sp. <https://www.somospsicologos.es/blog/psicologia-lgtbiq-psicologia-afirmativa/>
- Ryan, C. (2009). Niños saludables con el apoyo familiar: Ayuda para familias con hijos e hijas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero. Family Acceptance Project, Marian Wright Edelman Institute, San Francisco State University. pp.4, 5, 10-12. https://familyproject.sfsu.edu/sites/default/files/FAP_Spanish%20Booklet_pst_0.pdf
- Saldívar, A., Díaz, R., Reyes, N. E., Armenta, C., López, F., Moreno, M., Romero, A., Hernández, J. E., & Domínguez, M. (2015). Roles de género y diversidad: Validación de una escala en varios contextos culturales. Acta de investigación psicológica, 5(3), 2124-2147. pp.2125, 2144. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471916300059>
- Saldivia M., L. (2017). Subordinaciones invertidas: sobre el derecho a la identidad de género. Universidad Nacional de General Sarmiento. pp.129, 130.
- Sampieri, R. H. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw Hill México. pp.9, 20, 108, 549. https://books.google.com.mx/books?id=5A2QDwAAQBAJ&dq=sampieri+metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+6ta+edici%C3%B3n&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Sánchez-Ferrer, A., Tamarit-Chuliá, A., & Postigo-Zegarra, S. (2021). Experiencia de pérdida ambigua y bienestar en familias de personas

-
- trans. International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología, 3(1), 50-60. p.3.
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/2037/1825>
- Santillán, M. L. (2019). Los Muxes, el tercer género. Ciencia UNAM-DGDC.
- Scott, C. L. (Ed.). (2016). Developing workforce diversity programs, curriculum, and degrees in Higher Education. IGI Global. P.212.
Traducido en Google Traductor.
<https://books.google.com.mx/books?id=q0EvDAAAQBAJ&dq>
- Secretaría de Gobernación. Inscripción de Acta de Nacimiento de Reconocimiento de Identidad de Género Autopercebida. sp.
Consultado el día 01 de Julio de 2022.
https://ventanilladigital.puebla.gob.mx/web/fichaAsunto.do?opcion=0&asas_ide_asu=2542&ruta=/web/asuntosMasUsuales.do?opcion=0!periodo=0
- Secretaría de Relaciones Exteriores (2016). El reparto de las tareas y la responsabilidad entre mujeres y hombres. sp.
<https://www.gob.mx/sre/articulos/el-reparto-de-las-tareas-y-responsabilidades-entre-mujeres-y-hombres>
- Segovia, Magaña, I. (1991). La evolución del esquema corporal representada en el dibujo de la figura humana en niños de 3 a 6 años de edad. p.5.
<http://132.248.9.195/pmig2017/0163160/Index.html>
- Serón D., Tomás, & Catalán Á, Manuel. (2021). Identidad de Género y Salud Mental. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 59(3), 234-247.
- Servicio Nacional de Salud (2020). Gender Dysphoria; Treatment. sp.
<https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/treatment/#:~:text=The%20hormones%20usually%20need%20to,voice%20therapy%20and%20psychological%20support.>
- Shibley, H. J., & DeLamater, J. D. (2006). Sexualidad Humana (Novena Edición ed.). pp.375, 376, 377, 379

-
- Sinovas, Raquel, & Marugán De Miguelsanz, Montserrat (2010). Esquema corporal y autoestima en la tercera edad. Elementos claves para un programa en gerontopsicomotricidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1),867-872. p.868.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325090>
- Soberanes Fernández, José Luis (2010). Igualdad, discriminación y tolerancia en México. *Cuestiones Constitucionales*, (22). p263.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88520288009>
- Soriano, S. (2002). Origen y causa de la homosexualidad. *Doctrina*, 56, pp.74, 76, 78.
- Steele, K., & Nicholson, J. (2019). *Radically Listening to Transgender Children: Creating Epistemic Justice Through Critical Reflection and Resistant Imaginations*. Lexington Books. p.37. Traducido en Google Traductor.
<https://books.google.com.mx/books?id=YWbBDwAAQBAJ&hl>
- Stoller, R.J. (1968). *Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity* (1st ed.). Routledge. Traducido en Google Traductor.
<https://books.google.com.mx/books?id=Se7QDwAAQBAJ&printsec>
- Suárez, J., et al. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México. p.19.
- Torres Velázquez, L. E., & Reyes Luna, A. G., & Ortega Silva, P., & Garrido Garduño, A. (2015). Dinámica familiar: formación de identidad e integración sociocultural. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1),48-55. p.49.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29242798008>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. *Journal of sex & marital therapy*, 44(2), 138-148. sp.

-
- Vaquero-Cristóbal, R., & Alacid, F., & Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen Corporal; Revisión Bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. p.28.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226055004>
- Vargas Domínguez, A., & Palacios Álvarez, V. P. (2017). *Sexualidad humana*. Grupo Editorial Patria. pp.7, 10, 12, 13.
- Vargas Domínguez, A., & Palacios Álvarez, V. P. (2020). *Sexualidad humana*. Grupo Editorial Patria. pp.16,17.
- Vasco, G. (2016). *Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad*. Julio-agosto-septiembre. p.69.
- Vázquez, E. D., & Pérez, R. A. (2020). La constante lucha homosexual por un México diferente. *Revista Hechos y Derechos*, Número 59, septiembre-octubre 2020, Versión electrónica.
<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/15125/16094>
- Vela, E. (2018). Las personas trans y la importancia del proceso para cambiar sus documentos de identidad. *Revista Nexos*. sp.
<https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/las-personas-trans-y-la-relevancia-del-proceso-para-cambiar-sus-documentos-de-identidad/>
- Villalobos Guevara, A. M. (1999). *Desarrollo psicosexual. Adolescencia y salud*, 1(1).
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011
- Webb, M. A. (2019). *A Reflective Guide to Gender Identity Counselling*. Jessica Kingsley Publishers. pp.48, 53. Traducido en Google Traductor.
<https://books.google.com.mx/books?id=IRd8DwAAQBAJ&pg>
- World population review (2022). *Trans Population by Country / Transgender Population by Country 2022*. Traducido en Google Traductor.
<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/trans-population-by-country>

-
- Zamudio Sánchez, F. J., Ayala Carrillo, M. del R., & Arana Ovalle, R. I. (2014). Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 22(44), 249-279, p.253. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41731685010>
- Zapata Pizarro, A., Díaz Díaz, K., Barra Ahumada, L., Maureira Sales, L., Linares Moreno, J., & Zapata Pizarro, F. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 65-72. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019000100065&script=sci_arttext



ANEXO 1

Lista de organizaciones

ORGANIZACIONES	CONTACTO
Almas Cautivas, A.C.	https://almascautivas.org/
Amor Trans-Parent	https://www.facebook.com/amortransparent/community/?ref=page_internal
Asociación por las Infancias Trans	https://infanciastrans.org/
ATTA, Asociación Transgénero y Transexual de Aguascalientes	https://es-la.facebook.com/pages/category/Nonprofit-Organization/ATTA-Asociaci%C3%B3n-Transgenero-y-Transexual-de-Aguascalientes-485740494920705/
Casa Club Roshell	http://clubroshell.com/
Casa Frida	https://www.refugiocasafrida.com/
Casa Hogar Paola Buenrostro	https://www.facebook.com/CasaDeLasMuncasTiresias/posts/2431900370255026/
Centro Cultural Jauría Trans	https://www.facebook.com/La-Jaur%C3%ADa-TRANS-105177318327059/
Centro de Apoyo a las Identidades Trans	https://centroapoyoidentidadestrans.blogspot.com/
Centro de Atención Integral a Personas Trans (Tijuana)	https://es-la.facebook.com/caiptac/
Centro de Servicios SER, A.C	https://es-la.facebook.com/caiptac/
Clínica Especializada Condesa	https://condesacdmx.mx/

Coalición Mexicana LGBTTTI+	https://www.facebook.com/cmlgbttti/
Colectivo León Gay, A.C.	https://www.facebook.com/leongay/
Colectivo SerGay de Aguascalientes	https://sergayags.com
Colectivo Transexual del Estado de Tlaxcala	https://www.facebook.com/colectivotranstlaxcala/
Colectivo Trans Mazatlán	https://www.facebook.com/Colectivotransmzt/
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	https://www.cndh.org.mx/
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación	http://www.conapred.org.mx/
Cuenta Conmigo, Diversidad Sexual Incluyente, A.C.	https://cuentaconmigo.org.mx/
El Closet de Sor Juana	https://es-la.facebook.com/ClosetSorJuana/
Fundación Arcoíris	http://www.fundacionarcoiris.org.mx/
Gay Monterrey	https://www.gaymty.mx/cat/organizaciones/
Impulso Trans, A.C.	https://impulsotransac.org/
Litigio Estratégico en Derechos Sexuales y Reproductivos, LEDESER, A.C.	https://ledeser.org
Mariposas Trans Quintana Roo	https://www.facebook.com/MariposasTransQroo/

Musas de Metal, Grupo de Mujeres Gay, A.C.	https://musasdemetal.wordpress.com/
Orgullo Ecatepec, A.C.	https://www.facebook.com/comiteorgulloecatepec/
Red de Apoyo Trans Toluca	https://www.facebook.com/pages/category/Youth-Organization/Red-de-Apoyo-Trans-Toluca-330792331177996/
Red de Familias Trans	https://www.facebook.com/ReddeFamiliasTrans/
Red de Juventudes Trans México	https://www.facebook.com/redjuventudestransmx/
Red Diversificadores Sociales A.C.	https://es-la.facebook.com/diversificadores/
Red Mexicana de Mujeres Trans, A.C.	https://es-la.facebook.com/mujerestransmexicanas/
Red Michoacana de Personas Trans	https://www.facebook.com/michoacantrans/
Resistencia No Binarix	https://www.facebook.com/ResistenciaNoBinarix/?eid=ARAAbUs5ZDIItJYeg7GWdRjIBJTH3fbwxXMasiyQYgcVxuBr3FYoSEVOMudzJraraTF_79WJkWJd-kK11
Respettrans Puebla	https://www.facebook.com/pages/category/Non-Governmental-Organization--NGO-/Respettrans-Tehuacan-Puebla-176668636224758/
Respettrans Monterrey	https://www.facebook.com/respettransmonterrey
Trans Amor	https://twitter.com/transamor
Trans Familias	http://transfamilia.org/
Transinfancia	https://www.facebook.com/TRANSinfancia/

Transmasculinidades MX	https://www.facebook.com/redjuventudestransmx/
Transformar-Trascender	https://www.facebook.com/transformartrascender/
Trans Pride World	https://www.facebook.com/TransPrideWorld/
Unión y Fuerza de Mujeres Chihuahuenses, A.C.	https://m.facebook.com/mujerestranschihuahuenses/
YAAJ, Transformando Tu Vida, A.C.	https://www.yaajmexico.org/quienes-somos/
Yucatrans, Asociación Transgénero Yucatán, A.C.	https://www.facebook.com/YUCATRANS/

