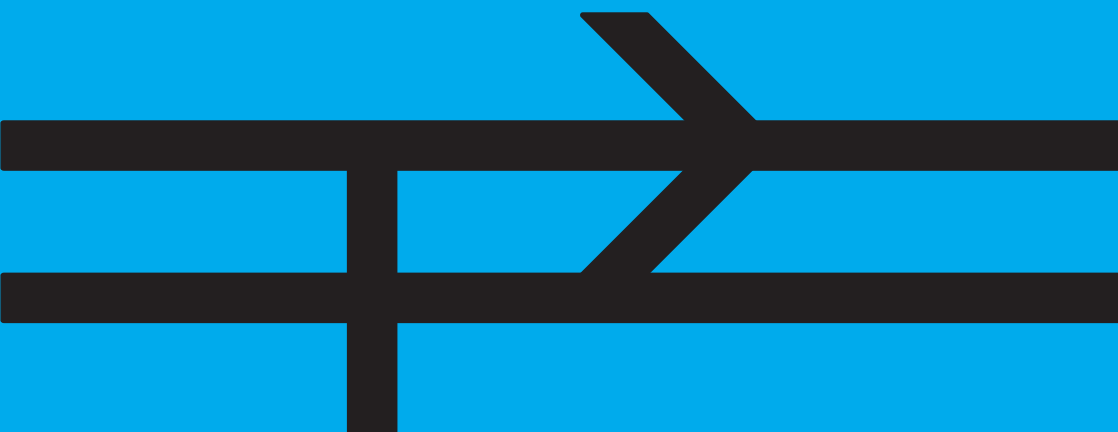




**Transexualidad.**

Hombres y Mujeres con todos los derechos



## **Edita y Distribuye**

Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

## **Coordinación**

Mercedes García Ruíz

## **Autores**

Silverio Sáez Sesma. Sexólogo. Centro Amaltea de Zaragoza. Instituto de Sexología.

Rebeca Rullán Bertson. Coordinadora del Área Transexual de la FELGT.

Setefilla Luengo Matos. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III.

Vicent Bataller. Doctor en Medicina. Coordinador Federal de Salud Integral FELGT.

Olga Cambasani. Fundación para la Identidad de Género.

Alec Casanova. Colectivo LAMDA de Valencia.

Antonio Becerra Fernández. Médico Endocrino Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Rosa Abenoza. Médica. Sexóloga. Instituto de Sexología.

Carla Antonelli. Directora del Portal de Información Transexual.

## **Diseño**

Jorge Lorenzo Diseño y Comunicación Visual

## **Depósito Legal**

AS-5148789/05

# Índice

## **Presentación 6**

Rebeca Rodríguez Presidenta del Consejo de la Juventud del Principado de Asturias.

## **Identidad y Transexualidad 10**

Silverio Sáez Sesma. Sexólogo. Centro Amaltea de Zaragoza. Instituto de Sexología.

## **Situación actual de la regulación de los derechos de identidad de género en España 28**

Rebeca Rullán Bertson. Coordinadora del Área Transexual de la FELGT.

## **Situación actual de la Prestación Sanitaria de los Trastornos de Identidad de Género en el Sistema Nacional de la Salud 46**

Setefilla Luengo Matos. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III.

## **La Transexualidad desde una perspectiva de Salud Pública: Unidad Interdisciplinar de Género 62**

Vicent Bataller. Doctor en Medicina. Coordinador Federal de Salud Integral FELGT.

### **¿Qué me pasa doctor? 74**

Olga Cambasani. Fundación para la Identidad de Género.

### **Transexualidad Masculina 86**

Alec Casanova. Colectivo LAMDA de Valencia.

### **Atención endocrinológica de la transexualidad 98**

Antonio Becerra Fernández. Médico Endocrino Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

### **Calidad de Vida tras la reasignación de sexo 128**

Rosa Abenaza. Médica. Sexóloga. Instituto de Sexología.

### **La Transexualidad y el maltrato mediático 138**

Carla Antonelli. Directora del Portal de Información Transexual.

## Presentación

La exclusión social no significa únicamente una insuficiencia de ingresos, y no sólo afecta a personas concretas que sufren las consecuencias de problemáticas y carencias sociales, sino a grupos sociales enteros, tanto en zonas urbanas como rurales, que son objeto de discriminación, segregación o víctimas del debilitamiento de las formas tradicionales de las relaciones sociales.

A través del Seminario “Transexualidad: Hombres y Mujeres con todos los derechos” organizado por el Conseyu de la Mocedá del Principáu d’Asturies y en el que colaboraron la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias y el Ayuntamiento de Avilés se pretende continuar con acciones iniciadas con diversos colectivos, compuestos en gran medida por jóvenes, teniendo en cuenta que si bien nos encontramos en un momento en el que puede que se aborden importantes cambios jurídicos, es obligación de las instituciones implicarnos en la tarea de lograr también un marco cultural, educativo y asistencial adecuado para que las situaciones de exclusión y marginación por razón sexual desaparezcan progresivamente.

Rebeca Rodríguez García

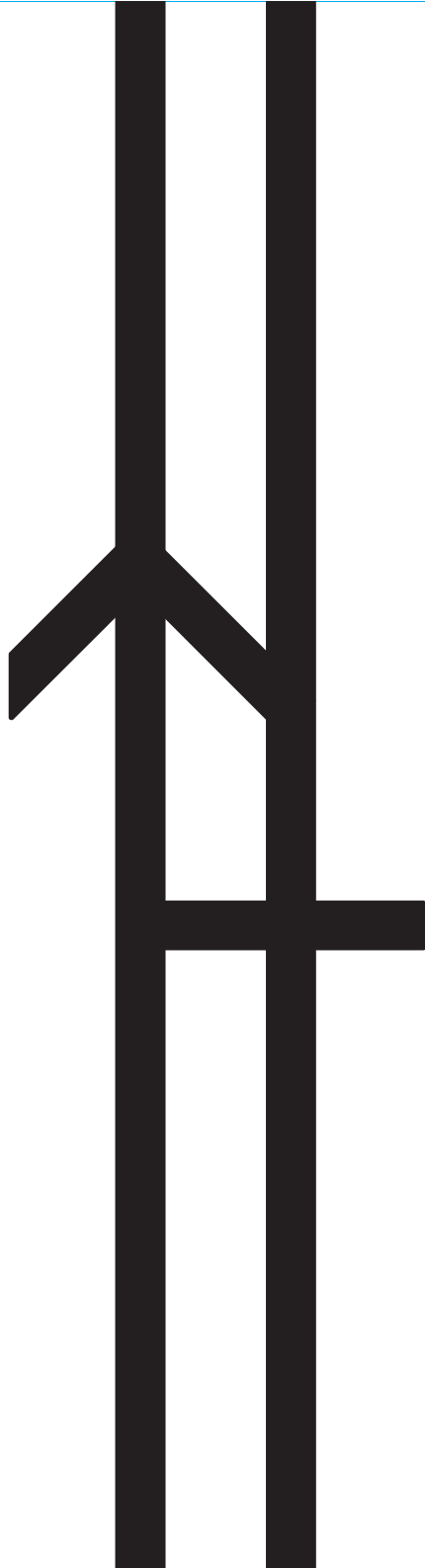
Conseyu de la Mocedá del Principáu d’Asturies

La transexualidad fundamentalmente es una conquista, es la realización de un deseo, el deseo de ser quien siento que soy. Es un sentimiento, una pasión que impulsa a algunos seres humanos a transgredir los límites naturales de la realidad de los sexos, en busca de la realización física, psíquica y social de la propia identidad, que es esencialmente identidad sexual.

Decir transexualidad, es decir básicamente conquista, conquista basada en un sentimiento de pertenencia y reconocimiento, en la adquisición y desarrollo de la conciencia del ser de un sexo, varón o mujer en base a la existencia real de los sexos, o de los géneros varón y mujer.

La identidad es una necesidad fundamental del ser humano. Es la percepción íntima que cada persona tiene de sí misma, es el conocimiento que cada individuo tiene de sí y a partir del cual el ser humano adquiere conciencia de ser quien es.

La identidad, esencialmente identidad sexual, es la piedra angular del puente existencial que supone pasar del “qué soy al quien soy”. La adquisición de la identidad sexual o identidad de género es la culminación a la par que un nuevo comienzo de ese continuo proceso que es la diferenciación sexual.



## Identidad y Transexualidad

## Identidad y Transexualidad

Silverio Sáez Sesma. Sexólogo. Centro Amaltea de Zaragoza. Instituto de Sexología

### Resumen

Desde mi faceta de sexólogo, voy a intentar compartir con ustedes lo que la sexología entiende y define como sexo. Algo que aunque parezca obvio, es el objeto central de estudio de nuestra ciencia. Dado que si es sexología, la logia es la ciencia que estudia ese “sexo”.

Del sexo que “se es” y no del sexo “que se hace” o los “genitales que se tienen”. En todo caso, este sexo que se hace, como veremos, es sólo una parcela (la erótica) o un área de trabajo de la sexología “del sexo que se es”. Sexo viene de “sexare” que significa separar; ejemplo: “sección”, “sector”, “sexador de pollos”...

El hecho de que se confunda sexo que se es, con sexo que se hace; e incluso que esta segunda acepción triunfe y tienda a estar generalizada es más una cuestión de metonimia (tomar una parte por el todo, Danones por yogures); o lo que es peor, este fenómeno es un hecho de colonización (de lo coito-genital) y no de madurez.

### La identidad transexual, porque soy hombre o mujer

En los procesos de sexuación (suma de niveles que me van construyendo en tanto hombre o mujer) puede haber situaciones muy diversas.

En esta evolución y más allá de patologías, puede haber “discrepancias” o “coincidencias”. Si la identidad que me doy (me siento hombre o mujer) coincide con la “identidad” sexual que el resto del mundo me asigna, la situación apenas si es percibida por el propio sujeto. Pero cuando la identidad que me doy (me siento hombre) está en clara discrepancia con la identidad que me asignan (me ven y me clasifican como mujer); entonces estamos ante una situación de transexualidad. Y para el sujeto, lo más relevante será sin duda lo que “siente” e intentará que los demás le “vean” como él se siente; antes del camino inverso: “sentirme” como otros me “ven”.

Concretando, en un puro ejercicio competitivo, vale más el “como siento” que el “como me ven”; aún cuando pudiera ser deseable que fuese de otro modo, hablamos de evidencias, más que de “deseos” o cuestiones políticamente correctas.

Este como “me siento”, los sexólogos lo llamamos “egosexuación”. Y sin ánimo de líar, los últimos avances nos indican que esta egosexuación, no tiene tanto que ver con la voluntad del sujeto ni su entorno psico-social (es decir, no está nada clara que sea un opción, en tanto elección o posibilidad) y parece que tiene más que ver con cuestiones de hormonación prenatal de “algún” núcleo cerebral; que en función de cómo se “sexúe” acaba condicionando una identidad sexual de hombre o de mujer.

Este resultado del “como me siento”, habitualmente coincide con como los demás “me ven”; pero cuando ambos extremos no coinciden, siempre acaba “imponiéndose” lo primero. A modo de juego comparativo, y utilizando el símil del “sexador<sup>1</sup> de pollos”: cuando me sexo de forma diferente a como me sexan, esto primero tiene más valor.

### La pared y los ladrillos

Intentemos explicarlo con un ejemplo más visual. Pensemos por un momento en una pared compuesta por multitud de ladrillos. Cada una de esas paredes (individuos) observadas desde lejos, en su globalidad, sólo pueden ser percibidas de dos únicos colores: rosa o azul<sup>2</sup>; y no existen terceros colores<sup>3</sup>, ni tampoco estados intermedios.

Eso que percibimos es el sexo, que sólo puede dar dos posibilidades: hombre o mujer. En un primer análisis global, todos los individuos, todos,

<sup>1</sup> Sexar significa “etiquetar” sexualmente. Aunque parezca que forzamos el lenguaje; la sexación como tal tiene un significado contundente. Existe la profesión del “sexador de pollos”, que, como tal, se ocupa de “separar, distinguir, diferenciar...” a los pollos (seguramente irán destinados a las carnicerías) de las pollas (que a lo mejor tienen más suerte –aunque esto siempre es discutible– y sobrevivan más tiempo poniendo huevos). A efectos cuantitativos y cronológicos, es mucho mejor ser polla que pollo; si lo que se pretende es colaborar con la cadena nutricional lo antes posible, es mejor es ser pollo que polla. Cuestión de puntos de vista.

<sup>2</sup> En un intento de positivizar los tópicos.

<sup>3</sup> Sería fantástico que pudiese ser así, pero hablamos de realidades más que de “deseos o ilusiones”.

nos distribuiremos en esas dos únicas categorías. Cuando percibimos otras paredes (sujetos) las “sexamos”; cuando percibimos nuestra propia pared nos “sexamos”. Utilizando un símil fotográfico, se trataría de un enfoque “panorámico”.

Pero recordemos que cada pared estaba compuesta por multitud de ladrillos (niveles de sexuación, que sumados, conforman la totalidad de la sexuación<sup>4</sup> del sujeto). Esos ladrillos pueden ser de un rosa o azul “puro” (los genitales por ejemplo: podrán ser más grandes o pequeños, pero son o vulva o pene, no hay formaciones intermedias entre ambos: “vulne” o “peva”). Este tipo de ladrillos son lo que los sexólogos llamamos “dimórficos”, es decir, con “dos” formas o posibilidades; bien diferenciadas y sin estados intermedios.

Otros ladrillos, en cambio, pueden tener multitud de matices cromáticos entre el rosa y el azul (el vello corporal por ejemplo: desde la persona con “más vello” hasta la persona con “menos vello” las posibilidades son inacabables); sin embargo, la mayoría de los hombres (pero no todos) estarían más cerca del “más vello” y la mayoría de las mujeres estarían más cerca del “menos vello”. Esto es lo que los sexólogos llamamos intersexualidad. Es decir, ya no hay dos formas como en lo “dimórfico”, sino múltiples posibilidades entre dos extremos. A pesar de ello, la mayoría de personas de un sexo se colocan de forma diferente a las del otro.

Cierto que puede haber hombres con poco vello y mujeres con mucho, por ejemplo. La existencia de estas realidades personales, no impide sin embargo, afirmar con rigor científico y estadístico, que globalmente los hombres tienen más vello que las mujeres; por tanto, dado que el sexo es lo que “diferencia”, todo aquello que diferencie (aunque no sea al 100%) también será sexo. Llamemos a estos ladrillos “intersexuales”.

Resumiendo, tenemos ladrillos dimórficos (rosa o azul puros) y ladrillos intersexuales (con multiplicidad de matiz cromático del rosa al azul).

Sin embargo, cuando nos acercamos a una pared percibida rosa (sexada

<sup>4</sup> Algunos niveles de sexuación serían por ejemplo los cromosomas (XX o XY), los genitales externos e internos, el vello corporal, el funcionamiento hormonal, etc... en un sentido más biológico. Pero en un sentido más cultural también lo podrían ser el aspecto, el vestido, el peinado...

“mujer”, por ejemplo) y observamos de cerca y uno a uno sus ladrillos; nos encontramos con que, lo que desde lejos parecía una uniformidad rosa, tiene intercalada algunos ladrillos azules, otros lilas (mezcla de rosa y azul), otros más “tendientes a rosa” (pero no del todo rosa) y otros más “tendientes a azules” (pero no del todo azules). Ciertamente que la tonalidad predominante es el rosa, pero no por ello deja de haber ladrillos azules y/o, al menos, otros azulados y lilas.

Cambiando pues el enfoque (por seguir con el símil fotográfico) de panorámico a primer plano; lo que parecía uniformemente rosa o azul, deja de serlo. Hilando más fino: De lejos (sexo) todas las paredes se incluían en dos categorías cromáticas; dos paredes rosas se veían igual.

Pero superponiendo una sobre otra y pasando de enfoque “panorámico” a “primer plano”, vemos que los ladrillos de una y otra pared (que en principio parecían iguales) no coinciden; incluso algunos de sus ladrillos son absolutamente discordantes.

Así mismo, dos paredes diferentes desde lejos (distinto sexo) al superponerlas en primer plano, vemos como en la mayoría de sus ladrillos se distinguen; pero también entre algunos de ellos hay coincidencia absoluta.

La pared en formato panorámico es el sexo: sólo dos. La pared en formato primer plano es la sexualidad: tantas como personas y ninguna coincide con la otra.

Lo que nos gustaría explicar cómo se sexúan en rosa o azul alguno de los ladrillos en cuestión; pero evidentemente no tiene porque coincidir con la sexuación de los ladrillos de quien nos lea; sí en su mayoría, pero nunca en su totalidad.

E hilando más fino, de nuevo. Todos tenemos ladrillos transexuados<sup>5</sup>, que son curiosamente lo que nos hacen el hombre y la mujer diferente que somos (sexualidad) frente al resto de hombres y mujeres (sexo) con los que coincidimos<sup>6</sup>. Todos tenemos ladrillos (niveles de sexuación) más

<sup>5</sup> Utilizando el concepto transexuado en la más absoluta positividad y sin ningún carácter patológico.

<sup>6</sup> Todos somos persona, pero tenemos distinta personalidad. Todos pertenecemos a un sexo, pero tenemos diferente y única sexualidad.

propios del otro sexo, que no por ello cambian o varían nuestra identidad; sino que hacen que su contenido sea único, peculiar e irrepetible; pero sin dejar de ser de uno sólo de los dos sexos posibles.

Como ya sugeríamos antes, supongamos que entre esos ladrillos se encuentra uno que es el de la egosexuación<sup>7</sup>; que tiene valor absoluto para la propia percepción y autoetiquetado (autosexación). La mayoría de las veces el color de este ladrillo es del mismo que la mayoría de los ladrillos que componen la pared. Sin embargo, en raras ocasiones (en el sentido estadístico) este ladrillo es de un color discordante al resto; rosa en una pared azul, o azul en una pared rosa. Para los observadores externos la pared será rosa, por ejemplo; pero para el propio sujeto, absolutamente mediatizado por el valor “total” del ladrillo de la egosexuación, su percepción será azul. Y eso es lo que solemos llamar “un transexual”.

Alguien que tiene la mala suerte (de nuevo en el sentido estadístico y no en el peyorativo, ni en el patológico) de tener un ladrillo transexuado (como todos los mortales tenemos alguno) justamente en el nivel de la identidad; le acabará “dando” una realidad llamada “transexualidad”. Algo de lo que el sujeto no podrá escapar, debido a lo insoslayable (para bien o para mal) del sexo y todas sus implicaciones.

Cuando un hombre tiene poco vello o una mujer mucho, también tienen un ladrillo transexuado (un nivel de sexuación transexuado insertado en su biografía); pero puede ser algo menos relevante o incluso, en función de la estética, una ventaja.

Imaginemos por un momento que cada nivel de sexuación es un balón que se lanza a una canasta que va dando resultado “varón” o “mujer”. En el computo general del partido, van siendo más numerosas las canastas de un lado que del otro. Un hombre por ejemplo, tiene algunas “canastas” (ladrillos) femeninos; pero la mayoría lo son masculino. A la inversa una mujer.

El resultado parcial “masculino-femenino” es diferente de una persona a otra; pero siempre hay una tendencia “mayoritaria”. Imaginemos por un

<sup>7</sup> Este concepto hace referencia a lo que se supone que es un centro cerebral, que se sexúa en masculino o femenino durante la etapa prenatal; y parece ser determinante para tener una autosexación (autoetiquetado) como hombre o mujer.

momento que una de esas canastas tiene un valor absoluto. Es decir, en función del lado del que caiga hará que el partido se “decante” de forma definitiva para uno u otro lado. La “canasta vale todo el partido” (órdago, utilizando otro símil castizo) “suele” caer del lado que ya iba “ganando”; con lo que el resultado no se altera. Sólo en modo parcial, pero no cambia “el ganador”.

Sin embargo, hay algunas ocasiones en las que la canasta que vale todo el partido, cae del lado que menos puntos llevaba, con lo que altera totalmente el resultado que hasta entonces había. Además ese resultado sólo tiene valor para el propio sujeto; pero no para los otros que lo perciben. Cuando el propio sujeto percibe su marcador ve un resultado (me siento hombre); cuando lo ve el resto ven otro totalmente discordante (perciben a una mujer).

Este nivel de sexuación le llamaremos “egosexuación” y si seguimos de cerca los datos, tiene mucho que ver con la sexuación cerebral y los determinantes hormonales prenatales. Pero vayamos primero por partes, y después con ejemplos.

### Primer ladrillo: genético

Ya desde el primer momento está determinado nuestro sexo. Cuando el espermatozoide y el óvulo se juntan hay dos posibilidades: que formen un embrión XX o XY. Si el embrión es XX el resultado será niña, si es XY el resultado será niño. Pero esto es sólo el primer paso.

### Segundo ladrillo: gonadal

El embrión, de ser al principio una sola célula, se ha ido dividiendo, y para la sexta semana es ya una estructura más compleja donde aparece la gónada indiferenciada o progónada.

Si el embrión es XY, y por tanto niño, el cromosoma Y hace que a partir de la 6ª semana comiencen a formarse los genitales masculinos del feto. En este momento el cromosoma Y va a ejercer su acción para que la progónada se convierta en testículo.

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

### Tercer ladrillo: genital interno

Asociados a la “progónada” hay dos pares de conductos: los de Wolf y los de Müller. El testículo fetal va a ser muy activo y va a producir dos sustancias ya en 9ª semana:

- Hormona antimülleriana, que en el 3er mes hace que los conductos de Müller desaparezcan.
- Hormona testosterona, que hace que los conductos de Wolf, se desarrollen formando lo que serán los canales eyaculatorios internos.

En el embrión hembra, XX, la progónada permanece indiferenciada hasta la 12ª semana, se convierte en ovario. Como este ovario no produce sustancia antimülleriana ni testosterona (como el testículo), en el 3er mes y sin necesidad de acción hormonal, sucede lo contrario.

- Los conductos de Wolf en vez de desarrollarse se atrofian.
- Los conductos de Müller en vez de atrofiarse se desarrollan y forman el útero, las trompas y parte de la vagina.

Ante la ausencia de andrógenos la estructura indiferenciada, evoluciona hacia genitales internos femeninos.

### Cuarto ladrillo: genital externo

Los genitales externos masculinos y femeninos van a partir de una estructura o esbozo común hasta la 8ª semana: seno urogenital, que para nosotros será considerada la estructura indiferenciada, potencialmente sexuable. Este esbozo está formado por una especie de tubo (tubérculo genital), una hendidura (hendidura urogenital), un par de pliegues interiores y otros exteriores.

Recordemos que el testículo fetal producía testosterona (que hacía desarrollarse los conductos de Wolf) pues bien, por acción de la testosterona, que de nuevo será el andrógeno (agente sexuante tendente a posibilitar el resultado

masculino) este esbozo común da lugar a los genitales externos masculinos. Como el ovario no produce testosterona, esta misma estructura evoluciona espontáneamente hacia genitales externos femeninos. Sin la presencia de andrógenos el feto se diferenciará espontáneamente en sentido femenino.

### Quinto ladrillo: cerebral

El siguiente proceso de diferenciación tiene lugar entre el 4º y 7º mes<sup>8</sup>, y se produce en el Sistema Nervioso Central (SNC), en determinadas vías cerebrales.

Entre los meses 4 y 7 se sitúa lo que denominamos período crítico. En este periodo el SNC tiene una máxima sensibilidad a las secreciones gonadales, es decir, a las hormonas que producen el testículo y el ovario del feto. En este caso la estructura indiferenciada potencialmente sexual es el cerebro; y son las hormonas gonadales las que ejercerán de agente sexuante para que se produzca un resultado sexuado.

Recordamos que en este sentido no se podría entender la sexuación cerebral en sentido dimórfico (dos formas claramente diferenciadas como un pene y una vulva, o un ovario y un testículo); pero sí en el sentido intersexual, en lo referido a la topografía (inteconexiones hemisferiales “más” o “menos” abundantes.)

El SNC se diferenciará en sentido masculino o femenino. El hipotálamo, órgano encargado de regular la producción de espermatozoides en el varón y de óvulos en la hembra; a causa de la diferenciación de este periodo crítico, en el hombre va a funcionar de manera continua y en la mujer de forma cíclica, lo que producirá la regla o periodo menstrual.

Esta importante diferencia entre el funcionamiento sexual del hombre y la mujer se produce ya en la vida fetal; aunque no se manifiesta hasta más

<sup>8</sup> Esto es lo mismo que decir “no tenemos ni idea de cuándo, ni de cómo”. Hasta ahora estamos hablando de procesos críticos, con un margen de error de una semana. Cuando decimos que algo se produce entre el 4º y 7º mes caben nada menos que 90 días. Lo que sabemos es que claramente sucede algo, es decir, oímos “campanas” y eso está fuera de toda duda, pero no sabemos quién, cuándo y cómo las toca.

tarde. Y sería interesante retener esta lógica en “dos fases” para cuando hablemos del ladrillo de la “orientación” (agente sexuante que produce su efecto diferenciador ya en la etapa prenatal, y que se hace “evidente” al sujeto años más tarde al llegar a la pubertad. Es decir lo que sucede es la “toma de conciencia” o “expresión” de algo que ya se diferenció en etapas anteriores; uno construye, sino que experimenta o percibe).

### Otros ladrillo: identidad y orientación

Todos los procesos de sexuación que hemos expuesto hasta ahora, están suficientemente contrastados. Pero ha llegado el momento de dar explicación sexológica a los procesos de sexuación que hablan de la “identidad” por un lado y la “orientación” por el otro. Si bien no disponemos de explicaciones causales, hay algunos elementos que son más que meros indicios de “cómo podrían estar sucediendo” estos dos hechos.

Hechos que nosotros entendemos, como dos momentos diferentes de la sexuación cerebral. Nuestra hipótesis es que primero iría la sexuación del centro de la identidad y posteriormente la sexuación del centro de la orientación.

Sobre la egosexuación vamos a explicar las hipótesis sobre las que nos movemos; sobre la orientación no vamos a continuar; pero la sexología ofrece un marco explicativo análogo para poder aprehender dicho fenómeno.

Por aquí, no seguiremos; pero vayamos al menos, en lo referido a identidad, a fundamentar lo que consideramos un proceso de sexuación que acaba dando como resultado una identidad de hombre o de mujer. Para ello proponemos brevemente releer algunos experimentos naturales.

### Relectura sexológica en algunos “experimentos naturales”

#### El gemelo judío

En el histórico libro de Money “Man & Woman - Boy & Girl”, de 1972, traducido 10 años más tarde al español con el título: “Desarrollo de la sexualidad humana” se relata la historia del Gemelo Judío. Experiencia que durante muchos años, Money exhibió como un resultado de lo acertado de su teoría.

Se trata de un gemelo monocigótico que al practicarle la circuncisión con bisturí eléctrico se le produjo una cauterización total del pene, que posteriormente se necrosó y se desprendió. En “román paladino”, se les fue la mano y el bebé se quedó sin pene. Esto sucedía cuando el bebé contaba con 7 meses de edad.

Money sostenía (y otros aún sostienen) y casi todos en su época, que la identidad sexual se podría resumir en algo tan simple como genitales + crianza. Dado que el bebé es una pizarra blanca sobre la que se podría escribir una u otra identidad. Con el acuerdo de la comunidad científica de la época (matiz para los amantes de las hogueras y que quieran hacer de Money “la bruja a quemar<sup>9</sup>), el de los padres y todo su entorno; se decidió reasignar al niño como niña.

Se cambió su nombre, sus ropas, etc... Se dejó para más adelante la hormonación sustitutiva, sobre todo en la pubertad; y poco a poco se irían realizando los cambios quirúrgicos necesarios para reconstruir unos genitales femeninos.

El capítulo finalizaba con un seguimiento del gemelo hasta los 6 años, donde “todo estaba en su sitio”. Como matiz se exponía que “la niña tiene muchos rasgos de viragismo, como gran energía física, un alto nivel de actividad, testarudez y con frecuencia es la que domina en un grupo de niñas”.

Aunque esto pudiera ser llamativo, muchas niñas también expresan tales conductas y se podría entender más como una “peculiaridad intersexual” que como una deficiente identidad femenina.

Sin embargo el tiempo pasó, y lo que parecía la confirmación del poder “psico-social” sobre la identidad sexual; acabo convirtiéndose en una bomba de relojería que nos llevó a conclusiones opuestas. “El gemelo judío”, paradigma confirmador de la teoría de Money, no acabó pensando lo mismo. Tras algún que otro tumbo, de adulto asumió una vida de varón; y se casó con una mujer.

El final desde luego no puede ser feliz. Jonh Colapinto escribió su historia en libro titulado: “Tal como la Naturaleza lo Hizo: el niño que fue educa-

<sup>9</sup> Otra cuestión ya más cuestionable, es que posteriormente Money intentó ocultar este caso cuando ya era consciente de su fracaso. Ahí ya no hay disculpa; pero conviene no olvidar que en su momento Money no estaba solo.

do como niña”, publicado en marzo del 2000. Al final, David Reimer, antes Brenda Reimer, que así es como se llamaba, puso fin a su vida en primavera de este 2004.

Cada uno tendrá que sacar sus conclusiones y, sobre todo, contrastar los deseos psico-sociales, con su margen de acción real; frente a determinantes insalvables.

Esta persona estuvo sometida a los mismos niveles hormonales prenatales que su hermano, tenía la misma dotación genética. Sin embargo, desde los siete meses se le educó de forma coherente y unívoca como mujer; sin embargo, la realidad personal no acabó siendo tan de color de rosa como creíamos en los 80.

### Los “huevodoce”. Síndrome de la 5\_reductasa.

Recordemos ligeramente algunos de los procesos de sexuación que hemos expuesto. Uno de los momentos relevantes era cuando el seno urogenital se diferenciaba en sentido masculino (pene) o en sentido femenino (vulva). Partiendo de la estructura indiferenciada, el agente sexual (la testosterona producida por el testículo fetal) acabada dando un resultado sexuado. Sin ánimo de liar al auditorio, me van a permitir un ligero matiz explicativo.

No es exactamente la testosterona la que se encarga de esta masculinización; es un “concentrado”, a modo de símil, de esta testosterona la que se encarga del proceso. Este concentrado de testosterona (este lavavajillas profesional, frente al ligero jabón de manos) es la dehidrotestosterona o DHT. ¿Quién se encarga de hacer esta destilación o concentrado de testosterona? Pues ni más ni menos que una encima, que como casi todas las encimas, acaba en “asa”: la 5\_reductasa.

En República Dominicana, se dan algunos casos de personas con carencia total de este enzima. Es decir, sí tienen testosterona y la fabrican con normalidad; pero carecen de esta enzima, responsable de transformar la testosterona en DHT. Por cuestiones de aislamiento rural y otros matices socioculturales, este síndrome se da con una frecuencia mayor que en otros ámbitos. Cuando esta ausencia de 5\_reductasa se produce en la

gestación de un varón los resultados son cuanto menos curiosos. Hagamos un poco de historia.

- 1er Ladrillo. Genético, cromosomas XY.
- 2º Ladrillo. Gonadal, testículo (que fabrica perfectamente testosterona y AHM.
- 3er Ladrillo. Genital interno. Los conductos de Wolf se desarrollan bajo la estimulación de la testosterona; y los conductos de Müller se atrofian por la acción de la AHM.

Hasta aquí nada diferente a lo que sucede en el resto de varones. Pero llegamos al 4º ladrillo, y es cuando todo cambia. Recordemos que estas personas carecen de la 5<sub>α</sub>-reductasa, encargada de convertir la testosterona en DHT, que es el agente sexuante que masculiniza el seno urogenital.

- 4º Ladrillo. Genitales externos. El seno urogenital al no recibir la acción “androgénica” del DHT, se queda en una vulva, como la de cualquier mujer.

Al nacer, nadie dudará en ver una niña. Nadie tendrá la más ligera sospecha o duda, de que se encuentran ante una niña. Como tal será educada. Y sin desmerecer unas sociedades frente a otra, en el ámbito rural en que nos encontramos ser niña implica una educación absolutamente diferenciada a ser niño. Será adiestrada a las tareas domésticas y familiares, permanecerá en casa junto a su madre...

Sin embargo al filo de la pubertad suceden “cosas”. Aparece vello corporal facial, nuez, lo que hasta ahora parecía un clítoris se hipertrofia, y los testículos, que estaban alojados inguinalmente, descienden a lo que en vez de ser unos labios mayores no es ni más ni menos que un escroto. Como esto sucede a los 12, y le bajan los “güevos”, por eso se les llama huevo<sup>12</sup>.

¿Cómo creen ustedes que viven estas personas un cambio tan brusco? ¿Traumas, inseguridades...? Pues no, curiosamente lo viven como una liberación total. Si me lo permiten es el “sueño de todo transexual”. Han vivido toda su vida con la sensación íntima de estar atrapados en un cuerpo, que no corresponde con el sexo que realmente sienten. De repente llega

<sup>10</sup> IMPERATO-McGINLEY, J., et col. (1979), “Androgens and the evolution of male-gender identity among male pseudohermaphrodites with 5 $\alpha$ - reductase deficiency”, New England Journal of Medicine.

la pubertad, y esta les ofrece el regalo de decirles que tenían razón, que eran hombres y que a partir de ahora podrán serlo a todos los efectos<sup>10</sup>.

Estamos ante otro caso de educación sin fisuras, ni ambigüedades como mujer; frente a unos determinantes prenatales que no parecen ser tan secundarios como nos gustaría pensar.

Lo peculiar de las intervenciones tempranas que tendían a reasignar los genitales, para hacerlos coherentes con la crianza, es que no existen estudios de seguimiento. El síndrome de extrofia cloacal, sitúa a varones en situación parecida a los huevo 12; reasignados y criados como chicas, fueron sometidos a la correspondiente operación genital de reasignación. Para sorpresa de todos, sobre 25 casos que se ha hecho el seguimiento, los 25 han vivenciado y expresan actualmente una identidad de varón. A pesar de la reasignación y la intervención quirúrgica.

Podríamos seguir con las mujeres XY, con insensibilidad a los andrógenos o testículo feminizante, síndromes “adrenogenitales”, el síndrome de Turner, etc... pero no estamos en un clase, sino en una declaración de principios científicos.

### Algunas conclusiones sexológicas

– El género, como corriente de pensamiento, no ha sabido leer los matices de “intersexualidad” y “dimorfia”; de “sexo” y “sexualidad”; y se ha perdido separando entre “bio”, “psico” y “socio”. Y como ciertamente, la discriminación asociada al sexo estaba, la fórmula más sencilla es negar la “relevancia” de este sexo.

– Lo que nosotros proponemos es una re-lectura sexológica de estudios y casos ya conocidos. Siempre han estado ahí, pero tal vez no se han mirado con ojo sexológico, sin con el ideológico por un lado o el patológico por el otro.

– La sexología propone un modelo integrador, para todos, trans y no trans. Se trata de un modelo explicativo del proceso general, de cómo se colocan los ladrillos y cual es la lógica que subyace a ello y no desde la patología. Lo que nos interesa es qué pasa, qué sucede, cómo funcionan los

mecanismos que nos llevan a sentirse hombre o mujer; seamos o no transexuales, asturianos, del barca, gay o heteros.

– Nuestra despatologización no es una cuestión ideológica que tiende a “santificar” a los desfavorecidos, buscando con ello la simpatía con las causas nobles; sino en algo más científico. Estamos considerando que todos, absolutamente todos tenemos algún que otro nivel transexuado en nuestros procesos de sexuación.

– La interpretación de todo esto, puede ser algo más menos antipático; pero esto es una cuestión de “interpretación” y de “emocionalidad” (simpatía o antipatía). Estamos haciendo perder relevancia a la “capacidad de opción” del individuo y su entorno psico-social ante su realidad sexual. Esto podrá parecer biologicismo de “mierda”, más allá de las corrientes “libertarias” de las posibilidades humanas. En este sentido parecería que el mundo progre y militante nos mirará con malos ojos y que este determinismo biológico es “carca”.

Sin embargo, las opciones y libertades son de “ida” y de “vuelta”. Es decir, si alguien “decide y opta” por un sexo, podrá de nuevo optar por el otro. Este parámetro de la libertad abre la vía, en absoluta coherencia para “reconvertir” a los transexuales, en otras posibilidades que en teoría entran dentro de su margen de maniobra. Hay intervenciones terapéuticas de este tiempo, que nos parecen anacrónicas; pero en el fondo están compartiendo el mismo criterio de “opción, y elección”; sólo que en sentido contrario. Cuestión de enfoque. Nosotros explicamos un fenómeno, la ideología y las emociones las ponen otros. Eso sí, nosotros funcionamos con un referente “sentimiento de sexo” y no gastamos una neurona en reconvertir eso, sino en comprobarlo y valorar con el sujeto sus expectativas y capacidades en ese proceso. Ese es nuestro objetivo en el ámbito terapéutico.

– En palabras de Reiner: "A fin de cuentas, solamente los propios niños son quienes deben de identificar quien y que es lo que son. A nosotros los investigadores nos corresponde escuchar y aprender. Las decisiones clínicas no deben estar basadas en predicciones anatómicas, ni en la

"correcta" función sexual, tampoco es una cuestión de moral o de "congruencia" social, sino en aquel camino que sea el más apropiado para el probable desarrollo del patrón psicosexual del niño. En otras palabras, el órgano que se presenta como crítico para el desarrollo psicosexual y la adaptación, no son los genitales externos, es el cerebro<sup>11</sup>."

– Las traducciones automáticas y la corriente de lo políticamente correcto, ha enmarañado los conceptos, para contentar a todos y al final hablar de nada o de lo mismo. Se tiende a distinguir entre "transgénero" y "transexual". Pero ambos son transexuales, a efecto etimológicos. Que unos lleguen a modificar sus genitales-cuerpo y otros no, es otro cantar.

Es decir, lo que los genitales suponen para los transexuales, es tan variado como para los no-transexuales. Lo que les une es su nivel de sexualización discordante, su autosexación con la sexación que el resto del mundo hace de ellos; no la estrategia común sobre lo que van a hacer con esos genitales (también hay mujeres que se agrandan las tetas y hombres que se alargan el pene; estas mujeres y hombres son igual, de hombres o mujeres, que los que no se operan; pero coinciden en una vivencia insatisfactoria de sus genitales que les lleva hasta su modificación. ¿Les buscamos una etiqueta o son hombres y mujeres?).

En el fondo, quien habla, en las lenguas latinas, de transexual y transgénero; habla de transexual que a efectos sexológicos lo son todos, o transgenitales que lo serán o no, todos los transexuales. Pero para los sexólogos, ambos son transexuales; los primeros son transgenitales y los segundos no. Esto era absolutamente entendible desde la sexología y no hacían falta dos términos, sino entender científicamente que es sexo.

La importancia que cada uno da a los genitales, en su identidad sexual, varía de unas personas a otras; sean o no transexuales. ¿Por qué cabría esperar unanimidad en la vivencia genital de las personas transexuales, si tampoco la hay en el "resto" de sujetos? Esta es una clasificación (o peor aún "calificación") por "hasta donde" han llegado; pero lo relevante no es lo cuantitativo: "hasta donde": ¿Hasta los genitales, hormonas, aspecto corporal, facial...? La clave no es sino la autoaceptación y felicidad personal. Y eso puede incluir, o no, a los genitales; pero en todos los casos esas personas son transexuales.

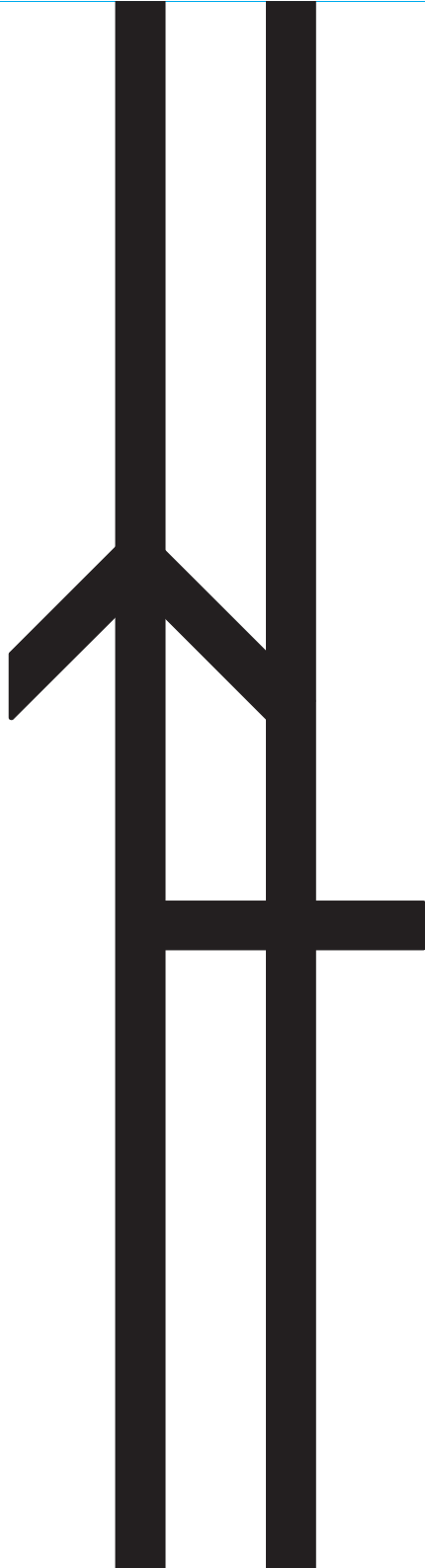
– Y reconozco con la máxima modestia y humildad, que no tenemos por ahora una explicación causal (como para tantas otras cosas y en tantas otras ciencias: meteorología, psicología, sociología, etc...); pero las conclusiones que se pueden sacar a posteriori están ahí. ¿O es que ahora sólo vamos a ser capaces de entender los “fenómenos” en la medida en que conozcamos sus causas; minimizando lo que parece ser la evidencia de los “efectos”?

– La transexualidad no es ni deja de ser una patología; eso es una interpretación moral, subjetiva y humana de algo que estadísticamente es menos abundante. Yo no hablo de patologías, sino de sexuación con sólo dos posibilidades en cada nivel; pero con multitud de posibilidades de mezcla y disposición de esos niveles en cada sujeto. Nada menos y nada más.

– La lógica de sexuación no forma parte de los designios ideológicos, morales o religiosos de nadie. Estaba ahí antes de la cultura y sigue estando con la cultura. El margen de maniobra no es “la capacidad ilimitada de elección”. De nuevo nada menos y nada más.

– Y acabemos citando Lynn Conway, transexual y compilador de las últimas investigaciones a cerca de la identidad Sexual: Uno no construye estas sensaciones sexuales masculinas/ femeninas producidas por el CNS, ¡simplemente las experimenta! Los mecanismos básicos de percepción involucrados están “integrados” y no pueden ser cambiados por medios psiquiátricos de manera permanente más de lo que se podría cambiar nuestra percepción de frío o de calor.

Cualquiera que sea el proceso “in-útero” que los produce, las sensaciones de género y la identidad de género de la persona, se encuentran en lo más profundo de su núcleo. La identidad de género es fija, inmutable, e irreversible por cualquier medio médico o psicológico. También sabemos que existe un solo medio para determinar tu identidad de género: ¡Preguntándotela! Tu género es una percepción: Solo tú conoces con seguridad cual es, y nadie más puede decírtelo.



## Situación actual de la regulación de los derechos de identidad de género en España

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA REGULACIÓN DE LOS DERECHOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN ESPAÑA

Rebeca Rullán Bertson. Coordinadora del Área Transexual de la FELGT

### Derechos civiles y sociales en materia de identidad de género

La transexualidad puede definirse como una fuerte y persistente identificación con el género contrario y una profunda disconformidad e insatisfacción con el sexo anatómico (asignado legalmente al nacer). Cuando una persona transexual comienza a expresar socialmente su identidad de género (femenina o masculina, según sea el caso de mujer transexual u hombre transexual), probablemente deba afrontar grandes dificultades en su entorno social más inmediato: rechazo familiar, pérdida de amistades y relaciones afectivas, actitudes de desprecio (transfobia), discriminación laboral, impedimentos legales y/o económicos para acceder al tratamiento clínico de reasignación de sexo y, en muchos países, persecución, torturas y asesinatos por parte de los cuerpos policiales o “escuadrones de la muerte” (desgraciadamente, esto último sucede con mucha frecuencia en América Latina o en los países del Norte de África)<sup>12</sup>.

Hasta ahora, son escasos los países europeos que han legislado sobre los derechos de las personas transexuales, a pesar de la resolución aprobada en 1989 por el Parlamento Europeo<sup>13</sup>, donde recomendaba a los Estados miembros de la entonces CEE adoptar una serie de medidas políticas orientadas a combatir la discriminación social de las personas transexuales. Esta resolución cobra gran importancia por su comprensión del problema social y la amplitud de soluciones ofrecidas. Entre ellas, cabe destacar:

- la cobertura sanitaria pública del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo (derecho a la atención psicoterapéutica, al tratamiento hormonal y su control endocrinológico periódico y a las intervenciones plástico-quirúrgicas y estéticas);

<sup>12</sup> Antonelli, Carla. “América Latina, un infierno para transexuales” en Ayllón, Mayte Transexualidad, transgeneridad y feminismo. Edita: AET-Transexualia, Genera, Mujeres y Teología y COGAM. Madrid, junio de 2004.

<sup>13</sup> Resolución del Parlamento Europeo de 12 de septiembre de 1989, sobre la discriminación de los transexuales (Doc. A3-16/89).

- la investigación científica de la transexualidad y la propagación de los conocimientos médicos en esta materia;
- el reconocimiento jurídico de su identidad mediante la rectificación del nombre y la mención de sexo en los Registros civiles y demás documentos oficiales;
- la concesión de prestaciones sociales en caso de pérdida de empleo o vivienda por razón de su adaptación sexual;
- la equiparación de la discriminación por identidad de género a la discriminación por razón de sexo en las directivas comunitarias;
- la concesión de asilo a las personas transexuales perseguidas por motivo de su identidad de género;
- la adopción de medidas de discriminación positiva para favorecer el acceso al empleo,...

La evolución histórica del reconocimiento del nuevo derecho a la identidad sexual (o identidad de género) es relativamente lenta, pero son los países socialmente más avanzados y con democracias ya consolidadas los que han ido superando la tradicional distinción legal entre sexos basada exclusivamente en determinaciones genéticas y biológicas (cromosomas, gónadas y caracteres sexuales secundarios), para ir desarrollando el concepto de “sexo psico-social” (esto es, la identidad de género y su expresión social en los roles de género).

Las diferencias entre los distintos países que reconocen parcial o globalmente los derechos de las personas transexuales son notables. De hecho, existen tres modelos teóricos, en función de la forma que adopta el reconocimiento jurídico de determinados derechos: la solución legislativa (el Parlamento aprueba una Ley sobre la materia), la solución administrativa (reconocimiento de derechos mediante disposiciones reglamentarias dictadas por un Gobierno, como en Dinamarca, Noruega o Austria) y, por último, la solución de la jurisprudencia (los órganos jurisdiccionales dictan sentencias favorables al reconocimiento de determinados derechos de las personas transexuales).

### Soluciones legales en países de la Unión Europea

La ley sueca de 21/04/1972 permite que la autoridad administrativa competente modifique la mención de sexo en el registro civil, cuando la persona interesada haya percibido su transexualidad desde la adolescencia y muestre un comportamiento social conforme a su identidad de género, comprometiéndose a vivir en el futuro con arreglo a su nuevo sexo legal. A cambio, establece una serie de requisitos: mayoría de edad, no haber accedido al matrimonio y la incapacidad de generar o procrear (la esterilidad). El Ministerio de Asuntos Sociales concede la autorización previa para acceder al tratamiento clínico de reasignación de sexo.

La ley alemana de 10/09/1980 adoptó dos soluciones legales: la *kleine lössung* (solución “pequeña”) sólo permite el cambio de nombre, al cabo de tres años de experiencia en vida real, a las personas transexuales que no se han sometido a la intervención quirúrgica de reasignación de sexo o a aquellas que previamente han contraído matrimonio; por el contrario, la *grösse lössung* (solución “grande”) autoriza la rectificación registral de nombre y mención de sexo a las personas transexuales no casadas que se hayan sometido a la cirugía de reasignación de sexo. El cambio de sexo legal en este último caso otorga facultades jurídicas plenas a la persona transexual para operar conforme a su género social.

Italia no exige requisitos a la hora de acceder a la rectificación de la mención de sexo en el Registro Civil, ni edad ni estado civil de soltería. Ahora bien, la ley de 14/04/1982 dispone que la persona transexual accederá a dicho cambio legal mediante sentencia judicial, siempre y cuando haya modificado sus caracteres sexuales secundarios siguiendo un tratamiento médico, que también se autoriza por vía jurisdiccional.

Holanda ofrece una gran protección jurídica a las personas transexuales, con una prestación sanitaria pública modélica del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo desde el Hospital Académico de la Universidad Libre de Amsterdam<sup>14</sup>. Asimismo, la ley de 24/04/1985 reconoce el derecho a la rectificación registral de la mención de sexo cum-

<sup>14</sup> MEGENS, Jos A. J. “El tratamiento de la transexualidad: el modelo holandés” en BECERRA-FERNÁNDEZ, Antonio Transexualidad. La búsqueda de una identidad. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2003.

### 31 Situación actual de la prestación sanitaria de los trastornos de identidad de género en el sistema nacional de la salud

pliendo los requisitos previos de nacionalidad (o permiso de residencia en caso de extranjeros), soltería y esterilidad<sup>15</sup>.

El Reino Unido ha aprobado recientemente una Ley sobre el Reconocimiento del Género<sup>16</sup>. En este caso, un Panel o Grupo de Asesores se encarga de certificar el reconocimiento jurídico del género social de la persona transexual, previa evaluación del cumplimiento de varios requisitos: presentación de un informe psicológico donde se diagnostique la disforia de género; acreditar una experiencia en vida real durante un mínimo de dos años; el compromiso de vivir en el futuro conforme a su identidad de género; mayoría de edad (18 años) y el estado civil de soltería o, en su defecto, la anulación o disolución del anterior matrimonio.

Las instancias judiciales de la Unión Europea también han ido conformando una doctrina jurídica sobre los derechos en materia de identidad de género (transexualidad):

1. La rectificación registral de nombre y sexo parece depender exclusivamente de las legislaciones nacionales, una de cuyas preocupaciones persistentes consiste en establecer limitaciones en el derecho al matrimonio de las personas transexuales. Véanse las sentencias del Tribunal Supremo Europeo de Derechos Humanos: caso Rees de 17/10/1986 y caso Cossey de 27/09/1990, que legitimaron la negativa de las instancias judiciales del Reino Unido a rectificar la mención del sexo en el Registro de Nacimientos y, por ende, dicha decisión impidió el derecho al matrimonio de dos personas transexuales. Por el contrario, en el caso Botella contra Francia de 25/05/1992, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos estima que se produjo una infracción del artículo 8 de la Convención (“toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar,...”), al considerar que la mención del sexo de origen en múltiples registros públicos de organismos públicos franceses (partidas de nacimiento, carnets de identidad informatizados, pasaporte, cajas de la seguridad social, nóminas y boletines de cotización a la seguridad social, etc.) ocasionaría serios perjuicios e incon-

<sup>15</sup> LÓPEZ-GALIACHO PERONA, Javier. La problemática jurídica de la transexualidad. Ed. McGraw-Hill, Madrid, 1998

<sup>16</sup> El Parlamento británico aprobó la ley el 8 de junio de 2004 (EL PAÍS de 23/08/2004, edición de Madrid).

venientes en la vida cotidiana de la actora<sup>17</sup>. En dos sentencias de 11/07/2002 el TEDH (casos I. contra el Reino Unido y Christine Goodwins también contra el Reino Unido) modificó su anterior posicionamiento respecto al derecho inglés, declarando que la ausencia de reconocimiento jurídico de la identidad sexual en el Reino Unido del cambio registral de la mención de sexo (en el derecho británico sí se permite la modificación libre del nombre) vulneraba el artículo 8 de la Convención de Roma<sup>18</sup>.

2. Extensión del principio de no discriminación por razón de sexo a las personas transexuales, al que luego nos referiremos con una importante sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas sobre un caso evidente de discriminación laboral.

### **Fundamentos jurídicos de la transexualidad en España: la solución de la jurisprudencia en materia de rectificación registral de nombre y mención de sexo**

En España no se ha promulgado hasta la fecha ninguna Ley sobre el Derecho a la Identidad de Género. Es el Tribunal Supremo (STS de 02/07/1987, 15/07/1988, 03/03/1989 y 19/04/1991) quien ha dictado la doctrina jurídica en materia de rectificación registral de nombre y mención de sexo amparándose en los artículos 10 y 14 de la Constitución española de 1978, que declaran, respectivamente, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la prohibición de la discriminación por razón de sexo. Estas resoluciones se basaban en la preeminencia del “sexo psico-social”, a tenor de lo dictado por el Tribunal Supremo en su Sentencia del 3 de marzo de 1989, donde se argumentaba que “a la hora de valorar los parámetros que, con mayor peso, habrán de influir en nuestra decisión de clasificar al individuo en uno de los dos géneros sexuales que el derecho reconoce -tertium non licet- es evidente que no habrá de ser el factor cromosómico el que predomine aun sin negarle su influencia, ni aun tampoco el gonadal, muchas veces equívoco y, en ocasiones,

<sup>17</sup> El texto íntegro de las tres sentencias mencionadas se puede consultar en ELÓSEGUI ITXASO; María. La transexualidad. Jurisprudencia y argumentación jurídica. Ed. Comares, Granada, 1999 (páginas 207-331).

<sup>18</sup> Véase la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) de 6 de septiembre de 2002 (Sentencia nº 811/2002. Recurso de Casación 247/1997).

### 33 Situación actual de la prestación sanitaria de los trastornos de identidad de género en el sistema nacional de la salud

parcialmente modificado por la técnica quirúrgica y médica, sino el fenotípico, que atiende al desarrollo corporal y, con mayor fuerza, al psicológico que determina el comportamiento caracterial y social del individuo. Y ello, no sólo porque son los factores psíquicos los más nobles e importantes de la persona y los que determinan su diferencia esencial con las especies de grado inferior, sino también porque en los factores anímicos anida el centro del desarrollo de la personalidad,...<sup>19</sup>

Ahora bien, estas sentencias establecieron un límite a sus efectos jurídicos respecto a terceras personas: alegando la curiosa teoría de la “ficción de hembra” (según la cual, una mujer transexual no podría equipararse plenamente al sexo femenino), denegaron el derecho a emprender ciertos actos o negocios jurídicos como el matrimonio<sup>20</sup>. Aunque esta doctrina de la jurisprudencia sigue teóricamente vigente, hoy en día está siendo corregida en la práctica a través de las sentencias dictadas por los Juzgados de Primera Instancia<sup>21</sup>. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos reconoció en 2002 el derecho al matrimonio de las personas transexuales, equiparándolas con el resto de ciudadanos<sup>22</sup>.

A pesar de estos avances en la jurisprudencia, las personas transexuales todavía deben recurrir al amparo de los juzgados y tribunales para lograr el ansiado cambio de nombre y mención de sexo en todos los documentos oficiales (DNI, afiliación a la Seguridad Social, Tarjeta Sanitaria, etc.), ya que, hasta la fecha, no existe una ley que regule el derecho a la rectificación del nombre y mención de sexo en el Registro Civil. Esta precaria

<sup>19</sup> Fundamentos de derecho de la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de marzo de 1989, publicada íntegramente en ELÓSEGUI ITXASO, María. Op. Cit., Granada, 1999 (página 185). Véase también LÓPEZ-GALIACHO PERONA, Javier. La problemática jurídica de la transexualidad. Ed. McGraw Hill, Madrid, 1998.

<sup>20</sup> Puede leerse el texto íntegro de las tres primeras sentencias (STS de 02/07/1987, 15/07/1988 y 03/03/1989) en ELÓSEGUI ITXASO, María. La transexualidad. Jurisprudencia y argumentación jurídica. Ed. Comares, Granada, 1999 (págs. 127-206).

<sup>21</sup> Sentencia del Juzgado de Primera Instancia nº 1 de El Ferrol (A Coruña), de 13 de mayo de 1992. Véanse más referencias en LÓPEZ GALIACHO, J. Op. Cit., Madrid, 1998 (páginas 189-192).

<sup>22</sup> EL PAÍS, edición de Madrid, jueves 08/01/2004, página 24.

situación legal produce efectos tan nocivos como una reciente sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia<sup>23</sup>, que denegó este cambio legal a un hombre transexual, sometido previamente a una histerectomía (extirpación de útero y ovarios) y a una mastectomía (extirpación de mamas), por el único motivo de no haberse operado de genitales (faloplastia), a pesar de que todos los informes médicos contraindicaban dicha intervención quirúrgica por el serio riesgo que correría su vida. Obviamente, esta decisión judicial acarrea graves consecuencias: esta persona deberá soportar el estigma social de presentar unos documentos oficiales cuyos datos referidos al nombre y sexo legal no se corresponden con la realidad.

Esta sentencia tiene su precedente en otra del Tribunal Supremo, de 6 de septiembre de 2002, que deniega la rectificación registral de nombre y mención de sexo a un transexual masculino al no haber culminado el proceso de reasignación de sexo (a través de la resección de útero y ovarios y de la reconstrucción de un pene mediante faloplastia o metaidoioplastia), a pesar de tres indicadores que constata dicho tribunal en su sentencia: el demandante ha seguido el tratamiento hormonal (durante tres o cuatro años), ha sido objeto de una primera intervención quirúrgica de mastectomía y alega que carece de recursos económicos para costear las siguientes intervenciones (ya que la sanidad pública no cubre el tratamiento)<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia nº 832, de 30/12/2003: "De conformidad con la doctrina jurisprudencial antes expuesta, el recurso de apelación debe ser desestimado, pues en el presente caso si bien la demandante [se refiere a un transexual masculino] sufre un trastorno de identidad sexual, habiendo sido sometida a unas intervenciones quirúrgicas de Mastectomía e Histerectomía, que han suprimido sus caracteres físicos femeninos, no se le ha podido implantar el aparato sexual masculino. Sin que la imposibilidad de llevar a cabo dicha intervención quirúrgica por problemas ajenos a la voluntad de la actora, como es el grave riesgo para su vida si se efectuara dicha operación, pueda tener el efecto que pretende la parte apelante, consistente en que se le debe eximir de dicho requisito que la doctrina jurisprudencial viene a exigir, como es la implantación de los órganos sexuales semejantes a los correspondientes al sexo que emocionalmente siente como propio..." (Fundamento de Derecho Tercero de la Sentencia).

<sup>24</sup> STS nº 811/2002 (Recurso de Casación nº 247/1997) de 06/09/2002. El alto tribunal se ampara en la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos: "Según dicha doctrina si bien el dato cromosómico no es decisivo para el reconocimiento de la identidad sexual de una persona, tampoco pueden considerarse suficientes los factores puramente psicológicos para conceder relevancia jurídica a las demandas de admisión de cambio sexo, resultando imprescindible que las personas transexuales que las formulan se hayan sometido a los tratamientos hormonales y quirúrgicos precisos para la supresión no sólo de sus caracteres sexuales secundarios (...) sino, también y fundamentalmente, para la extirpación de los primarios y la dotación a los solicitantes de órganos sexuales semejantes, al menos en apariencia, a los correspondientes al sexo que emocionalmente sienten como propio".

### 35 Situación actual de la prestación sanitaria de los trastornos de identidad de género en el sistema nacional de la salud

Esta sentencia del TS sienta jurisprudencia, unificando la doctrina jurídica sobre cambio legal de nombre y mención de sexo desde posturas ideológicamente conservadoras<sup>25</sup>.

El tratamiento clínico integral de reasignación de sexo en el Estado español La Constitución de 1978 reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, añadiendo que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, cuyos principales garantes son, en primer lugar, el Sistema Nacional de Salud (INSALUD), y, subsidiariamente, en el marco del proceso de profundización y desarrollo de nuestro modelo autonómico, los sistemas públicos sanitarios gestionados por la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas, a las que también se han transferido competencias legislativas en materia de organización de los sistemas de salud y de prestaciones sanitarias<sup>26</sup>.

La despenalización de las operaciones de reasignación de sexo, excluyéndolas del delito de lesiones (de castración, en este caso), se produce en 1983, merced a una reforma parcial del Código Penal. Actualmente, el Sistema Nacional de Salud no recoge el derecho de las personas transexuales a recibir el adecuado tratamiento clínico de reasignación de sexo (sólo cubre la cirugía de reasignación de sexo en estados intersexuales patológicos)<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> Por el contrario, hasta entonces existían otro tipo de sentencias sobre rectificación registral de nombre y mención de sexo dictados por Juzgados de Primera Instancia, como la del JPI nº 4 de Gijón, de fecha 6 de noviembre de 2001, en la que alegaba que rechazar la pretensión de la parte demandante (un transexual masculino) “que, entre otras razones, no se sometió aún a la expresada última operación pendiente de causa por causa de su elevado coste [se refiere a la metaidoioplastia o reconstrucción de un micropene], comportaría, de alguna manera, una forma de discriminación fundada en motivos económicos (discriminación que no afectaría a la persona que sí pudiera permitirse pagar sin espera alguna el precio de la reconstrucción de unos genitales externos), y esto supondría vulnerar el mandato contenido en el artículo 14 de la Constitución Española, que proscribía el trato desigual ante la ley (...)”.

<sup>26</sup> En enero de 2002 se culminó el proceso de transferencias de competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas que todavía no la tenían transferida, cumpliendo la previsión del artículo 148.2 de la Constitución de 1978.

<sup>27</sup> Real Decreto 63/1995, de 20 de marzo, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE 10/02/1995), donde su Anexo III, Apartado 5 dispone que “no es financiable con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos”.

Ahora bien, el Sistema Andaluz de Salud (SAS) sí dispone de una Unidad de Trastornos de Identidad de Género en el Hospital Carlos Haya de Málaga, con un equipo multidisciplinar que ofrece el tratamiento clínico integral (atención psicológica, tratamiento hormonal y operación de reasignación de sexo), desde que en 1999 éste fuera incluido en el catálogo de prestaciones sanitarias por la Junta de Andalucía<sup>28</sup>. La Junta de Extremadura también ha incluido el tratamiento clínico de reasignación de sexo en su sistema público de salud, garantizando la asistencia sanitaria de las personas transexuales a través de un convenio de colaboración con el Sistema Andaluz de Salud.

Si revisamos la doctrina jurídica en materia de prestación sanitaria del tratamiento clínico de reasignación de sexo cabe destacar la importante sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16/06/1992, que dictaminó la procedencia de la devolución del coste de la cirugía de reasignación de sexo (orquidectomía bilateral, falectomía y vaginoplastia) practicada a una mujer transexual, al entender que estos casos de reasignación de sexo pueden subsumirse dentro de la denegación injustificada de asistencia sanitaria por parte de instituciones de la Seguridad Social, regulada en el artículo 18 del Decreto 2766/1967 de 16 de noviembre, sobre Prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social (con la modificación introducida por el Decreto 2575/1973 de 14 de septiembre)<sup>29</sup>.

La necesidad social de la inclusión del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo en el sistema público de salud debe entenderse desde varias perspectivas.

- En primer lugar, comprendiendo que la única forma de aliviar la angustia vital y el sufrimiento de las personas transexuales, debido a esa persistente contradicción entre el sexo anatómico y la identidad de género, consiste en proporcionar el acceso a dicho tratamiento clínico.
- En segundo lugar, por una razón de equidad social, ya que hasta ahora la población transexual española (salvo la residente en las Comunidades

<sup>28</sup> El tratamiento clínico de reasignación de sexo se incluyó en el catálogo de prestaciones del Servicio Andaluz de Salud en 1999 (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía nº 307, de 09/03/1999).

<sup>29</sup> Sentencia del TSJ de Madrid (Sala de lo Social) de 16/06/1992.

Autónomas de Andalucía y Extremadura) debe recurrir a la sanidad privada, con todos los riesgos que conlleva un proceso altamente mercantilizado por el afán de beneficio económico de ciertos profesionales. Por otro lado, esta situación de desprotección social produce un efecto perverso de discriminación fundada en motivos económicos: sólo aquellas personas transexuales con un elevado poder adquisitivo podrán iniciar su proceso de reasignación de sexo.

- Y por último, debido a una razón estrictamente sanitaria: la ausencia de una cobertura sanitaria pública del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo provoca mayores problemas y costes económicos al sistema nacional de salud, derivados de las prácticas de riesgo:

- La automedicación en la administración de hormonas incrementa la morbilidad de las personas transexuales.

- Las inyecciones de silicona líquida sustitutivas de las implantaciones de prótesis mamarias provocan complicaciones tan graves para la población transexual femenina como la aparición de granulomas, escaras en la piel, migración fascial o hepatitis con embolismo y muerte<sup>30</sup>. Este procedimiento nunca ha sido aprobado oficialmente por la comunidad médica, pero en el mercado negro es fácil conseguir estas sustancias y continúa siendo una práctica habitual entre las mujeres transexuales inmigrantes que ejercen el trabajo sexual, a pesar de la labor de prevención de riesgos sanitarios impulsada desde las asociaciones de transexuales.

- Un tratamiento hormonal sin el adecuado control endocrinológico periódico incrementa notablemente los posibles efectos adversos: alteraciones de las enzimas hepáticas, embolismo pulmonar, trombosis cerebral, cáncer de mama (en mujeres transexuales tratadas con estrógenos) o infarto de miocardio (en hombres transexuales tratados con andrógenos). Asimismo, la osteoporosis constituye un factor de riesgo para aquellas personas transexuales que, una vez extirpadas las gónadas en las cirugías de reasignación de sexo, no pueden acceder al tratamiento hormonal desde el sistema sanitario público.

<sup>30</sup> CANCELO HIDALGO, M<sup>a</sup> Jesús. "Cirugía de mamas" en BECERRA-FERNÁNDEZ, Antonio (compilador). Transexualidad. La búsqueda de una identidad. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2003.

Los obstáculos que encuentran las personas transexuales para acceder al sistema sanitario público son criticados abiertamente por los mismos profesionales de la medicina especializados en los denominados Trastornos de Identidad de Género. La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición ha reclamado al Ministerio de Sanidad la cobertura pública del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo, con el fin de atender una necesidad básica de las personas transexuales, alegando que se trata ante todo de una decisión social, emocional y política que debe quedar al margen de planteamientos economicistas<sup>31</sup>.

Por otro lado, cuando el debilitamiento de los sistemas de protección social produce víctimas reales, éstas escapan de la fría cuantificación estadística para cobrar nombre propio, y sus necesidades sociales, desatendidas arbitrariamente por los poderes públicos, comienzan a ser gestionadas por la iniciativa social, a través de las diversas redes de asociaciones y ONG's. De esta forma surge en Madrid el proyecto de asistencia socio-sanitaria entre Médicos del Mundo y la Asociación Española de Transexuales - Transexualia, que interviene con personas transexuales en múltiples aspectos: atendiendo al colectivo de mujeres transexuales trabajadoras del sexo, en la prevención del VIH; prestando la asistencia psicológica y el tratamiento hormonal a aquellas personas transexuales no incluidas como usuarias del sistema nacional de salud (por ejemplo, inmigrantes sin permiso de residencia y de trabajo), etc.

### **Discriminación laboral por identidad de género: un problema pendiente**

A pesar de su expresa prohibición en los artículos 14 CE y 17 del Estatuto de los Trabajadores, todavía subsisten muchas prácticas de discriminación laboral cometidas contra las personas transexuales, que se expresan de diversas formas:

<sup>31</sup> La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición editó en 2002 una Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Identidad de Género. En el 2003 reclamó la incorporación del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (ABC de 28/03/2004, página 51).

1. En la dificultad de acceder a un trabajo. Cualquier rasgo físico que denote que somos transexuales o un simple nombre en el DNI que delate el sexo asignado legalmente al nacer son datos suficientes para que los avisados técnicos de “recursos humanos” den por concluido nuestro breve proceso de selección. Partiendo de algunas estimaciones aproximadas, podríamos afirmar que la tasa de desempleo en personas transexuales durante el proceso de reasignación de sexo alcanza los preocupantes índices de un 60 a un 80%.

2. En el acoso laboral padecido en el centro de trabajo: muchas personas transexuales, al iniciar el proceso de reasignación de sexo, pueden llegar a sufrir situaciones de acoso laboral en su centro de trabajo, bien sea por parte de la dirección / gerencia de la empresa o procedente de los propios compañeros.

a. Las medidas pueden ser muy variadas: negativa a reconocer nuestra identidad de género en el tratamiento cotidiano, movilidad funcional (por ejemplo, apartar a una persona transexual de la atención al público, si antes desempeñaba este trabajo, con la intención de “ocultar e invisibilizar”), degradación de las condiciones de trabajo,...

b. De hecho, el temor a sufrir el rechazo social en el entorno laboral durante el proceso de reasignación de sexo conduce a muchas personas transexuales a optar por una baja voluntaria, inspirados también en la idea de que cambiando de trabajo, donde nadie les conozca, la situación será más fácil.

3. En las medidas disciplinarias, sanciones o decisiones extintivas del contrato de trabajo: la gerencia de la empresa puede adoptar sin ningún escrúpulo la decisión ilegal del despido, encubierta bajo toda clase de triquiñuelas, con tal de no mantener en su plantilla a una persona transexual. De hecho, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas dictó una sentencia (de 30/04/1996), en relación con el caso de una mujer transexual, administradora de un centro docente, que fue despedida durante el proceso de reasignación de sexo. El Tribunal se pronunció dictando resolución contra la decisión extintiva del contrato, por entender que el despido de una persona transexual durante el proceso de reasignación de sexo es contrario al objetivo de no discriminación por razón de sexo perseguido por la Directiva 76/207/CEE del Consejo, de 9 de febre-

ro de 1976, relativa al principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al empleo, a la formación y a la promoción profesionales y a las condiciones de trabajo. Conforme a lo establecido en el apartado 1 del artículo 5 de la citada Directiva, el Tribunal interpreta que el despido de un transexual con motivo de su proceso de reasignación de sexo sería equiparable a una discriminación por razón de sexo, hecho expresamente prohibido por esta norma<sup>32</sup>.

Las mujeres transexuales también hemos soportado otro tipo de discriminación en el ámbito laboral por razón específica de nuestro género, sobre todo en los años 80 o principios de los 90. La práctica imposibilidad de inserción laboral dejaba un único camino trazado a las mujeres transexuales: el ejercicio de la prostitución. Eso sí, perseguidas y acosadas por la policía<sup>33</sup>, sin protección sanitaria (muchas dejaron su vida debido a la transmisión del VIH) y sin el justo reconocimiento de sus derechos legales como personas y trabajadoras (al no cotizar a la Seguridad Social, carecen de las prestaciones sociales vinculadas a este sistema; tampoco tributan por IRPF, a pesar de que AET - Transexualia lo reclamó a la Dirección General de Tributos en 1992).

Hoy en día, muchas mujeres transexuales siguen ejerciendo su actividad como trabajadoras del sexo. Valen como mercancía, pero no son ciudadanas de pleno derecho. Ciertas administraciones públicas, como el Ayuntamiento de Madrid, ya han emprendido una campaña para prohibir el trabajo sexual en las calles. Mientras efectúan redadas policiales dignas de una superproducción de Hollywood, una ONG ofrece un proyecto de inserción laboral a las trabajadoras sexuales nacionalizadas o regularizadas, mediante cursos de formación mal remunerados y sin ninguna expectativa de futuro. A las trabajadoras sexuales inmigrantes que carecen de permisos de residencia, “se les invita a abandonar el país en un

<sup>32</sup> El contenido íntegro de dicha sentencia puede consultarse en ELÓSEGUI ITXASO, María La transexualidad. Jurisprudencia y argumentación jurídica. Ed. Comares, Granada, 1999 (págs. 351-357).

<sup>33</sup> AET – Transexualia se constituye en 1987 (02/07/1987), un año después de que varias mujeres transexuales trabajadoras del sexo se plantearan una serie de iniciativas para hacer frente a la situación de acoso policial que sufrían. Sobre la historia del movimiento transexual en España, véase CANTÓ RAMOS, Juana “Las asociaciones de transexuales en España”, publicado en BECERRA FERNÁNDEZ, A. Op. Cit., Madrid, 2003 (páginas 125-142).

## 41 Situación actual de la prestación sanitaria de los trastornos de identidad de género en el sistema nacional de la salud

viaje de retorno con los gastos pagados”. Esta es la verdadera cara de la política abolicionista: un simple lavado de imagen, barriendo debajo de la alfombra, en lugar de adoptar una política de diálogo entre los sectores afectados (prostitutas, vecinos y Administración municipal).

### Conclusiones

En definitiva, el hecho de que las instituciones públicas hayan asumido el derecho a la libertad individual en esta materia (al haberse despenalizado las operaciones de reasignación de sexo y también mediante el reconocimiento jurídico del derecho a la identidad sexual en el marco del artículo 10 CE) sin promulgar ninguna disposición normativa recogiendo los derechos de protección social, ignorando todos los factores sociales y culturales que están implícitos en la transexualidad (desde los estrictamente materiales, como la asistencia médica, educación, trabajo, vivienda, etc., hasta los inmateriales, como las relaciones sociales de carácter afectivo), inevitablemente genera marginación o exclusión social.

Desde julio de 2004 un conjunto asociaciones de transexuales y áreas trans de colectivos GLTB del Estado español, en el marco de un proceso democrático de reivindicación unitaria, ha entablado conversaciones con los Ministerios de Justicia y Sanidad con objeto de lograr que las Cortes Generales, a instancias del Gobierno, promulguen una Ley Integral sobre el Derecho a la Identidad de Género, en la que se reconozcan los derechos civiles y sociales de las personas transexuales.

### Plataforma reivindicativa unitaria del movimiento asociativo transexual del Estado español

Desde los XVI Encuentros Estatales de Transexuales, Lesbianas, Gays y Bisexuales celebrados en Salamanca los días 1 y 2 de mayo de 2004, un conjunto diverso de asociaciones de transexuales y áreas trans de colectivos GLTB ha aprobado una plataforma reivindicativa unitaria en torno a los derechos civiles y sociales de las personas transexuales. En el proceso unitario de negociaciones abiertas con el Gobierno participan activamente la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGT), así como

algunas asociaciones de transexuales no federadas, entre las que se encuentran: Así Somos (Valladolid); Colectivo de Gais, Lesbianas, Transexuales y Bisexuales “Raras Somos Todas” (Vigo); Asociación de Identidad de Género de Andalucía (Granada); Grup de Transexuals Masculins de Barcelona (Catalunya); El Hombre Transexual (estatal) y Transexualidad-Euskadi.

En una reunión estatal celebrada el 19/06/2004 entre colectivos y asociaciones de transexuales se aprobó por unanimidad una resolución de carácter unitario para plantear nuestras reivindicaciones ante las Administraciones Públicas de ámbito estatal, a saber:

1. Derecho a la propia identidad sexual y de género, que debería ser regulado mediante una Ley Integral sobre el Derecho a la Identidad de Género que contemple soluciones multidisciplinarias -mediante la coordinación entre los diversos departamentos ministeriales implicados- a la peculiar problemática social de las personas transexuales.
2. Regulación del derecho de todas las personas transexuales a la rectificación del nombre y sexo en el Registro Civil mediante un procedimiento administrativo común, sin necesidad de haberse sometido a la cirugía de reasignación de sexo, aportando la certificación de diagnóstico de transexualidad emitida por psicoterapeuta especializado (psicólogo o sexólogo) y la certificación elaborada por endocrinólogo que acredite el seguimiento del tratamiento clínico hormonal por parte de la persona transexual.
3. Cobertura sanitaria pública del tratamiento clínico de reasignación de sexo (que incluye la atención psicoterapéutica para el diagnóstico y apoyo a la persona transexual, tratamiento hormonal con controles endocrinológicos periódicos y las diversas intervenciones plástico-quirúrgicas, entre ellas, la cirugía de reasignación de sexo). Para ello, deberían constituirse Unidades Interdisciplinares de Género.
4. Promoción pública de la investigación científica en todo lo relacionado con la transexualidad desde diversas disciplinas (medicina, psicología, sociología, antropología, etc.), manteniendo un especial énfasis en indagar sobre los avances en los diversos tratamientos médicos (control endocrinológico y cirugía de reasignación de sexo).
5. Políticas activas emprendidas desde las Administraciones Públicas y los agentes sociales (sindicatos y empresarios) para erradicar progresivamente la discriminación laboral que sufren las personas transexuales al expresar libremente su identidad de género. Adopción de posibles medidas de discriminación positiva.

## 43 Situación actual de la prestación sanitaria de los trastornos de identidad de género en el sistema nacional de la salud

6. Regulación específica de los derechos de las trabajadoras sexuales de forma independiente a las medidas de inserción laboral que se implementen con este colectivo.
7. Medidas de sensibilización social y educativa sobre la transexualidad. Educación en la diversidad, fomentando los valores democráticos de respeto, comprensión, tolerancia e igualdad social.
8. Concesión del derecho de asilo a aquellas personas que sufran persecución, discriminación, torturas o agresiones en sus países de origen por razón de la libre expresión de su identidad de género, prestando especial atención en la tramitación del expediente a los informes elaborados por los colectivos, asociaciones y ONG's de Derechos Humanos de cada país o área regional.
9. Penalización de la transfobia (aquellas actitudes de odio y rechazo hacia el colectivo transexual, así como las agresiones cometidas contra cualquier persona transexual por motivo de su identidad de género) y su tipificación como delito en el Código Penal.
10. Rehabilitación e indemnización a las víctimas que sufrieron en sus carnes la aplicación de la Ley de Vagos y Maleantes y de la Ley de Peligrosidad Social.
11. Abordar de forma práctica y efectiva la problemática de las personas transexuales internadas en centros penitenciarios, permitiendo que puedan ser internadas en prisiones de hombres o mujeres según la identidad de género que manifiesten socialmente.
12. Financiación pública de las asociaciones de auto-apoyo a las personas transexuales.

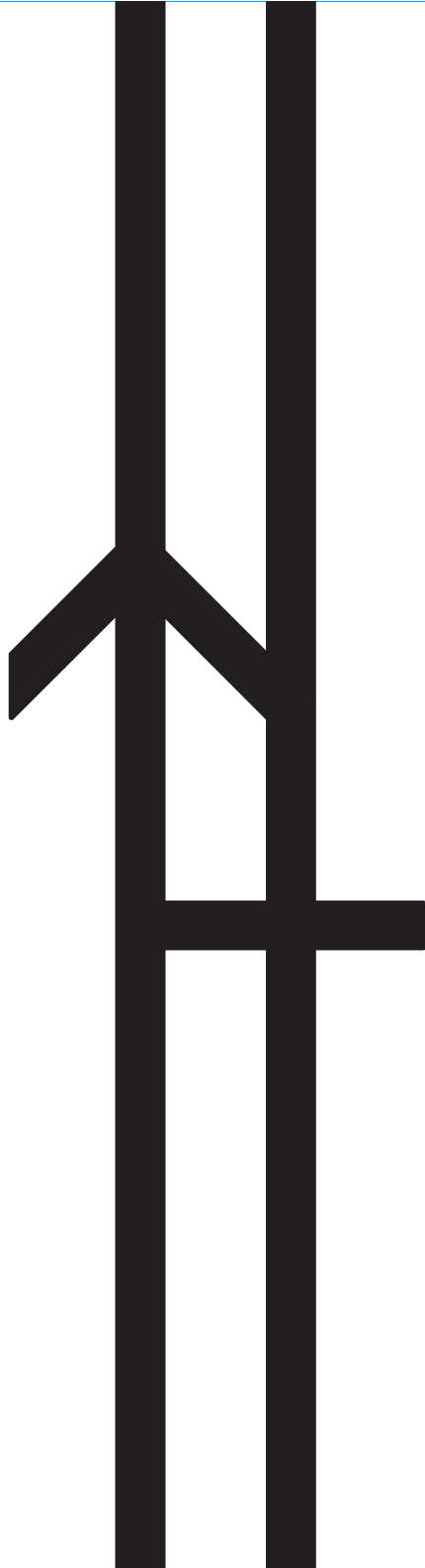
Rebeca Rullán Berntson.

(AET - Transexualia)

Coordinadora del Área Transexual de la FELGT

Página web: [www.transexualia.org](http://www.transexualia.org)

E-mail: [info@transexualia.org](mailto:info@transexualia.org)



## **Situación actual de la prestación sanitaria de trastornos de identidad de género en el sistema nacional de la salud**

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA PRESTACIÓN SANITARIA DE LOS TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN EL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD

Setefilla Luengo Matos. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III

### Resumen

El tratamiento de reasignación de sexo no está reconocido en la actualidad como una prestación sanitaria del sistema sanitario público, salvo en estados intersexuales patológicos. En 2001 se organizó un panel de expertos sobre trastornos de identidad de género con objeto de clarificar si existen situaciones distintas de los estados intersexuales en las que estaría justificado llevar a cabo la intervención quirúrgica de reasignación de sexo y, en consecuencia, elaborar un documento de recomendaciones para elevarlo, si procede, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La presente ponencia resume el trabajo elaborado por el panel de expertos y la situación actual de la prestación sanitaria.

### 1. Introducción

En el Anexo III del Real Decreto 63/1995 de Ordenación de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) se mencionan las prestaciones que no son financiadas con cargo a la seguridad social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria. En el punto 5 del citado anexo se excluye la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos, como prestación sanitaria para el tratamiento de la transexualidad. Los estados intersexuales patológicos tienen su origen en una alteración en el proceso de diferenciación sexual que conduce del sexo genotípico al fenotípico durante el desarrollo embrionario. Como resultado de esta alteración, en el mismo individuo se presentan características de ambos sexos. En los Trastornos de Identidad de Género (TIG) no hay alteración o contradicción entre el sexo genético, gonadal y fenotípico, sino entre éstos y el sexo psicológico o identidad de género. El grado de incongruencia entre la identidad sexual y el sexo de nacimiento varía de unos individuos a otros, siendo la transexualidad el caso extremo.

El Real Decreto 63/1995 distingue el mecanismo para la actualización de prestaciones que para una nueva prestación se debe realizar por Real Decreto previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). En este sentido, en 2001 se encargó a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III la coordinación de un panel de expertos sobre TIG con objeto de clarificar si existen situaciones distintas de los estados intersexuales en las que estaría justificado llevar a cabo la intervención quirúrgica de reasignación de sexo y, en consecuencia, elaborar un documento de recomendaciones para elevarlo a la Subcomisión de Prestaciones y Calidad, dependiente del CISNS para que, si procede, se eleve al pleno del Consejo. Esta iniciativa surgió a raíz de una proposición no de ley aprobada en el Congreso de los Diputados en 1999, donde se instaba al gobierno a “estudiar el alcance actual y posible ampliación de la cirugía de cambio de sexo en los estados transexuales e intersexuales patológicos, y las necesidades asistenciales del colectivo de ciudadanos españoles transexuales con derecho a la asistencia sanitaria gratuita en el SNS”. Además, el documento intenta responder, en la medida de lo posible, a la moción del Pleno del Senado en la que se instaba al gobierno a “elaborar un protocolo que contemple actuaciones homogéneas sobre intervención a personas transexuales”. En febrero de 1999 el parlamento andaluz había aprobado una proposición no de ley relativa a la inclusión en las prestaciones del sistema sanitario público andaluz del proceso de reasignación de sexo en personas transexuales.

Como paso previo a la convocatoria del panel, la AETS llevó a cabo un informe interno de evaluación sobre la seguridad y eficacia del tratamiento de la transexualidad analizando la evidencia científica, que sirvió de base al trabajo de los expertos. El panel de expertos fue constituido de acuerdo a los siguientes requisitos: a) multidisciplinario, b) con profesionales de distintas Comunidades Autónomas (CCAA), y c) formado por hombres y por mujeres. Las disciplinas incluidas en el panel son: cirugía plástica, endocrinología, ginecología, sicología, psiquiatría, urología, sexología, ética, derecho. Los expertos se constituyeron en grupos de trabajo y el resultado final fue un documento de consenso denominado: “Informe sobre Trastornos de la Identidad de Género (con especial atención a la cirugía de reasignación de sexo)” concluido en marzo de 2002. El informe incluye la definición, epidemiología y diagnóstico de los TIG, evalua-

ción inicial, abordaje psicoterapéutico, el tratamiento y seguimiento endocrinológico, tratamiento quirúrgico, fundamentos éticos a tener en cuenta en los TIG, aspectos legales en relación con la transexualidad, estimación económica básica, conclusiones y recomendaciones actuales sobre cómo abordar los TIG, acordes con el estado actual del conocimiento científico y encaminadas a la fijación de criterios comunes en el SNS.

## 2. Informe del panel de expertos

### 2.1 Definición

Los TIG, cuya expresión más extrema es la transexualidad, se definen de acuerdo con la CIE-10 como “el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido”. En el transexualismo, a falta de conocimientos claros sobre su etiología, el único tratamiento posible es rehabilitador, adecuando el fenotipo de la persona al sexo al que el sujeto siente pertenecer, mediante intervención psicológica, hormonal y quirúrgica.

### 2.2 Aspectos epidemiológicos básicos

No existen datos oficiales sobre el número de transexuales que hay en España, pero se pueden realizar estimaciones a partir de los datos de estudios recientes realizados en otros países europeos. En España se estima que podría haber entre 387 y 2.187 transexuales hombre-mujer, y entre 167 y 571 transexuales mujer-hombre; la incidencia se estima en 57 nuevos casos al año, 28 transexuales hombre-mujer y 29 transexuales mujer-hombre. La proporción de transexuales diagnosticados que se somete a cirugía de reasignación de sexo oscilaría entre el 10 y el 70 %. La solicitud de cirugía de cambio de sexo es de 1,4 hombres por cada mujer. La mortalidad en transexuales es similar a la de la población general aunque algo superior en el grupo de 25 a 39 años de edad.

### 2.3 Diagnóstico

El diagnóstico correcto de la transexualidad resulta fundamental para la buena evolución del proceso. Es preciso diferenciarla de otras manifestaciones afines que necesitan un proceso terapéutico diferente como los estados intersexuales u otros TIG cuyo tratamiento no requiere la intervención de reasignación sexual. En ningún caso un posible arrepentimiento debe estar originado por un error en el diagnóstico.

El grado de incongruencia entre la identidad sexual, el rol sexual y el sexo de nacimiento varía de unos individuos a otros, dando lugar a diferentes grados de disforia, insatisfacción y deseos de reasignación sexual. No todas las personas que experimentan disforia de género la manifiestan en los mismos términos, ni requieren llegar todas a la cirugía genital, ni tienen los mismos factores de estabilidad potencial. Por tanto, resulta imprescindible realizar un buen diagnóstico (incluyendo diagnóstico diferencial y codiagnóstico) que ayude a la persona a clarificar sus opciones y a conocer las propuestas que puedan resultarle más beneficiosas. Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV, la CIE-10 y los protocolos de actuación de la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin'2001 (6ª revisión), han recibido amplio consenso, y se consideran válidos para el diagnóstico de los TIG. El DSM-IV ha sustituido el término "transexualidad" por la categoría diagnóstica trastorno de la identidad sexual e incluye los siguientes criterios diagnósticos:

A) Deben existir pruebas de que el individuo se identifica, de modo intenso y persistente, con el otro sexo; es decir, la persona desea ser, o insiste en que es, del otro sexo. Esta identificación no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales.

B) Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado, o un sentido de inadecuación en el desempeño del rol asociado con su sexo biológico.

C) La alteración no se debe a un estado intersexual.

D) Para efectuar el diagnóstico deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 son:

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

## 2.4 Evaluación inicial

La atención al paciente con TIG debería ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinar especializado en materia de TIG e integrado por un psicólogo y un psiquiatra con formación en sexología, un ginecólogo, un urólogo, un endocrinólogo, un cirujano plástico, un cirujano general, personal de enfermería y un trabajador social. La recepción al paciente debe incluir información sobre el proceso a seguir. Se debe realizar la historia y exploración clínica, diagnóstico, codiagnóstico y valoración de procesos asociados, e informar al paciente sobre el programa en el que se incluiría de acuerdo a sus demandas, características y edad. Es preciso evaluar la situación familiar, social y laboral y desarrollar las estrategias a seguir en cada caso.

## 2.5 Abordaje psicoterapéutico

El objetivo del tratamiento psicológico es ayudar al paciente a vivir lo más cómodamente posible en los nuevos roles y con un cuerpo de sexo determinado. El psicólogo / psiquiatra especializado actúa como apoyo para el paciente y su familia a lo largo de todo el proceso, incluido el periodo posquirúrgico. El seguimiento a largo plazo se asocia con la obtención de buenos resultados. El abordaje psicoterapéutico incluye la información sobre el proceso y las distintas opciones terapéuticas: psicoterapia según necesidades empleando las técnicas precisas en cada caso, y apoyo durante el test de la vida real. La Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin define el test de la vida real como el “acto por el cual la persona se adapta plenamente a un rol nuevo o evolutivo de identidad sexual ante los acontecimientos y circunstancias de la vida cotidiana”.

## 2.6 Tratamiento y seguimiento endocrinológico

El tratamiento hormonal comienza tras el diagnóstico de transexualidad y la valoración clínica del paciente ya que determinadas situaciones contraindican el tratamiento con esteroides. Un primer objetivo del tratamiento hormonal es eliminar los caracteres sexuales originales aunque la supresión tiende a ser incompleta. Un segundo objetivo es inducir los caracteres sexuales del sexo sentido. Mientras en la mayoría de los transexuales Mujer a Hombre (M-a-H) los andrógenos pueden producir un completo y llamativo desarrollo masculino, el efecto del tratamiento en transexuales Hombre a Mujer (H-a-M) puede ser claramente insatisfactorio en cuanto a la reducción de la barba e inducción del desarrollo mamario.

Existen diferentes esteroides sexuales sintéticos y semisintéticos disponibles para el tratamiento hormonal en transexuales. No se ha demostrado que unas drogas sean más eficaces que otras, dependiendo su elección de la disponibilidad, tradición local, efectos adversos, vía de administración y coste.. Los primeros efectos del tratamiento hormonal empiezan a aparecer ya a las 6-8 semanas: cambios de la voz en transexuales M-a-H y desarrollo de nódulos mamarios dolorosos en transexuales H-a-M. Los cambios pueden completarse entre 6 y 24 meses y el crecimiento del vello facial puede llevar 4 a 5 años. En la actualidad no está aprobada la terapia hormonal para el tratamiento de la transexualidad por lo que, de acuerdo con la legislación vigente, puede realizarse por la vía del uso compasivo. El seguimiento del paciente y la valoración de las posibles complicaciones resultan fundamental para la buena marcha del proceso. La automedicación, común en estos pacientes, aumenta significativamente el riesgo de complicaciones. Antes de iniciar el tratamiento hormonal es preciso informar sobre los beneficios y riesgos asociados al tratamiento, siendo fundamental el consentimiento informado del paciente.

## 2.7 Tratamiento quirúrgico

Actualmente existen protocolos de intervención quirúrgica para transexuales H-a-M y M-a-H. No es objeto de esta ponencia incluir una descripción detallada de las técnicas quirúrgicas. Antes de llevar a cabo el tratamiento quirúrgico de reasignación de sexo es preciso contar con un informe independiente elaborado por un profesional de salud mental

ajeno al equipo que ha asistido al paciente. Se valorará la posible supresión del tratamiento estrogénico 10 o 15 días antes de la intervención en los casos de riesgo tromboembólico. El Consentimiento Informado resulta fundamental, debiéndose informar al paciente sobre las diversas técnicas quirúrgicas y las posibles complicaciones.

La intervención de reasignación del sexo en transexuales H-a-M se denomina genitoplastia feminizante. Se realiza en una etapa y en ella debe participar un cirujano plástico y un cirujano general. Otras intervenciones quirúrgicas, genitales y no genitales incluyen la tirocondroplastia reductiva, para reducir el cartílago tiroideos, vulvocomisuroplastias ventral o dorsal, cirugías urológicas secundarias: estenosis-fístulas uretrales, corrección de fístulas rectovaginales potenciales y mamoplastias de aumento en caso de resistencia hormonal. La cirugía de reasignación del sexo en transexuales M-a-H se denomina genitoplastia masculinizante. Se realiza en varias etapas y en ella debe participar un cirujano plástico, un cirujano general, un ginecólogo y un urólogo. Otras intervenciones quirúrgicas se relacionan con el tratamiento de fístulas uretrocutáneas y secuelas secundarias de mastectomía. En general, los resultados son más satisfactorios para los transexuales H-a-M que para los transexuales M-a-H.

## 2.8 Fundamentos éticos

Desde el punto de vista ético al abordar el problema de los TIG es preciso valorar los derechos de los individuos teniendo en cuenta los siguientes aspectos: a) se hace evidente que el reconocimiento de la capacidad de decisión del individuo en los cuidados de salud no significa que se vaya contra el principio de "indisponibilidad del cuerpo propio" en relación con su comercialización o con acciones contrarias a la dignidad; b) es preciso tener en cuenta los daños que se pueden producir en los individuos que sufren este trastorno: falta de integración, insatisfacción o marginación; es decir una muy baja calidad de vida, que podría tener consecuencias irreversibles como profundas alteraciones psíquicas o, incluso, el suicidio. Además existen los riesgos relacionados con el autotratamiento y sus repercusiones sociales, médicas y económicas. Por otra parte es importante examinar las repercusiones sobre la colectividad que, en principio, parecen ser limitadas en el orden económico. El número de pacientes es bastante reducido, por lo que los costes podrían llegar a ser asu-

midos. Otros costes relativos al orden social deberán ser valorados caso por caso, en función del contexto personal, familiar y global.

## 2.9 Aspectos legales

El Tribunal Supremo admite que un transexual obtenga la rectificación de la mención de sexo en su inscripción de nacimiento del Registro Civil y el consiguiente cambio de nombre, y viene declarando que el matrimonio contraído por el transexual con una persona de su mismo sexo cromosómico es nulo. No obstante, actualmente se han producido cambios en relación con la legalidad del matrimonio entre personas del mismo sexo. Para el Tribunal Supremo la transexualidad (se asume varón) se define como “una operación quirúrgica que ha dado como resultado una morfología sexual artificial de órganos externos e internos practicables similares a los del sexo femenino, unidos a otros caracteres, tales como el irresistible sentimiento de pertenencia al sexo contrario, rechazo del propio y deseo obsesivo de cambiar la morfología sexual”. En definitiva, no da preponderancia al componente psicológico sino al criterio cromosómico.

En relación con aspectos legales específicos, es preciso resaltar la importancia del consentimiento informado que debe ser expreso y escrito dada la trascendencia de la intervención. Igualmente, hay que tener en cuenta que en el tratamiento hormonal se utilizan fármacos legalmente autorizados para otros fines. La vía del uso compasivo permite utilizar tratamientos registrados en España en condiciones distintas de las autorizadas, aunque es necesaria la autorización de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

## 2.10 Conclusiones y Recomendaciones

A la vista de los apartados señalados anteriormente, el informe elaborado por el panel de expertos recoge las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- Los TIG constituyen una entidad bien establecida. Existe amplio consenso respecto a los criterios diagnósticos DSM-IV, CIE-10.
- La falta de conocimientos sobre la etiología de la transexualidad hace que el único tratamiento sea rehabilitador adecuando el fenotipo de la persona al sexo al que se siente pertenecer.

- A la luz de consideraciones médicas, sociales, éticas, legales y económicas, el panel considera que existe fundamento para la potencial incorporación de la prestación al sistema sanitario público.
- Se debería establecer un protocolo de actuación mediante el que se ofrezca apoyo y tratamiento integral al paciente durante todo el proceso.
- El abordaje de los TIG debería ser llevado por un equipo multidisciplinar especializado que trabaje coordinadamente.
- El diagnóstico y seguimiento psicoterapéutico son esenciales en los TIG y existe consenso respecto al protocolo de actuación.
- El tratamiento hormonal desempeña un papel fundamental, y bajo control médico ofrece buenos resultados y riesgos controlados.
- El tratamiento quirúrgico dispone de protocolos de intervención bien establecidos que permiten lograr resultados correctos.
- Es preciso coordinar actuaciones que garanticen el respeto a la intimidad, la confidencialidad, y la consistencia en la utilización de la nueva identidad del paciente durante todo el proceso.
- Se deberían tener en cuenta los aspectos sociales más globales para la correcta integración del paciente.
- Se debería establecer un comité nacional para homogeneizar la adecuada atención de estos pacientes y asegurar la equidad en el SNS.
- Se recomienda el seguimiento, evaluación de resultados, e investigación sobre los TIG.

### 3. Situación de la prestación sanitaria

El informe del panel de expertos sobre TIG fue presentado en la Subcomisión de Prestaciones y Calidad del CISNS el día 9 de abril de 2002. El informe fue bien acogido desde el punto de vista técnico, valorándose su contenido y rigor. En la Subcomisión se acordó que cada CA remitiera su criterio sobre la financiación o no del procedimiento (modificación del RD 63/95), los recursos disponibles para su realización, y su disposición a aceptar pacientes de otras CCAA. En la reunión de la

Subcomisión de Prestaciones y Calidad del día 17 de junio de 2002 Andalucía, única CA que incluye entre sus prestaciones la cirugía de reasignación de sexo, mantiene su apoyo a la inclusión de la prestación en el SNS. Extremadura se muestra, igualmente, a favor de la financiación de la prestación, mientras que otras CCAA no consideran el tema de máxima prioridad. La posible inclusión de la prestación queda aplazada, acordándose que por el momento las CCAA que decidan llevar a cabo la cirugía de reasignación de sexo lo harán como prestación adicional con cargo a sus propios fondos.

#### 4. Bibliografía

Abraham G y Peregrini C. Aspetti etici e psicologici del transessualismo. Arch It Urol, 1990; 62: 75-77.

Asscheman H, Gooren L. "Gender Dysphoria: Interdisciplinary approaches in clinical management". In: Bockting W, Coleman E. (Eds). New York : Haworth Press, 1992.

AETSA. Trastornos de Identidad de Género en Andalucía. Informe del Grupo de Trabajo Andaluz sobre Trastornos de Identidad de Género. Edit.: AETSA, Consejería de Salud, Junta Andalucía, 1999.

Baena V, Martín A, Esteva I, Giraldo F, Bergero T. Cirugía de reasignación de sexo y ética (trabajo en mimeo).

Barragán F. "La educación sexual". Guía teórica y práctica. Ediciones Paidós. Barcelona 1994.

Becker S, Bosinski HAG, Clement U et al. German standards for the treatment and diagnostic assesment of transsexuals. IJT, 1998; 2(4).

Belloch A, Sandín B, Ramos F. "Manual de Psicopatología". Vol. I y II. Edit. McGraw-Hill Interamericana de España, S.A. 1995.

Bergero T, Giraldo F, Esteva I, Cano G, Alvarez P et al. Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). Cir Plast Iberolatín 2001 ; Vol. 27(4) : 263-272.

Blanchard R, Steiner BW. Clinical Management of Gender Identity Disorders in Children and Adults. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1990.

Bodlund O, Armelius K. Self-image and personality traits in gender identity disorders: an empirical study. *J Sex Marital Ther*, 1994; 20:303.

Bradley S, and Zucker K. "Gender Identity Disorders: A review of the past 10 years. *J. Am. Coll. Child Adolescent Psychiatry*, 1997; 36:872.

Carboles JA. "Terapia sexual". Fundación Universidad Empresa. Madrid, 1998.

Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav*, 1997; 26:13.

Esteva I, Bergero T, Giraldo F, Cano G, Ruiz de Adana S, Crespillo C, C-Soriguer F. Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía. Experiencia del primer año de funcionamiento. *Endocrinología* (aceptado y en prensa).

Fabris B, Trombetta C, Belgrano E. Transessualismo: identificazione di un percorso diagnostico e terapeutico. Belgrano, Fabris, Trombetta (Eds). Milano: Kurtis editrice, 1999.

Forest, M.G. Etiopathogenesis, classification, investigations and diagnosis in intersex disorders. *Indian J Pediatr*, 1992; 59: 475-485.

Giraldo F, González C, Soriguer FC, y cols. Genitoplastia feminizante en un transexual hombre a mujer y reconstrucción neovaginal completa mediante colgajos de pedículo neurovascular perineal superficial. *Cir Plast Iberolatín*, 1998; 24:267.

Giraldo F. "Vulvoperineal Fasciocutaneous Flap for Vaginal Reconstruction". In: Strauch B., Vasconez L.O., and Hall-Findlay E.J. (Eds), *Grabb's Encyclopedia of Flaps*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott-Raven., 1998;1461.

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) sobre los Trastornos de Identidad de Género. "Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de identidad de género", 2001.

Gordon EB. Transexual Healing: Medical Funding of Sex Reassignment Surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 1991; 20, 1: 61-74.

Hage JJ, Bouman FG, Bloem JJAM. Constructing a scrotum in female-to-male transsexuals. *Plast Reconstr Surg*, 1993; 91:914.

Hage JJ. Metaidoplasty: an alternative phalloplasty technique in transsexuals. *Plast Reconstr Surg*, 1996; 97:161.

Hage JJ. "Vaginoplasty in male to female transsexuals by inversion of penile and scrotal skin". In: Ehrlich RM, Alter GJ eds, *Reconstructive and Plastic Surgery of the External Genitalia*. Philadelphia: WB Saunders Co., 1999; 294.

Hottois G. "Transexualisme" en: *Nouvelle encyclopédie de bioéthique* Hottois, G. y Missa, J. N. (eds), Bruxelles, DeBoeck Université, 2001; 848-849.

Howe EG. Intersexuality: What Should Careproviders Do Now. *The Journal of Clinical Ethics*, 1998; 9, 4, 337-339.

Lips P, Van Kesteren P, Asscheman H, et al. The effect of androgen treatment on bone metabolism in female to male transsexuals. *J. Bone Miner Res*, 1996; 11:1769.

Lundström B and Wälinder J. Evaluation of candidates for sex reassignment". *Nord Psykiatr Tidsskr*, 1985; 39:225.

Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). *Cirugía de cambio de sexo*. Actualización. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, 2001.

Murphy TF. "Gender Identity and Gender Identity Disorders", en: *Bioethics: Sex, Genetics and Human Reproduction*. Macmillan Compendium, New York, Macmillan Library Reference USA, Simon & Schuster Macmillan. 1997; 369-374.

Moriarty HJ, Thiagalingam A, and Hill PD. Audit of service to a minority client group: male to female transsexuals. *International Journal of STD and AIDS*, 1998; 9:238.

Navarro Góngora J, Beyeback M. "Avances en terapia familiar". Barcelona. Paidós. 1995.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación internacional de las enfermedades*, 10ª Ed. Madrid. Meditor.

Roberts JE, Gotlib IH. Lifetime episodes of dysphoria: gender, early childhood loss and personality. *Brit J Clin Psychol*, 1997; 36:195.

Sluzki C. "La red social: frontera de la práctica sistémica". Edit Gedisa. Barcelona 1996.

Spiers J. Who owns our Bodies? Making moral choices in health care, Oxford and New York, Radcliffe Medical Press. 1997.

Standards of Care of The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. 2001. 6ª edición.

Van Kesteren P, Asscheman H, Megens J, Gooren L. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. Clin Endocrinol, 1997; 47:337.

Walker AM, Walker JL, Adams S, Shi E, McGlynn M, & Verge CF. True hermaphroditism. J Paediatric Child Health, 2000; 36: 69-73.

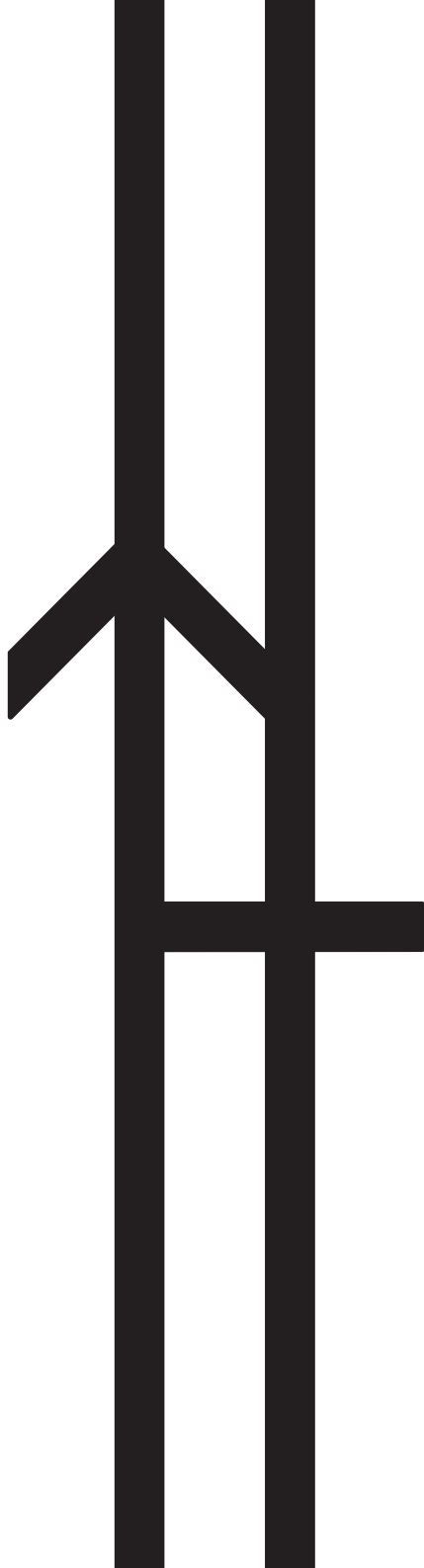
Zucker KJ. Intersexuality and gender identity differentia Zucker KJ. Intersexuality and gender identity differentiation. Annu Rev Sex Res, 1999; 10:1-69.

Setefilla Luengo Matos

Instituto de Salud Carlos III

Email: sluengo@isciii.es





**Las transexualidades desde una perspectiva  
de salud pública: Unidad interdisciplinar  
de género**

## LA(S) TRANSEXUALIDAD(ES) DESDE UNA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA: UNIDAD INTERDISCIPLINAR DE GÉNERO

Vicent Bataller i Perelló. Sexólogo. Doctor en Medicina Psicoterapeuta de Orientación Psicoanalítica. Miembro del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica

### Resumen

La(s) identidad (s) transexual (es) son todavía un campo donde la sexología clínica, la psiquiatría, la psicología las engloban dentro de los llamados Trastornos de la Identidad Sexual (TIS), con un abordaje distinto y específico para ésta (s). Desde 1975 ha sido recogida en las clasificaciones internacionales de enfermedades (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders e Internacional Clasification of Diseases). Desde hace más de una década profesionales de la salud y las ciencias sociales en España estamos abordando la transexualidad desde una perspectiva integral y no per se patológica. Se expone en la ponencia mi experiencia clínica en transexualidad desde la sexología y la escucha activa en psicoterapia psicodinámica. Así mismo en las referencias bibliográficas cito mis principales trabajos y aportaciones a congresos, Cursos, conferencias sobre transexualidad y la de otros/as autores/as que estamos por la revisión de las clasificaciones psicopatológicas acerca de la(s) identidad (es) transexual (es)

### Las Transexualidades desde una perspectiva de Salud Pública: Unidad Interdisciplinar de Género

La(s) identidad (s) transexual (es) son todavía un campo de la sexología clínica, la psiquiatría, la psicología las engloban dentro de los llamados Trastornos de la Identidad Sexual (TIS), con un abordaje distinto y específico para ésta (s). Durante mucho tiempo ha habido y sigue habiendo confusión entre diferentes variables de expresión de los deseos sexuales y la psicopatología tales como el travestismo, la homosexualidad y los estados intersexuales patológicos. Desde 1975 ha sido recogida en las clasificaciones

nes internacionales de enfermedades (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders e Internacional Clasification of Diseases).

Muchas de éstas situaciones han variado desde que en 1966 el sexólogo Estadounidense Harry Benjamín recopiló todas sus consideraciones con respecto a la transexualidad su libro “The Transexual Phenomenon”, dando resultados sobre las intervenciones médicas y sentando las bases psicopatológicas que se le asignaron a la transexualidad ya hace mucho tiempo.

La (s) identidad (es) transexual (es) son motivo de estudio desde hace tiempo en España pero no de forma interdisciplinar e integral y desde la Sanidad Pública, si no solucionando desde el ejercicio de la medicina privada fundamentalmente, sobre todo por los andrólogos/as y los/as Cirujanos/as plásticos. Los sexólogos/as clínicos hemos tenido interés por las identidades sexuales, de forma minoritaria, fruto de ello han sido los diferentes cursos que se han realizado. Mi experiencia clínica en transexualidad es desde 1995 (1)\*, y se está en condiciones de poder analizar desde una perspectiva actual, como se vive la transexualidad masculina y femenina en nuestro País y revisar los protocolos diagnósticos en base a nuestra experiencia, cuestionando y proponiendo alternativas a lo publicado por los autores clásicos que han estudiado el fenómeno transexual.

En España en Noviembre de 1998 (3) se constituyó un grupo de trabajo en la Consejería de Salud, con el objetivo de analizar la realidad transexual en la Comunidad Autónoma Andaluza, y se hace como respuesta al mandato de la Ley de Salud de Andalucía respecto a la evaluación de nuevas prestaciones. Desde 1999 se aprueba en Parlamento de Andalucía una proposición no de Ley relativa a la inclusión de las prestaciones del Sistema Sanitario Público de Andaluz del Proceso de reasignación de sexo de las personas transexuales masculinas y femeninas (CRS), y medidas de acompañamiento para la normalización social de las mismas, en la que se insta al Consejo de Gobierno a adoptar medidas en ese sentido.

Por otra parte, La Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/98) incluye en su artículo 4 dice:

1.- Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, serán como mínimo, las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.

2.- La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que superen las establecidas en el apartado anterior, será objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público, y llevará asociada la correspondiente financiación.

A Nivel Estatal sigue sin haber una Ley Sobre La Identidad Sexual (Desde el año 2000 el P.P. ha desestimado las propuestas del PSOE e Izquierda Unida y sigue sin haber todavía, un equipo de expertos/as que pueda valorar y redactar un Informe Técnico sobre la realidad Transexual y poder establecer los Centros de Referencia, La creación de las UIG en las CCAA, etc.

Se sigue atribuyendo de forma general a la transexualidad un estatus de psicopatología per se en todos los procesos de identidad(es) sexual(es). Es hora de entender la multidisciplinaridad en el abordaje de las demandas por parte de las personas, de su conflicto en la orientación o identidad sexual, sin ser ya más estigmatizados de lo que la educación, las relaciones sociales les han hecho vivir e integrar. Aceptar el rol del sexólogo o sexóloga por parte de los profesionales de la educación y la salud, redundaría sin duda en una mayor salud sexual (OMS, 1974; Declaración de Valencia o Declaración Universal de los Derechos Sexuales, València, 1997; ratificada y aprobada por la WAS (World Association for Sexology), en Hong Kong, 1999), de todas las personas, también de los y las transexuales, y por tanto consigamos uno de los objetivos básicos de la salud: “sentirse y vivirse bien” para todos y todas.

El discurso tiene que ser protagonizado por el yo de la persona que demanda una escucha a su problemática, no podemos etiquetarlos si cumplen o no los criterios clínicos de los manuales de estudio sin más (DSM-IV, CIE 10, Manual de terapia sexual), y hacer un informe, positivo para la cirugía de genitales o CRS (Cirugía de Reasignación Sexual), sino que la terapia tiene como objetivo no “corregir” o “normalizar” al transexual, gay o lesbiana, sino tener al otro como protagonista, de su ciclo vital y ver que hay detrás de una demanda problemática en la vivencia de una orientación o identidad sexual. Sólo con paciencia, buena predisposición a la escucha y a la empatía, podremos entender cuál es el malestar de las personas con identidad sexual cruzada o cualquier otra demanda que nos formulen en la práctica diaria de nuestra profesión de sexólogos y sexólogas clínicos o psicoterapeutas.

Para Mercedes García, (2) doctora en psicología y sexóloga, “la transexualidad no se refiere a estados intersexuales sino a un elemento fundamental y vertebrador de la persona que es su 'identidad sexual', su sentido de pertenencia a un sexo que no concuerda con su sexo biológico, que centra su discordancia entra la identidad sexual y el cuerpo sexuado”.” La transexualidad es un problema de corporalidad, no de identidad sexual. El principal problema es sentirse sin percibirse, sentirse de una manera distinta a la que uno se percibe”.

Sentir o vivirse como hombre o mujer es un fenómeno complejo, tanto para las personas que viven o no esa discordancia. La identidad sexual es un elemento central del hecho sexual humano y de la sexología.

La transexualidad es un conflicto que gira en torno a la noción de identidad sexual, en el sentido de no sentirse a gusto ni identificado con su propia sexualidad masculina o femenina. Consiste en una idea distorsionada y que no corresponde con ser sexuado entero.

La expresión popular de “un hombre en cuerpo de mujer o viceversa” resulta muy gráfica pero reduce el concepto de sexualidad al de sexo, y éste a algunos de sus aspectos como son los órganos genitales. La desventaja es la pérdida de la densidad explicativa de los conceptos.

La sexualidad es estructurante del carácter e inherente al hecho de ser persona. La sexología clínica, incluyendo a los profesionales sexólogos y sexólogas de que dispone el Sistema Público en España, deberían reciclarse, formándose en cuestiones sobre orientación e identidad sexual, para evitar los elementos transfóbicos y homófonos que existen entorno a la identidad y orientación sexual, en muchos profesionales de la salud todavía. Así mismo, se puede reciclar a los diferentes especialistas, dar cursos de formación continua en sexología clínica, tal y como se hace en otras especialidades médicas, dado que el fenómeno de la transexualidad es muy complejo.

La Sexología y los Sexólogos y las Sexólogas son los profesionales sanitarios que, según las necesidades, tienen que coordinar y resolver la problemática que surja todavía por vivirse o sentirse diferente (transexual, transvestido, querr, etcétera), por sus actividades sexuales o por su orientación sexual (gays y lesbianas, bisexuales, etcétera) y que puedan ser

tratadas desde la Sanidad Pública sus demandas de Salud Sexual, como se hace desde hace un montón de años en otros países que son de nuestro entorno cultural y económico.

La Sexología Española tiene excelentes profesionales Para mí, es indispensable que un sexólogo clínico o sexóloga clínica con experiencia acreditada en psicoterapia e identidad sexual pueda coordinar lo que supone un proceso transexualizador, siendo el director/a de la(s) Unidad(es) Interdisciplinar(es) de Género (UIG) que se creen. Esta unidad es autónoma en su funcionamiento e independiente de psiquiatría y mantiene la coordinación con todos y todas las y las profesionales que intervienen en el proceso transexualizador, (Bataller i Perelló, V. Revista BSTc Transexualidad, Ciencia y Política, Nº 2, Enero/febrero 2000).

Si realmente los profesionales de la salud desean promover la salud sexual de las personas a las que atienden, tendrían que adoptar una actitud objetiva y científica en cuanto a la sexualidad, que asegure la no imposición de sistemas de valores propios sobre las demás personas, dado que jamás se podrá establecer que las normas o valores propios son los de máxima universalidad: de modo que, para mí, la premisa primordial sería la escucha y el respeto ante la sexualidad y los comportamientos sexuales de los y las consultantes.

A mi entender, después de casi 20 años de ejercicio como Sexólogo y psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, la formación en sexología clínica requiere algo más que simples conocimientos, es imprescindible una formación importante en psicoterapia y en conocimientos sobre las actitudes y los sentimientos de las personas. También me gustaría indicar que los sexólogos y las sexólogas que quieran ejercer como psicoterapeutas y tratar problemas sexuales, han de tener una formación específica en psicología y/o medicina y haber pasado un proceso terapéutico personal, al igual que tener una buena supervisión en casos clínicos de sexología.

El considerar “normal” y “natural” la heterosexualidad como única fuente de expresión sexual y seguir atribuyendo alteración de la salud mental por orientación e identidad sexual, es desconocer primero la realidad social de los llamados “heterosexuales”, sanos per se, y en segundo lugar, ignorar las investigaciones que desde los años 50 vienen aportando las

ciencias sociales y de la salud al estudio de la identidad, los roles de género, del comportamiento sexual y de la transexualidad: Evelyn Hooscher, (1954); J. Money, (1979,1984); Gooren L., (1986, 1991, 1987, 1988); J. Money, A. Ehrhardt, (1982); Juan Fernández, (1988, 1996, 2000); Duunk y van Driel, (1989); Rubin G., (1975, 1989); Oscar Guash, (1991, 2000); Blackwood, (1991); Mong J. Et al, (1996); Lourdes Méndez, (1993, 1995, 1999, 2000); Ricardo Llamas, (1995, 2000); Gooren L. J. G, (1986, 1991, 1998); Efigenio Amezcua, (1991, 2000, 2001); Bataller i Perelló, (1995, 1997, 1999, 2000, 2001); Olga Viñuales, (1999); José Antonio Nieto, (1993, 1998, 1999); Enrique Gil Calvo, (1995, 1997, 2000); Colette Chiland, (1999); Mercedes García, (2000); Antonio Becerra, (2000)<sup>1\*</sup>, Cristina Garaizabal, (2000); Megens Jos, (2000), y un largo etcétera.

Desde La FELGT hemos querido dar cabida a la realidad transexual, de hecho existe un área específica de Política Transexual, y que se coordina con el área de Salud Integral/vih sida, la cual coordino desde su constitución. Participamos en las reuniones de la ILGA EUROPA, con respecto a la transexualidad y en Foros, Jornadas, Conferencias, Congresos de sexología, dando cursos de formación, etc. Así mismo dentro de las propias organizaciones gltb que pertenecen a la FELGT ya tienen sus propios grupos de trabajo. El Grupo GIGT del Lambda València y el Colectivo DecideT de Alicante han editado sus propios folletos de difusión sobre la transexualidad. La AUEMS ha organizado 2 cursos de formación en la ULPGC sobre la transexualidad.

Fruto del trabajo del Área de Transexualidad de la FELGT, con otros siete colectivos de transexuales, reunidos en Salamanca en Mayo del 2004 y en Madrid el 19 Junio del 2004, ha nacido el documento que lleva por título: "Propuesta para la cobertura sanitaria pública del tratamiento clínico integral de reasignación del sexo", que fue entregado a las Secretarías de Estado de Justicia y Sanidad. (Octubre 2004).

Este documento (4) lo suscriben: Área de Política Transexual de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais y Transexuales FELGT ;Asociación Española de Transexuales-AET-Transexualia (Madrid, de ámbito Estatal); El hombre Transexual (Madrid, de ámbito Estatal); Colectivo de Gais Lesbianas, Transexuales y Bisexuales de León (COGALE); Grup de Transsexuals masculins (Barcelona); Así Somos (Valladolid); Col.lectiu

Lambda. Grup de Identitat de Gènere i Transsexualitat (València);Jereslesgay-área de transexualidad (Jérez de la Frontera) y el Colectivo de Transexualidad-Raras somos todas (Vigo), Así Somos de Valladolid; Asociación de Identidad de Género de Andalucía (Granada); Grupo Trans de Arcadia (Cádiz); Grupo de Transexualidad- Decide-T(Alicante) y Area de Transexualidad de Gamá (Las Palmas de Gran Canaria).

La ausencia de la sexología como disciplina científica de estudio en nuestra universidad, careciendo de la figura del sexólogo o sexóloga en sus diferentes áreas de intervención (educativa, asesoramiento sexual y terapia sexual), dificultan si cabe aún más la labor de dar carta de naturalidad, más allá de la función reproductiva y heterosexual, a las diferentes manifestaciones de la sexualidad humana. La sexología tiene cuerpo teórico y científico para aportar sus estudios y, así, eliminar en el entorno académico tantas falacias y errores científicos con respecto al hecho sexual humano, que se siguen transmitiendo, muchas veces por desconocimiento, y contribuyendo a perpetuar la homofobia y transfobia existentes en nuestra sociedad.

Es responsabilidad de la Administración pública garantizar la asistencia de la Salud Sexual de todas las personas de una manera digna, rigurosa y científica, tal como recoge la Carta de los Derechos Sexuales o La Declaración de València, que surgió en el XIII Congreso Mundial de Sexología en València en 1997 y fue ratificado por la W.A.S. (Wordl Association For Sexology en Hong Kong en 1999), en base a la definición de Salud Sexual de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1974).

### Referencias bibliográficas

BATALLER i PERELLÓ, V., “Educación Sexual: Estudio de la sexualidad de los Jóvenes de la Comunidad Valenciana en Base a un Servicio Público de información Sexual”. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia, E.G, València, 1995.

BATALLER i PERELLÓ, V., “Transexualismo masculino: dos casos clínicos”, XIII Congreso Mundial de Sexología, València 1997.

BATALLER i PERELLÓ, V., “El proceso transexualizador desde la Sexología Clínica”, 1ª Jornadas sobre Transexualidad, Gran Canaria, 2000.

BATALLER i PERELLÓ, V., “Transexualidad: vicisitudes en la construcción del género”. VI Congreso de Sexología, A.E.P.S., Gijón, 2000.

BATALLER i PERELLÓ, V., “La escucha y el proceso analítico en las identidades sexuales”, Seminario Identidad Sexual y Transexualidad, UIMP, Valencia, 24-28 septiembre 2001.

BATALLER i PERELLÓ, V., “Homofobia y Transfobia”, Politeia Joven, Consejo Juventud de España, Daimiel. 2001.

BATALLER i PERELLÓ, V., “Identity and Transsexuality”. XV Congreso Mundial Sexología, París, 2001.

BATALLER i PERELLÓ, V. 16TH World Congress of Sexology .Simposio. Problemas Controversiales en Transexualidad. Presidente Milton Diamond. “Estudio Integral sobre transexualidad:1997-2002.Palacio de convenciones de La Habana, Cuba. ”.Marzo 10-14, 2003

BATALLER i PERELLÓ, V., VIII Congreso Español de Sexología. II Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología. Santander 3-6 de junio 2004.Declarado de Interés Científico Sanitario por el Gobierno de Cantabria. Ponente en el Simposio Orientación E Identidad Sexual. Nuevas experiencias en educación sexual a través de la formación de activistas gays, lesbianas, transexuales y bisexuales mediante la escuela de Formación de la FELGT.

BATALLER I PERELLÓ, V. II Jornadas Sobre Orientación e Identidad de Género. DecideT-La Transexualidad desde el punto de vista Sexológico .Universidad de Alicante del 5 al 12 de Noviembre de 2004. Alicante, 9 de Noviembre 2004.

Gisbert Grifo. MS1, Bataller i Perelló V 2, Gisbert Grifo S3.. EL Transexual y La Nueva Ley de enjuiciamiento Civil

1.- Profesora Titular. UD de Medicina Legal. Facultat de Medicina y Odontologia. Universitat de València EG

2.- Doctor en Medicina. Sexólogo Clínico

3.- Fiscal del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana.

1\*\* BECERRA-FERNADEZ, A. Transexualidad. La Búsqueda de una Identidad..Ediciones Díaz de Santos. Madrid,2003.

(2) VI Congreso de Sexología. Identidades Sexuales. Líneas de Trabajo en Sexología. Gijón del 19 al 21 de mayo 2000.

(3) Problemática de salud ligada a los trastornos de identidad de género en Andalucía. Posibilidades de abordaje e inclusión entre las prestaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Informe Final del Grupo de Trabajo Andaluz sobre Trastornos de Identidad de Género. Sevilla, Julio 1999.

(4) Propuesta para la cobertura sanitaria pública del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo. Madrid, 27 de Julio 2003.

(5) Declaración Universal de los Derechos Sexuales o Declaración de València. València 1997.Hong Kong 1999.

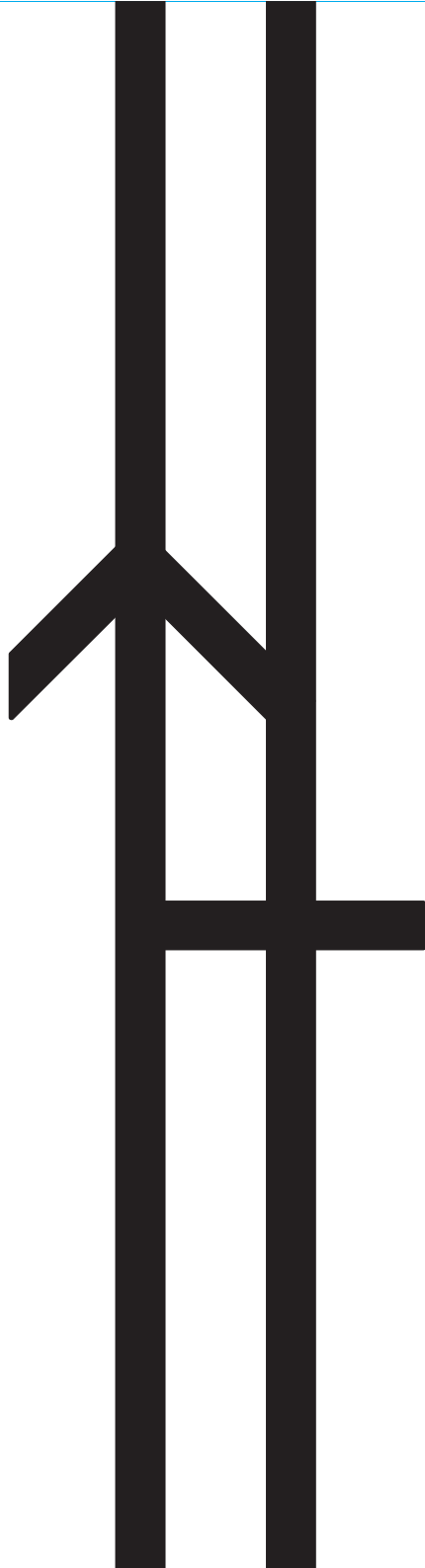
[Dr. Vicent Bataller i Perelló](#)

Sexólogo. Doctor en Medicina Psicoterapeuta de Orientación Psicoanalítica.

Tfno: 96374 63 88

[vicentebataller@ono.com](mailto:vicentebataller@ono.com)





¿Qué me pasa doctor?

## ¿QUÉ ME PASA DOCTOR?

Olga Cambasani. Fundación para la Identidad de Género.

### Resumen

Las autoridades sanitarias siguen haciendo oídos sordos a las necesidades de las personas transexuales e intersexuales. Todos los estudios que se han hecho sobre la población transexual e intersexual española, que son varios y todos ellos profundos, extensos y detallados, deberían estar encima de sus mesas para ayudarles a tomar las medidas directas y urgentes que necesita un importante grupo de pacientes.

La única posibilidad de desbloquear la situación actual es la de proceder como en otros países más avanzados: constituir grupos de trabajo multidisciplinarios y empezar a desarrollar unas soluciones mucho más baratas y sencillas de lo que algunos pretenden hacer creer. La eficacia de una atención especializada no depende de opiniones ni de posicionamientos políticos, sino únicamente de que esté bien documentada y actualizada, y de que sea ejercida por profesionales preparados y competentes, cuya única preocupación sea la salud integral de las personas interesadas.

### ¿Qué me pasa doctor?

#### A. ¿Me pasa sólo a mí?

Desde luego, no eres un caso único, ni mucho menos. En España, somos casi 3.000 personas transexuales. Esto confirma las cifras de otras investigaciones, pero lo más importante es el número de personas transexuales que probablemente irán saliendo a la luz en los próximos 25 años. Podríamos aumentar hasta 30.000 en el año 2030. Aunque pueda parecer una cifra muy alta comparada con los casos actualmente tratados en el mundo, en realidad no lo es tanto.

La evolución de los casos en cada país depende de las facilidades que los afectados tengan para su tratamiento, y de la aceptación socio-laboral que reciban.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, la transexualidad afecta a 1 de cada 30.000 nacidos varones, y a 1 de cada 100.000 nacidas mujeres. Según los datos holandeses de 1980, uno de cada 11.900 nacidos varones y una de cada 30.400 nacidas mujeres, sería transexual.

En los Estados Unidos, se realizó una encuesta entre cirujanos dedicados a reasignación de género en los 20 últimos años. Suponemos que quienes se han sometido en ese período a la intervención tenían entre 18 y 60 años. Los norteamericanos nacidos varones que tenían esa edad son 80 millones. Dividiendo esa cifra entre el número de CRS realizadas, 32.000, llegamos a la siguiente conclusión:

1 de cada 2.500 nacidos varones en los Estados Unidos, se ha sometido a una intervención de cirugía de reasignación sexual.

Es obvio que las cifras que dicen que 1 de cada 11.900 nacidos varones es transexual, y más aún la anterior de 1 de cada 30.000, son sencillamente irreales. Probablemente, la prevalencia de la transexualidad femenina en los Estados Unidos se sitúe hoy en día en 1 de cada 1.000 nacidos varones, y si se mantiene la proporción, 1 de cada 3.000 nacidas mujeres.

Sin duda, nos llevan unos años de ventaja (digamos que unos 25), pero si aplicamos esas cifras a la población española, en unos años tendremos más de 30.000 afectados por Disforia de Género. Hoy no llegamos a ese número, pero pronto lo superaremos, lo que nos convierte en un grupo a tener en cuenta.

Además, la cifra de intersexuales actualmente en España asciende a aproximadamente 45.000 (1 de cada 1.000 nacimientos). Considerando la evidente afinidad entre intersexualidad y transexualidad (ya suficientemente establecida), la cifra de 30.000 transexuales no resulta exagerada.

## B. ¿Por qué me pasa?

La historia nos demuestra que el fenómeno de la transexualidad venía siendo aceptado de modo natural hasta hace poco. Nadie intentaba buscarle una causa. A lo largo de los últimos años, se ha abordado el tema desde varias hipótesis. Algunos le asignan causas puramente psicológicas, otros acuden a la genética para poder explicar lo que no comprenden demasiado bien...

Generalmente, se asigna a la criatura recién nacida el sexo que más se parece a sus genitales externos, porque así "las intenciones" de la naturaleza son respetadas.

Durante los últimos 60 - 70 años, se ha ido conociendo mejor el proceso de diferenciación sexual. En cada fase crítica de ese proceso, el organismo en vías de desarrollo tiene la potencialidad de diferenciarse a lo largo de dos líneas, macho o hembra. El patrón normal de desarrollo es que, sobre la base de la información genética del cromosoma Y, la gónada de doble potencial, todavía sin diferenciar, se convierte en testículo.

Pero la naturaleza tiene variaciones. En bastantes nacimientos, no todas las fases en el proceso de diferenciación han sido consistentes. La producción patológica de hormonas masculinas en el feto hembra o la insensibilidad a las hormonas masculinas en el feto masculino pueden llevar a la formación de unos genitales externos que "contradigan" el patrón cromosómico, o la gónada. Un ejemplo clásico es el llamado síndrome de insensibilidad a los andrógenos. Así, un feto XY, con testículos y testosterona, desarrolla genitales externos femeninos. (Un caso conocido es la actriz Jaime Lee Curtis, de cuya condición de mujer nadie duda).

La asignación de sexo y su crianza se produce como si el niño fuera niña. Estos sujetos desarrollan el estado psicosexual de una niña y después una vida de mujer, que puede contraer matrimonio sin problemas. Son incapaces de procrear, pero pueden ser madres adoptivas. Sería cruel negar a estas personas, su derecho a vivir como mujeres, esposas y madres porque, según su genotipo, son varones. Sin embargo, tienen elementos masculinos hasta que estemos dispuestos a revisar algunos de nuestros dogmas sobre la condición de hombre o mujer.

En el transexualismo, la identidad / rol de género de un sexo coexiste, en una misma persona, con las características primarias y secundarias del otro sexo. Los transexuales viven permanentemente en esta situación de sentir que su cuerpo físico niega quiénes son.

En las últimas décadas, ha habido alegatos a favor de la androginia. Sus defensores presuponen que una mayor aceptación de los roles sexuales resolvería el problema transexual. Aquéllos que tratan con transexuales saben que éste no es el caso.

La información sobre la diferenciación sexual del cerebro también es muy relevante. Si aceptamos que el cerebro de los mamíferos se diferencia en el proceso que nos convierte en hombres o mujeres, el transexualismo sólo es un trastorno en esa diferenciación.

Un estudio del Instituto Holandés de Investigación Cerebral con cerebros de transexuales de hombre a mujer demostró que uno de los núcleos cerebrales -el núcleo central de la estría terminalis- presenta las características de una diferenciación femenina. Esta investigación fue posteriormente confirmada en estudios más amplios. Este índice biológico de diferenciación sexual del cerebro representa un punto crucial en el abordaje del transexualismo.

Primero: los transexuales podrían ser "rehabilitados", pasando de perturbados mentales a víctimas de un trastorno en la diferenciación sexual.

Segundo, los seguros médicos podrían ser (legalmente) obligados a cubrir los costos de la reasignación de sexo, como en casos de intersexualidad.

Tercero, se podría exigir al sistema legal que tratase a los transexuales de forma análoga a los intersexuales.

Por último, el público podría cambiar su actitud hacia la transexualidad.

Según estas definiciones biológicas, los transexuales son incómodos para la biomedicina. Su deseo de someterse a una reasignación de género resulta ridículo, porque son "hombres y mujeres sanos", contrariamente a los intersexuales. ¿No será que nuestras definiciones del sexo, o mejor dicho de la condición de hombre y mujer, son incompletas o deficientes?

No hay motivos para que las autoridades médicas y legales eludan la corrección y puesta al día de estas definiciones, sobre todo cuando nuestras anticuadas definiciones ocasionan sufrimientos a nuestros semejantes.

### C. ¿Tienen los médicos tanto interés por sus pacientes como por ellos mismos?

Parece que los médicos den la espalda a nuestra realidad. Incluyen la Disforia de Género en los catálogos de patologías, ¡presentándolo como un beneficio para nosotros! Eso garantiza nuestra atención sanitaria, pero como enfermos mentales.

Entre 1930 y 1960, estaba claro: las personas transexuales sufrían un estado físico congénito y, tras el tratamiento correspondiente, obtenían reconocimiento completo en su verdadero género y vivían una vida corriente.

Pero en 1967, mientras algunos países despenalizaban la homosexualidad, John Money anunció que había descubierto el determinante de nuestro sexo: ¿naturaleza o educación? Un niño, tras una desgraciada circuncisión, había sido reasignado como mujer, y educado como niña, sin decirle nada. Money anunció, después de un largo seguimiento, que la niña se había adaptado con éxito a su nuevo rol y que, por tanto, era la educación y no la naturaleza quien determinaba el sexo de las personas. ¡Increíble! ¡Con un único caso!

En 1973, la homosexualidad era eliminada del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-II), al tiempo que la transexualidad era incluida en el mismo. ¿Coincidencia?

En 1998, Milton Diamond descubrió el engaño de John Money: el niño reasignado como niña nunca había sido feliz como tal. Tan pronto como pudo, fue reasignado a su verdadera identidad masculina original. Las conclusiones de John Money se revelaron falsas, pero una generación de especialistas ya había sido mal encauzada. Toda una generación de pacientes transexuales había sido tratada de forma inadecuada e inhumana.

Durante años, una serie de nombres míticos en la historia de la transexualidad han sido intocables. Muchos transexuales sabían de ellos, pero pocos podían decir por qué eran tan populares. Money, Gooren, Blanchard, Anne Lawrence... Pero para ser un mito hace falta una base, y últimamente estamos presenciando la caída de algunos de ellos, al demostrarse que sólo eran unos arribistas que pretendían sacar tajada.

Un oscuro miembro de la Northwestern University, Michael Bailey, publicó su ridículo libro *The Man Who Would Be Queen*. Bajo un disfraz científico, vertía teorías caducas sobre la transexualidad. Bailey dividía a l@s transexuales en dos: l@s homosexuales, que comienzan jóvenes para conseguir encuentros sexuales con personas de su mismo sexo, y los autoginefílicos, que buscan el placer sexual privado contemplando sus cuerpos transformados. Bailey ha destruido su carrera a cambio de las

enormes ventas del libro, pero en su caída arrastra a dos nombres míticos más: Ray Blanchard y Anne Lawrence.

Ray Blanchard, director del programa de género del Instituto Clarke de Toronto (llamado irónicamente "Jurassic Clarke"), acuñó en 1989 el término autoginefilia, para sustituir al de travestismo fetichista. La división de l@s transexuales en los dos tipos que describe Bailey fue obra de Blanchard, que se limitó a explotar el tema desde su refugio canadiense. Sólo se trata de un charlatán que falseaba los resultados de sus pruebas y experimentos para confirmar sus ridículas teorías. Utilizaba a indigentes que se prestaban a cualquier prueba a cambio de alojamiento y comida.

Anne Lawrence contribuyó a la popularización Blanchard como autojustificación para su extravagante reasignación. En 1998 publicó su libro *Men Trapped in Men's Bodies*, que pretendía justificar la autoginefilia como el único camino hacia la transexualidad. Consiguió doctorarse, y así ingresó en la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association donde, junto a Blanchard, fracasó en hacer valer sus extrañas teorías. Blanchard llegó a exigir que se eliminase el test de la vida real, poniendo como ejemplo las dificultades que tuvo Anne Lawrence.

En Noviembre de 2003, Blanchard y Lawrence hicieron una vez más el ridículo defendiendo el libro de Bailey. Entonces Blanchard dimitió de la Harry Benjamin. Sin valedores y desenmascarada al fin, Anne Lawrence no tardará en hacerlo.

La comunidad transexual suele ser muy crédula. Cirujanos que se creen estrellas y sólo causan dolor para cargarse de fama y dinero... Endocrinólogos que actúan como representantes oficiales en organismos internacionales, con sólo algunas obviedades sobre tratamientos hormonales... Psiquiatras que establecen protocolos equivocando el orden de los procesos y oficializándolos para eludir su error... Abogados que ocultan información a sus clientes para complicar procesos que deberían ser simples y rápidos... Muchos desaprensivos revolotean alrededor de la comunidad para obtener beneficios personales sin aportar nada.

Es incoherente mantener la Disforia de Género en un catálogo de enfermedades mentales. Veamos los criterios para despatologizar la homosexualidad en 1973:

- El aspecto crucial es la consecuencia, no la etiología de una condición
- Un número significativo de sujetos
- Están satisfechos con su orientación sexual
- No muestran una psicopatología significativa
- Son funcionales social y ocupacionalmente
- La condición no cumple el criterio de malestar e incapacidad
- La condición no cumple el criterio de desventajas inherentes

Esta decisión es un hito significativo en los derechos del movimiento gay. No se explica por qué la Identidad de Género es tratada de modo diferente en el DSM, excepto por influencias políticas. ¿Acaso se exige a las personas intersexuales un certificado psiquiátrico para ser adecuadamente tratadas en cualquier sistema de salud?

#### D. La transexualidad como fenómeno humano. Orígenes.

La transexualidad no es un fenómeno del siglo XX, en contra de lo que dicen algunos. Los avances acaecidos a finales del segundo milenio han facilitado y acelerado su visibilidad, pero hay sobradas pruebas de que la permutación de los roles de género es tan antigua como la especie humana.

Las referencias más antiguas pertenecen al Neolítico (10.000 a.C.). En las sociedades cazadoras-recolectoras, los individuos intersexuales o que se identificaban con el otro sexo eran signo de buen augurio. Los Sioux los denominaban winkte y los Navajos nadlE. Los definían como personas que están entre medio. Para los pueblos de la selva peruana eran los hermanos de los dioses, intercesores de los espíritus. También se reseñan casos en África.

En las culturas de la antigüedad indo-europeas la manifestación transgénerica se concretaba en el ámbito religioso. Se captaban hombres para convertirlos en adeptos de una divinidad, se castraban en un ritual, se los vestía con ropas femeninas y se convertían en sacerdotisas de dicha divinidad. En la India actual, la figura de la hijra sigue existiendo.

Entre los Frigios, también existían mujeres transgénericas como sacerdotisas de Cibeles. Este último ejemplo tiene su origen en la mitología grie-

ga en la figura del mítico Atis, dios frigio de la vegetación. Atis se enamoró de una ninfa y Cibeles, celosa, lo volvió loco, y se emasculó.

A partir del siglo XVIII, los ejemplos de posible transexualidad se multiplican. En 1727 se publica en Francia la primera autobiografía póstuma de un hombre que se travestía de mujer, el Abad de Choisy. El caballero de Eón fue condenado por Luis XVI a vestirse de mujer el resto de su vida. Durante el siglo XIX, se empiezan a documentar numerosos casos de transexualidad masculina: James Barry, cirujano de la Armada Inglesa, Charles Durkee Panhurst, conductor de diligencias en el oeste norteamericano, y Murray Hall, un reputado político, los tres descubiertos como mujeres después de su muerte.

Los motivos por los que transexualidad e intersexualidad siguen estando poco o mal estudiadas son:

- La propia definición de la transexualidad sigue siendo artificialmente polémica;
- El interés científico acerca de la transexualidad e intersexualidad es aún escaso, reciente, y viciado por investigaciones manipuladas;
- Falta comunicación entre las personas afectadas y las responsables de su atención integral.

Los profesionales de la medicina tampoco les han prestado demasiada atención. Gracias al escudo del "consentimiento informado", se producen muchos abusos que permanecen impunes.

En realidad, todo es una cuestión de poder. La única posibilidad de desbloquear la situación actual es proceder como en otros países más avanzados: constituir grupos de trabajo multidisciplinares y desarrollar soluciones baratas y sencillas, limitando la actividad de cada profesional a su campo.

La eficacia de una atención especializada no depende de opiniones o posicionamientos políticos, sino de una buena documentación y unos profesionales competentes, únicamente preocupados por la salud integral de las personas interesadas.

## Bibliografía

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed., Washington, D.C., 1980.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington, D.C., 1994.

DSM-IV Sourcebook., Washington, D.C., 1994.

Blanchard R. and Clemmensen, L. "A Test of the DSM-III-R's Implicit Assumption that Fetishistic Arousal and Gender Dysphoria are Mutually Exclusive" Journal of Sex Research, Vol. 25, No. 3, August 1988, pp. 426-432.

Blanchard R. and Sheridan, P. "In Consideration of Specifying a Bisexual Subtype of Gender Identity in the DSM-IV" Literature Review for the DSM-IV Subcommittee on Gender Identity Disorders, A.P.A., 1993.

Conway, Lynn (2004) "La transición precoz". Documentos FIG.: <http://www.figinternet.org/index.php?module=subjects&func=listpages&subid=2&orderby=&page=2>.

Fundación para la Identidad de Género (2004-05) Fondos documentales sobre la Identidad de Género, disponibles en:

<http://www.figinternet.org/mod-subjects.html>.

Gooren L.J.G. "The endocrinology of transsexualism: a review and a commentary". Psychoneuroendocrinology 1990; 15: 3 - 14.

(2003). "El Transexualismo: una forma de Intersexo" En A. Becerra (ed.) Transexualidad: La Búsqueda de una Identidad. Madrid: Díaz de Santos. (í Disponible en la sección Documentos de la F.I.G.: <http://www.figinternet.org/mod-subjects-listpages-subid-3.html>).

Megens, Jos A.J. (2003) "El tratamiento de la transexualidad: El modelo holandés" En Becerra, A. (ed.) Transexualidad: La Búsqueda de una Identidad. Madrid, Díaz de Santos. (í Disponible en la sección Documentos de la F.I.G.: <http://www.figinternet.org/mod-subjects-listpages-subid-3.html>).

Meyer, Walter III, Bockting, W., Cohen-Kettenis, P. (2001) "Estándares de Tratamiento para Trastornos de Identidad de Género. Versión sexta". (í

Disponible en la sección Documentos de la F.I.G.:

<http://www.figinternat.org/index.php?module=subjects&func=listpages&subid=3&orderby=&page=2>)

Meyer-Bahlburg, H. "Intersexuality and the Diagnosis of Gender Identity Disorder", Archives of Sexual Behavior, Vol. 23, No. 1, pp. 21-40, 1994.

Money J. (1980). Love & Lovesickness. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Swaab, D.F., Gooren L.J.G., Hofman M.A. "The human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation". Progr Brain Res 1992; 93: 205 - 219.

Wilson Katherine K. y Hammond, B. (1996). "Mitos, Estereotipos e Identidad de Género Cruzada en el DSM-IV". (í Disponible en la sección Documentos de la F.I.G.:

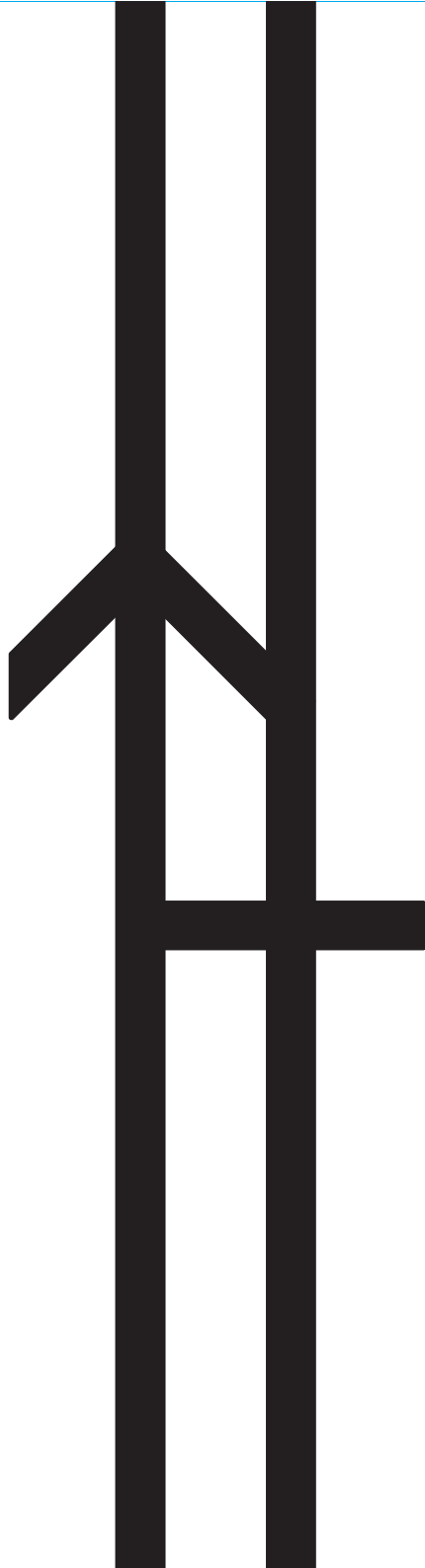
<http://www.figinternat.org/index.php?module=subjects&func=listpages&subid=3&orderby=&page=2>).

Zhou, J. Hofman, M. et al., "A Sex Difference in the Human Brain and its Relation to Transsexuality" Nature, Vol 378, pp. 68-70, Nov. 1995.

Olga Cambasani

Fundación para la Identidad de Género

email: [info@figinternat.org](mailto:info@figinternat.org)



**Transexualidad masculina**

## TRANSEXUALIDAD MASCULINA

Alec Casanova. Coordinador del GIGT (Grupo de Identidad de Género y Transexualidad)

En esta ponencia intentaré exponer la situación que atraviesa la transexualidad masculina en el Estado Español, analizando algunos de los factores que influyen en su situación actual.

La realidad de la población transexual, en España, es muy diversa, al igual que lo es la realidad de la población no-transexual. Así pues, cada experiencia transexual responde a las opciones que cada persona ha tenido o pueda tener para llevar a cabo su proceso, ya que todavía no contamos con una ley de identidad de género y la sanidad pública no incluye en su cartera de servicios, el proceso de transexualización. Pero, hablando en términos generales, se podría decir que el proceso de cambio de sexo anatómico (que no psicológico), en relación al ámbito social y de trabajo, es más fácil de sobrellevar para los hombres transexuales que para las mujeres transexuales, ya que nuestra transexualidad pasa más desapercibida que la de las mujeres transexuales. En cambio, en cuanto al ámbito médico, se puede decir que nosotros estamos en desventaja con respecto a las mujeres transexuales ya que sus operaciones genitales están bastante más evolucionadas y tienen un mejor resultado final que las nuestras.

Según mi experiencia, tanto personal como por las personas que hemos atendido en el GIGT, todas las persona transexuales desearíamos haber nacido de una manera acorde a como nos sentimos, para no tener que llevar a cabo toda esta odisea de búsqueda de profesionales que nos ayuden, hormonación de por vida, cirugías agresivas, etc. Pero una vez lo tenemos claro, que no podemos seruir con un sexo y género impuestos que rechazamos y nos provoca angustia, la decisión es claramente favorable a someterse a todo aquello que nos permita sentirnos un poco más felices y satisfechos con nuestro propio cuerpo, y a su vez con nuestra vida.

Inicialmente, cuando buscamos la solución a nuestras depresiones, crisis, etc., no pensamos que lo que nos ocurre se llame transexualidad. Nosotros nos sentimos hombres o mujeres, aunque tengamos unos cuerpos que contradigan a nuestros sentimientos de identidad. Así pues, en el momento en que el profesional al que nos hayamos dirigido, el psicó-

logo o el psiquiatra, nos diagnostica que lo que nos sucede se llama transexualidad; a las dificultades iniciales que ya teníamos se añade el tener que asimilar que somos transexuales. Socialmente, la palabra transexual o transexualidad, tienen una connotación negativa. De este modo, recae en nosotros la des-estigmatización de estas palabras demostrando día a día que el contenido y el significado que la sociedad le atribuye a una palabra se puede modificar en función de la realidad a la que se aplica. Es decir, las palabras deben adaptarse a la situación o a la persona que definen, no la persona a la definición que indica una palabra.

Las personas transexuales tenemos que hacer ese trabajo interno de aceptación de nuestra condición de transexuales y mediante nuestro propio ejemplo desmitificar la idea errónea de que todos somos y nos comportamos de la misma manera. Hay tantas formas de transexualidad como personas transexuales.

La gran mayoría de nosotros, recordamos que ya nos sentíamos así desde la infancia. En esa época de nuestra vida, nuestra ingenuidad nos hace pensar que nuestro cuerpo no nos traicionará y se desarrollará según nuestras expectativas. Pero no cabe duda, que ya en esa época, hemos sufrido en alguna medida, la discriminación debida a la diferenciación social y cultural de los géneros. No hay ninguna ley escrita que diga cómo se debe comportar una niña o un niño, pero aún así esta 'ley', omnisciente y omnipresente, circula como el currículum oculto de las escuelas y se aplica inconsciente o conscientemente sin reparar en el daño que pueda sufrir la niña o el niño.

Afortunadamente, ya existen profesionales que empiezan a tratar a niños y adolescentes que se sienten identificados con el sexo-género opuestos a los asignados al nacer, como la Doctora en psicología Peggy Cohen Kettenis en el Equipo de Género de la Universidad Libre de Ámsterdam. A su consulta acuden niños y adolescentes, acompañados de sus padres o tutores, no solo de los Países Bajos, sino también de otros países. Nosotros sabemos que hacen falta profesionales preparados a este nivel en España, no solo por experiencia propia, sino también por los adolescentes que han venido y vienen a nuestro grupo buscando ayuda. La realidad es que en España no existen profesionales especializados en transexualidad en la infancia y adolescencia. Este sería un punto a traba-

jar para lograr un futuro en el que la transexualidad sea considerada científica y académicamente como especialización.

Gran parte de los hombres transexuales recordamos nuestra niñez como una época en la que intentábamos ser como nos sentíamos, pero, directa o indirectamente, aquellas actitudes o acciones que no concordaban con nuestro sexo-género asignado eran marcadas como incorrectas o inadecuadas. Esto se daba tanto en la familia, en las amistades como en cualquier otro ámbito de la sociedad. Debido a esto, muchos hemos desarrollado la capacidad de “nadar y guardar la ropa”, esperando que quizá en un futuro llegaría ese momento en el que finalmente podríamos quitarnos la presión social de encima.

Según pasaban los años de la infancia, la frustración de aquellas situaciones que no podemos vivir plenamente, la decepción que recibíamos ante la reacción de algunos familiares o amistades,... se acumulan creando una desesperación tal por mostrarnos como realmente nos identificamos, que llegada la pubertad, ésta nos sacude con unos cambios nunca deseados y nos encierra de por vida en una realidad, en un cuerpo que no es el nuestro.

Dentro de la pubertad, el inicio de la menstruación es un momento crucial en el desarrollo de un hombre transexual. En ese momento se desmoronan todas aquellas expectativas de futuro en las que nuestro cuerpo se desarrollaría según nosotros nos identificamos. La realidad nos embarga con una mayor angustia y desesperación. Nos encontramos en un cuerpo no deseado, sin apoyos emocionales que nos ayuden a superar esta situación y sin un referente que nos sirva de guía respecto a nuestra necesidad. Es por esto, que muchas veces, cuando he llevado a cabo mi actividad de voluntario dentro de la campaña 'Estima Com Vulgues' (Ama como quieras) del Col·lectiu Lambda en los institutos, dando charlas sobre orientación sexual e identidad de género, he pensado que si yo hubiese tenido oportunidad de asistir a una charla como las que impartimos, me hubiese ayudado muchísimo a superar toda la angustia y desesperación que sentía. En primer lugar, porque me habrían hablado de la transexualidad con naturalidad y en segundo lugar, porque hubiese tenido el referente de una persona que se había sentido tan frustrado y angustiado como yo y que había podido llevar a cabo su proceso con éxito.

Como se puede intuir, las personas transexuales invertimos mucho tiempo de nuestra vida buscando a profesionales capacitados que nos ayuden. Esto, vuelvo a insistir, debido a que no hay unos cauces sanitarios comunes, y regularizados a nivel estatal (porque el proceso de transeualización no está incluido en las prestaciones de la Seguridad Social Española). Y en el caso de acudir a la Sanidad Pública nos encontramos con unos profesionales que no están formados en transexualidad, en la mayoría de los casos, y que dependiendo de sus estándares morales y amplitud de miras, nos pueden decir 'que nos olvidemos de esas tonterías', recetándonos unas cuantas pastillas para que nos 'tranquilemos', o nos puede tocar educarles en transexualidad nosotros a ellos.

Así pues, si hemos tenido la suerte de encontrar un profesional capacitado para ayudarnos y que nos trate adecuadamente, empezamos la terapia psicológica<sup>35</sup>. Esta terapia debe durar un mínimo de tres meses para que el profesional pueda emitir el certificado de transexualidad si corresponde.

En esta etapa, nosotros sentimos la necesidad de demostrar y mostrar nuestra masculinidad, lo cual puede llevar a que en ocasiones los psicólogos o nuestro círculo de relaciones nos apunten que exageramos un poco. Este es un ejemplo más de la necesidad acuciante que sentimos de encontrarnos bien con nuestro propio cuerpo y con nosotros mismos. No hay tregua posible. No podemos disfrutar la vida igual que las personas no-transexuales ya que tenemos la presión constante de nuestra apariencia ante los demás, nuestra actitud etc. Y esto nos resta posibilidades de simplemente ser como somos y disfrutarlo.

Muchos de nosotros, ya en ese punto, utilizamos prendas o accesorios que nos ayuden a ver mejor nuestro cuerpo con respecto a los cambios que buscamos. Estas prendas pueden ser los típicos sujetadores deportivos, que ayudan a eliminar la protuberancia de los pechos, los diferentes vendajes que pueda haber o las distintas fajas ortopédicas o deportivas que, coloca-

<sup>35</sup> Esta sucesión que desglosa del proceso, se da en las personas que empiezan por la terapia psicológica. Hay que tener en cuenta que hay personas transexuales que eligen acudir a la cirugía privada directamente. Con esto quiero decir que en el ámbito de la medicina privada, se puede o no seguir el protocolo estándar de tratamiento.

das sobre los pechos, los presionan dejando un torso bastante plano. La consecuencia de usar diariamente este tipo de prendas, vendajes o fajas, es que la piel pierde parte de su elasticidad, con lo cual el resultado de las operaciones de mastectomía (extirpación de las glándulas mamarias) puede ser bastante peor que si pudiésemos mantener la piel elástica. Otra consecuencia es la aparición de rozaduras por la fricción del movimiento, constante recolocación debido al movimiento, moratones, el acné por la alta sudoración, etc. Y aún sabiendo que nuestro cuerpo, con estas prendas, se ajusta más a nuestra necesidad, el notar que se haya podido desplazar de su sitio nos hace estar controlando continuamente nuestra postura por los hombros echados hacia delante para ayudar a disimular los pechos.

En cuanto a la adecuación de la apariencia de los genitales, muchos de nosotros, ya en el inicio del proceso, utilizamos prótesis de testículos y pene en reposo o cualquier otro artilugio que nos sirva para simular el 'paquete'.

Al engorro de la faja y el 'paquete', se une el fastidio mensual del periodo, que, hasta que no llevemos un tiempo de hormonación, va a estar ahí recordándonos que nuestro cuerpo se rige por reglas opuestas a las de nuestra identidad.

Una vez obtenemos el certificado de transexualidad, el psicólogo nos deriva a endocrinología. La endocrina o el endocrino nos receta las hormonas que estime convenientes y supervisará la correcta administración con controles sanguíneos y hormonales cada seis meses aproximadamente. Las hormonas se pueden administrar por medio de inyecciones intramusculares, con parches transdérmicos, o con gel de uso tópico. Para nosotros, la primera vez que se nos administran las hormonas acordes a nuestra identidad, es como volver a nacer. Es una sensación de empezar a corregir el cuerpo que nos ha venido negando nuestra identidad toda nuestra vida.

La hormonación consigue cambios en los caracteres sexuales secundarios, como la voz, el bello del cuerpo, la densidad muscular,... y algo muy importante, detener la menstruación al cabo de un tiempo. Pero hay que tener en cuenta que la hormonación es de por vida.

Pero con la hormonación no se cambian los caracteres sexuales primarios, los pechos y los genitales. Para poder modificarlos tenemos que acudir a la cirugía. Se recomienda haber llevado un tiempo de hormonación para que el cuerpo haya asimilado parte de las modificaciones.

La primera cirugía que nos interesa a los hombres transexuales, en general, es la mastectomía o extirpación de las glándulas mamarias. Esto es debido a que es la parte de nuestro cuerpo que más nos preocupa ya que distorsiona la imagen de nosotros mismos que queremos dar.

La siguiente cirugía es la histerectomía o extirpación de ovarios, útero y vagina. Esta operación se recomienda que sea la primera ya que debido a la hormonación se pueden dar problemas de salud. Con esta operación conseguimos deshacernos de la odiada menstruación. Aquí es cuando dejamos de producir hormonas propias y pasamos a depender totalmente de la hormonación que nos es administrada. Así pues, la hormonación y su correcta administración pasan a ser fundamentales ya que una administración inadecuada puede dar lugar a situaciones de riesgo para la salud como la osteoporosis.

Dentro de la tercera y última operación<sup>36</sup>, la de genitales o reconstrucción de pene, tenemos, hoy por hoy, dos posibilidades. Una de ellas es la faloplástica, que se realiza mediante un colgajo libre del brazo, abdomen o pierna. Este colgajo libre debe contar con una vena, nervios etc. para que pueda dar un resultado de funcionalidad mínimo. La otra posibilidad es la metaidoiplastia, que utiliza el clítoris, que con la hormonación aumenta unos 6 o 7 cm de tamaño, reubicándole la uretra. Los labios mayores se utilizan para reconstruir los testículos con prótesis de silicona. Entre la faloplástica y la metaidoiplastia, la diferencia radica en que la primera visualmente consigue un efecto mejor ya que el tamaño es mayor que el tamaño que se consigue con la metaidoiplastia. Pero en cuanto a sensibilidad y erección, la metaidoiplastia tiene mejores resultados. En la faloplástica, el clítoris se queda en la base del pene dificultando la sensibilidad y los orgasmos. En la faloplástica es necesario realizar una operación posterior para insertar una prótesis para producir la erección. En la metaidoiplastia, la sensibilidad, las posibilidades de erección y orgasmo están intactas ya que el clítoris mantiene la misma piel y también posee cuerpos cavernosos como el pene.

<sup>36</sup> Siempre hablando en términos de operaciones principales, ya que pueden darse situaciones en las que sea necesario operar varias veces o realizar otras operaciones no principales.

La elección de una u otra opción depende del punto de vista que tenga cada hombre transexual sobre la masculinidad. Para unos el tamaño sí importa y para otros lo que importa es poder disfrutar de la sexualidad.

En estos momentos los colectivos de personas transexuales que se encuentran dentro de la FELGT (Federación Estatal de Lesbianas, Gays y Transexuales) nos encontramos en plena negociación para que se incluya todo el proceso de transexualización dentro de las prestaciones sanitarias de la Sanidad Pública. Esta negociación tiene la dificultad de que al estar las competencias en materia de sanidad transferidas a las diferentes Comunidades Autónomas, debemos negociar tanto con el Ministerio de Sanidad como con las diferentes Consejerías de Sanidad de las C.C. A.A.

Una vez realizado todo este proceso médico, nos queda realizar el proceso jurídico de cambio registral de nombre y sexo. Hoy en día, hasta que la Ley de Identidad de Género (que se encuentra en estado de borrador en el Ministerio de Justicia) sea aprobada, la situación es que, para que una persona transexual pueda acceder a un DNI con el nombre y mención de sexo que reivindica, tiene que ir a juicio. Esta situación se debe a que el artículo 54 de la ley de Registro Civil dice explícitamente que, una persona que ha nacido con sexo de asignación varón solo puede tener un nombre de varón y una persona que haya nacido con sexo de asignación de mujer solo puede tener nombre de mujer y también admite los nombres ambiguos. Ante esta situación muchas personas transexuales optan por un nombre ambiguo que les pueda facilitar la vida durante el proceso y para el que solo tienen que realizar un trámite administrativo. En cambio, si opta por un nombre específico del sexo-género con el que se identifica, debe demostrar que ha adquirido las características sexuales del sexo que reivindica para sí, según el artículo 54 mencionado anteriormente. De esta modo, debemos ir a juicio por cambio de nombre y sexo en el que debemos; aportar datos que sirvan de comprobante de la utilización del nombre que queremos obtener en nuestro DNI, datos que certifiquen que hemos pasado las cirugías necesarias para modificar las características sexuales necesarias, pasar por las manos de un/a médico forense que debe emitir un certificado sobre la adecuación de nuestro cuerpo al sexo que demandamos y por último, un/a juez emitirá una sentencia que va a depender mucho de los valores morales que tenga.

Así pues, la voz de las personas transexuales queda relegada al menosprecio, después de un proceso tan duro, ya que tiene muy poco valor cómo dice sentirse e identificarse si no está respaldada/o por un/a médico forense y un/a juez. Además hay que tener en cuenta que un documento como el DNI es fundamental en el día a día. Es necesario para pagar con la tarjeta, para recoger paquetes de correos, para alquilar una vivienda, para realizar compraventa de inmuebles, para demandas de trabajo, para ejercer el derecho al voto, etc.

Con la Ley de Identidad de Género, esperamos que este injusto trámite del juicio por cambio de nombre y sexo, se elimine y que sólo con los certificados del psicólogo que supervisa la terapia y el certificado del / la endocrina/o que supervisa la hormonación sean suficientes para poder cambiar el nombre y la mención de sexo en el DNI. Esta Ley solo depende del Ministerio de Justicia y no de las diferentes Consejerías de Justicia de las CCAA. Así pues, se espera que se presente durante el año 2005.

Después de la odisea que supone el proceso de transexualización y el juicio por cambio registral de nombre y sexo, hay hombres transexuales que optan por pasar desapercibidos en la sociedad como cualquier otro hombre y otros que decidimos luchar por nuestros derechos realizando tareas de voluntariado, activismo y visibilidad. Desde mi punto de vista, la experiencia de l@s que ya hemos realizado parte o todo el proceso, debe servir para evitar que otr@s lo pasen tan mal como nosotr@s, vagando en busca de un profesional que ofrezca las garantías de un tratamiento y un trato correcto.

El desconocimiento que existe respecto a la transexualidad masculina se ve enmarcada en una serie de estereotipos sociales que repercuten al conjunto de la transexualidad y que dificultan su visibilidad. Estos estereotipos junto con las dificultades reales que una persona transexual debe afrontar cada día a lo largo de su proceso de transexualización, tanto en relación con su propio cuerpo como con su entorno familiar y social, favorecen el que muchas personas transexuales opten por el anonimato y la transición “silenciosa”. De este modo, vemos que la transexualidad más conocida y con una mayor presencia para la sociedad es la transexualidad femenina.

Esta mayor presencia social y mediáticamente viene derivada por las siguientes constantes. Según los estudios de prevalencia de la transexua-

lidad realizados en Holanda y Suecia, la razón transexualidad femenina/masculina es de tres mujeres transexuales por cada hombre transexual. Dentro de la población transexual, son muy pocas las personas activistas y dentro de este grupo aún son menos las personas visibles. Así pues, los hombres transexuales activistas y visibles, somos muy pocos.

En cuanto a la presencia histórica de la transexualidad masculina, existen mitos y leyendas que hablan de transgenericidad ya en los textos griegos y romanos, en las culturas escandinavas y germanas. Como ejemplos se pueden citar las Walkirias, Hermafrodita (hijo de Hermes y de Afrodita), Kainis/Kaineus, Herais de Abae/Diofante hombre, Atalanta, Santa Wilfrida, San Onofre, Juana de Arco, los chamanes, los chukchee de Siberia, Barcheeampe, las war'hameh, los berdaches (xanith o hijras), Cristina de Suecia, Jack Bee Garland (Elvira Mugarrieta), Billy Tipton, ...etc.

En la actualidad, algunos de los hombres transexuales más conocidos por su activismo son Loren Cameron (Artista fotógrafo), Stephen Whittle (Profesor de Derecho en la Universidad de Manchester), Del Lagrace Volcano (Artista Fotógrafo), Jamison Green (Abogado)...etc.

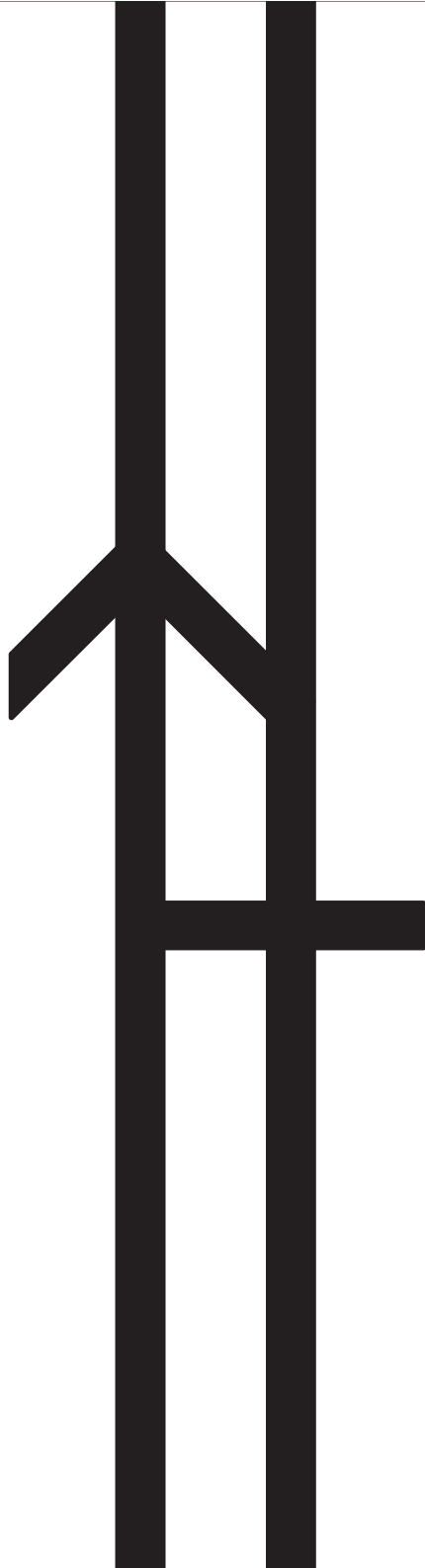
En España el hombre transexual más visible por su activismo es Moises Martínez, del Grup de Transexuals Masculins de Barcelona, que ya de forma individual se presentó en la manifestación del Orgullo con una pancarta que hacía referencia a la transexualidad masculina y posteriormente protagonizó el primer documental sobre transexualidad masculina "El Camino de Moises". Desde el 2004 hay un personaje famoso por su participación en un programa de televisión y por su transexualidad masculina, pero su activismo en colectivos de personas transexuales parece ser inexistente tanto antes como después de pasar por el programa.

Por último, mencionar que el grupo que coordino, el GIGT (Grupo de Identidad de Género y Transexualidad del Col·lectiu Lambda de Valencia), es un ejemplo de la lucha conjunta de mujeres y hombres transexuales por nuestros derechos. Todos los que en él participamos tenemos claro que, tanto hombres como mujeres transexuales, tenemos necesidades específicas, pero que a la hora de luchar por los derechos comunes, la unión hace la fuerza.

Muchas gracias a todas las personas que ayudan, en la medida de sus posibilidades, a llevar a cabo las reivindicaciones y la lucha por los derechos de mujeres y hombres transexuales.

Alec Casanova

Coordinador del GIGT



## Atención endocrinológica de la Transexualidad

## ATENCIÓN ENDOCRINOLÓGICA DE LA TRANSEXUALIDAD

Antonio Becerra Fernández. Servicio de Endocrinología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá.

### Resumen

La existencia de personas transexuales se conoce desde muy antiguo. Los transexuales son personas que se sienten atrapados en un cuerpo distinto. Buscan adaptar su cuerpo al sexo al que se sienten pertenecer, y para ello buscan la solución en el tratamiento hormonal y quirúrgico. La automedicación puede conllevar importantes efectos adversos, por eso el tratamiento hormonal debe ser realizada con el asesoramiento de un endocrinólogo, dentro de un proceso más o menos duradero donde deberán participar otros profesionales. Una vez efectuada la reasignación quirúrgica deben continuar de por vida controles endocrinológicos.

### Atención endocrinológica de la transexualidad

La transexualidad es un fenómeno que existe desde muy antiguo en diferentes culturas. El término transexual empieza a utilizarse en 1940 para denominar a los individuos que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto, existiendo pues una incongruencia entre el sexo con el que nacieron y el sexo al que se sienten pertenecer. Este deseo, que se acompaña de un profundo sentido de rechazo de las características sexuales primarias y secundarias propias, es absoluto, agobiante e inalterable. Como consecuencia de esta actitud psicológica, el transexual busca consumir su deseo sometándose a la corrección de la apariencia sexual de su cuerpo por métodos farmacológicos y quirúrgicos; y conseguida ésta, persigue la rectificación de su acta de nacimiento para cambiar legalmente de sexo. El sentimiento de pertenecer a un determinado sexo biológica y psicológicamente se llama identidad de sexo o de género, definido así por Money en 1955. Benjamin<sup>1</sup>, endocrinólogo estadounidense, recopila en su libro *The transsexual phenomenon* observa-

ciones sobre la transexualidad y los resultados de las intervenciones médicas. En 1973 se propone el término de síndrome de disforia de género, que incluye al transexualismo pero también a otros trastornos de identidad de género. Disforia de género es el término utilizado para designar a la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado. En 1980 aparece el transexualismo como diagnóstico en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición) (tabla 1). En una siguiente revisión de este manual (DSM-IV<sup>2</sup>) de 1994, el término transexualismo es abandonado y en su lugar se usa el de trastorno de identidad de género (TIG) [categoría 302.85]. El CIE-10<sup>3</sup> (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición) señala cinco formas diferentes de TIG, y el término transexualismo [categoría F64.0] vuelve a usarse para designar a una de ellas. En 1979 se constituye la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), aprobando unas Directrices Asistenciales (DA) que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial para los TIG<sup>4</sup>. La última revisión es de 2001<sup>5</sup>.

### Definición del problema

Los transexuales tienen la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. Desde la infancia su identidad mental es distinta a su fenotipo genital. Son mujeres que se sienten "atrapadas" en cuerpos de hombre, y hombres que se sienten "atrapados" en cuerpos de mujer; sin trastornos psiquiátricos graves que distorsionen la percepción de la realidad, que necesitan ser aceptados social y legalmente en el género elegido. A diferencia de los travestidos, que alivian su conflicto vistiendo y comportándose como el sexo contrario, los transexuales necesitan adaptar su cuerpo al sexo opuesto al que se sienten pertenecer. El tratamiento hormonal juega un papel importante en este proceso, que idealmente debe suprimir los caracteres sexuales secundarios del sexo original e inducir los del sexo opuesto lo más completa y rápidamente posible<sup>5</sup>. Por ello hay una incli-

nación a “hormonarse” cuanto antes y a maximizar la dosis hormonal, usando de muy diversas pautas terapéuticas aprendidas de la experiencia de otros transexuales. Así, la automedicación con esteroides sexuales incrementa el riesgo de efectos adversos<sup>6</sup>. El autodiagnóstico y la intensidad de su deseo para reasignación de sexo no pueden tomarse como verdaderos indicadores de transexualidad<sup>4</sup>. Dadas las consecuencias irreversibles de las intervenciones hormonales y quirúrgicas, es absolutamente vital en beneficio del propio sujeto realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial, que sólo es posible en un proceso a largo plazo realizado por profesionales de salud mental cualificados<sup>5</sup>. El abordaje de este trastorno es complejo. Su asistencia necesita de un equipo multidisciplinar ya que precisa de diversas intervenciones. Los resultados de estas intervenciones no han podido ser evaluados mediante estudios controlados y a largo plazo<sup>7</sup>, pero sus beneficios resultan evidentes: Mejora la calidad de vida del paciente y su grado de satisfacción, así como su integración social y laboral, y desde el punto de vista médico los importantes beneficios del tratamiento hormonal y el éxito de la técnica quirúrgica a corto y largo plazo. Asimismo, se suscitan importantes cuestiones éticas, legales y de equidad<sup>8</sup>. Esta complejidad obliga a que la atención se realice en la medicina pública, dentro del Sistema Nacional de Salud, por un equipo multidisciplinar cualificado, según las DA de la HBIGDA. Estas DA señalan un protocolo clínico dividido en diferentes fases (tabla 2). En España la demanda para reasignación de sexo en pacientes transexuales va creciendo<sup>6</sup>. Este hecho ha sorprendido a muchos profesionales de la salud que no han querido o no han sabido abordar este problema prácticamente ausente todavía de los textos médicos, y considerado más bien un hecho marginal de aberración sexual. Esta actitud, no sólo de los profesionales sanitarios sino también de la sociedad en general, ha hecho que los transexuales tropiecen con multitud de problemas para ser tratados en los hospitales públicos españoles y busquen refugio y soluciones precisamente en la marginalidad.

### Abordaje del problema en otros países

Aunque en muchos países desarrollados está regulado el cambio de nom-

bre y de sexo en los registros administrativos, la cobertura asistencial en el sistema público para la reasignación de sexo es muy variable. Así, en Alemania fue aprobado en 1980 un Código de Transexuales, que permite el cambio de nombre y de sexo administrativos pero la prestación sanitaria pública aún no está cubierta. Recientemente se publicó una guía clínica para el diagnóstico y tratamiento<sup>9</sup>. Otros países europeos tienen cobertura pública de estas intervenciones, como Holanda, Finlandia, Suecia y Reino Unido, con distintos matices; y en Alemania y Suiza por sentencia judicial. En cuanto a la situación en España, contamos con un informe reciente editado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía<sup>8</sup>, con otro en el País Vasco<sup>10</sup>, donde se estudia la inclusión de esta prestación en el sistema público de salud (hasta el momento sólo aprobado en Andalucía). En EE.UU., Canadá, Australia y Nueva Zelanda esta cirugía no está cubierta por el sistema público, pero sí se reintegran los gastos tras reclamación judicial. Aparte de la financiación de los procedimientos, en la mayoría de estos países existen centros públicos y privados, con larga tradición en la asistencia a estos pacientes, donde se ha realizado buena parte de la investigación clínica y psicosocial<sup>8</sup>. En general suelen seguir las DA de la HBGIDA. El diagnóstico lo realiza el psiquiatra, quien aconseja, apoya, y deriva para tratamiento hormonal y quirúrgico. Para la cirugía los candidatos deben tener 18 años o más, y haber seguido la experiencia de la vida real al menos 12 meses. Este proceso produce autoselección de casi un tercio; y del total que solicita asistencia sólo la décima parte llega a operarse<sup>7</sup>. La duración de todo el proceso oscila entre 2 y 3 años. La imposibilidad de completar la reasignación de sexo puede motivar importantes trastornos psiquiátricos, automutilaciones e incluso el suicidio.

### **Etiología de la sexualidad**

La etiología de esta condición es aún desconocida. Es extremadamente difícil conceptualizar la disforia del género en términos científicos, aunque algunas teorías han sido propuestas (tabla 3). Lo cierto es que no hay datos suficientemente consistentes que sugieran una etiología clara del fenómeno transexual. No se ha descrito ninguna alteración del sexo gené-

tico y el cariotipo es el que corresponde al sexo biológico. Así, el origen de los TIG ha sido objeto de diversas teorías. Sabemos que existe un gen responsable de que la gónada indiferenciada se convierta en testículo (si está presente) o en ovario (si está ausente)<sup>11</sup>. Se han demostrado diferencias en ciertas estructuras cerebrales entre personas de diferente orientación sexual. Un estudio en hipotálamo de seis transexuales de hombre a mujer demostró que el núcleo basal de la estría terminal (BST) era significativamente más pequeño que el de hombres hetero u homosexuales<sup>12</sup>. La transexualidad podría originarse durante la etapa fetal: Una alteración haría que el cerebro se impregnara hormonalmente con una sexualidad distinta a la genital<sup>11</sup>. Así, los TIG podrían desarrollarse como resultado de una interacción alterada entre factores genéticos, el desarrollo cerebral y la acción de las hormonas sexuales. Pero además, diversas influencias ambientales en periodos críticos del desarrollo, como el embarazo, la infancia o la pubertad, pueden influenciar la conducta y la orientación sexuales. El estrés prenatal, la relación materno-filial de las primeras etapas de la vida, influencias familiares patógenas o abusos sexuales durante la infancia o la pubertad, pueden determinar la conducta sexual adulta<sup>13</sup>. Por tanto, bastantes datos apoyan que la orientación e identidad sexuales pueden tener un sustrato biológico (genético, cerebral, hormonal) sobre el que inciden determinadas influencias ambientales sociales y familiares durante los llamados “periodos sensibles” de la vida para conformar la orientación e identidad sexual definitiva del adulto.

### Antecedentes biológicos

El sexo está constituido por una serie de rasgos de diferente naturaleza:

a) Sexo biológico: Resultado de los siguientes factores:

1. Sexo genético: Se instaura en el momento de la fecundación del óvulo por el espermatozoide y condicionado por los cromosomas sexuales: XX en el sexo femenino y XY en el masculino.
2. Sexo gonadal: Caracterizado por la presencia de gónadas masculinas (testículos) o femeninas (ovarios) en uno y otro sexo respectivamente.
3. Sexo genital: Definido por la conformación de los órganos genitales

internos y externos. En el femenino está constituido por vulva, vagina, útero y trompas, y en el masculino, por epidídimos, conductos deferentes, vesículas seminales, próstata y pene.

4. Sexo morfológico: Es la conformación general y particular que moldea el organismo según el sexo del individuo. Los rasgos más destacables son el cartílago laríngeo y la morfología de las cuerdas vocales, de lo que depende el timbre de la voz; la relación de diámetros escapular/pelviano; el desarrollo de las glándulas mamarias; la pilosidad; el desarrollo muscular y esquelético, etc.

b) Sexo psicosocial: Depende a su vez de los siguientes factores:

1. Sexo social: Deriva de influencias educativas recibidas desde la infancia, tanto a nivel familiar como escolar, laboral y social, que prepara y condiciona al sujeto para su futuro rol sexual.

2. Sexo legal: Es el establecido en el momento del parto, y que a veces no coincide con el sexo biológico).

3. Sexo psíquico: En último lugar para destacarlo como el más importante a nivel individual. Está definido por el sentimiento interno de pertenecer al sexo masculino o femenino, con el que se identifica el sujeto en sus emociones y afinidades.

### Desarrollo sexual

Todos los factores que dan lugar al sexo biológico y psicosocial se originan desde la concepción por múltiples influencias, entre las que destacan:

a) Factores hormonales

1. Estrógenos: Escasos en la infancia, aumentan considerablemente en la pubertad, desarrollando en la niña los caracteres de mujer adulta: Crecen las mamas; se desarrolla el esqueleto, especialmente la pelvis para adaptarse a las exigencias del parto; el pelo adquiere una distribución especial, sobre todo en pubis, y la piel adquiere una textura especial.

2. Progesterona: En el útero provoca cambios secretorios en el endome-

trio preparándolo así para la implantación del óvulo fecundado, y en las mamas produce su desarrollo final haciéndolas aptas para la lactancia.

3. Testosterona: Es la hormona masculina por excelencia, y sus efectos se ejercen sobre los órganos sexuales, regulando su crecimiento hasta la madurez. Interviene en la distribución corporal del pelo, proporciona la voz con el típico timbre grave masculino, confiere a la piel su grosor característico del varón, favorece el desarrollo de la musculatura, etc.

b) Factores psicosociales: El desarrollo normal del aparato sexual no garantiza automáticamente la evolución y la expresión de un comportamiento sexual adecuado. La dimensión psicológica y social, es decir, el aprendizaje de un comportamiento sexual considerado como normal para uno y otro sexo en un contexto social dado intervienen también en la diferenciación sexual:

1. Rol sexual: Es el sexo al que los demás consideran que un individuo pertenece y que se le impone desde el nacimiento, vistiéndolo y tratándolo de modo distinto según el sexo.

2. Identidad sexual: Es el factor subjetivo íntimo que establece la convicción interior de pertenecer a un sexo determinado. Las primeras identificaciones provienen de la introyección de algunos comportamientos de la madre, y más tarde, sólo en caso de los varones, éstos se identifican con el padre y otras personas del sexo masculino. La identificación definitiva se establece en etapas precoces de la vida, y una vez establecida, se hará irreversible.

### Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Por el momento es imposible realizar el diagnóstico de transexualismo basándose sólo en criterios objetivos. Depende de la información suministrada por los pacientes, que a menudo es modificada, inconscientemente o a propósito. Dado el carácter subjetivo de la información y la importancia de la decisión a tomar, el periodo de diagnóstico suele ser largo. Para el diagnóstico de transexualidad debe cumplirse lo siguiente:

- Una escrupulosa historia clínica orientada al desarrollo de la identidad

de género, desarrollo psicosexual (incluyendo orientación sexual), y aspectos de la vida cotidiana.

- Exploración física desde el punto de vista ginecológico, andrológico/uroológico y endocrinológico.

- Evaluación clínica desde el punto de vista psiquiátrico/psicológico que detecte problemas psicopatológicos<sup>9</sup>.

Debe recogerse tanto información general de la personalidad como sobre el desarrollo psicosexual, comportamiento y orientación sexual, e imagen corporal. Debe evaluarse la existencia de psicopatología asociada (adicción, tendencias suicidas, perversiones, trastornos de personalidad, cuadros psicóticos, enfermedad mental orgánica o retraso mental). Se debe conocer la situación social y familiar del paciente, apoyo indispensable para el proceso de reasignación de género. Es indispensable informarle ampliamente sobre las posibilidades y limitaciones de este proceso para no levantar excesivas expectativas<sup>9</sup>.

Diferentes condiciones, como homosexualidad, transvestismo, transexualidad y disforia de género han sido motivo de confusión con estados intersexuales patológicos. Desde 1975, la disforia de género se considera una entidad claramente diferenciada al existir una insatisfacción permanente con el sexo biológico y un claro deseo de modificar esta condición haciendo uso de la tecnología sanitaria disponible. Gran número de personas que demandan asistencia sanitaria por TIG no reúnen los criterios específicos, y pueden pertenecer a uno de los siguientes grupos:

- Problemas de identidad de género en pacientes con ansiedad, depresión, abuso de drogas, trastornos de personalidad y otros trastornos sexuales.

- Algunos casos de transvestismo masculino y homosexualidad masculina o femenina.

- La intensidad de TIG en algunas personas puede fluctuar por encima o por debajo del umbral clínico.

- Muchas formas de TIG en mujeres tienden a ser poco visibles culturalmente, especialmente para los servicios de salud mental.

El diagnóstico se lleva a cabo en base a unos criterios establecidos en el DSM-IV o en el CIE-10. Aunque cada manual clasifica a los TIG de forma diferente, en esencia son muy similares (tabla 4).

### Aproximación epidemiológica

No disponemos de datos anteriores al siglo XX, por lo que no podemos aventurarnos a definir el estado de la cuestión antes de esta fecha. En base a ello, algunos sugieren que el transexualismo es una condición de nuestros días, lo que apoyaría la teoría psicosocial de su origen, producto de sociedades más permisivas, pero también de mayores conocimientos gracias al método científico. Ciertas afecciones llamadas de la civilización son hoy descubiertas como de origen genético, infeccioso o multifactorial, que aunque se manifiesten hoy no supone una ausencia en tiempos pasados, o tal vez ese disturbio era sufrido como voluntad de los dioses o de fuerzas del mal, sin descripción científica.

La cuantificación del problema de la transexualidad en España presenta una serie de dificultades. A falta de registros en nuestro país, tenemos que basarnos en estudios de otros países, con el riesgo que supone la extrapolación de datos. Esas cifras varían ampliamente de unos países a otros en función del diferente clima social y cultural en el abordaje de este trastorno. Por otro lado, los estudios de prevalencia publicados utilizan diferentes métodos de recogida de datos y diferente definición de caso. Algunos consideran como transexuales a aquellas personas que demandan reasignación de género, incluyendo en el mismo grupo a otros TIG que no siempre son transexuales. Probablemente, esta sea una de las causas por las que sólo se acepta para intervención aproximadamente a una de cada diez demandas de reasignación de sexo<sup>7</sup>. Por último, en las tasas recogidas, se utiliza como denominador la población mayor de 15 años, unos sin establecer un límite superior de edad y otros estableciéndolo en 59 años.

Aunque los estudios epidemiológicos publicados hayan querido establecer una base similar para contabilizar los casos de TIG es probable que las diferencias culturales entre países puedan alterar la cuantificación real de esta problemática. Existen amplias diferencias de un lugar a otro en cuan-

to al acceso a los recursos sanitarios o a los costes del tratamiento, así como en las actitudes de la sociedad en general y de los propios profesionales ante este tipo de trastorno. Por otra parte, se desconoce cuántas de estas personas han sido atendidas e intervenidas en centros privados. De ahí que los datos de prevalencia de los diversos estudios<sup>14-19</sup> sean tan diferentes (tabla 5), y se incrementan con los años. Esto hace que las últimas cifras sean las de mayor credibilidad.

Con todas estas limitaciones, para una aproximación epidemiológica en nuestro país, hemos seleccionado como referencia los últimos datos del equipo de Amsterdam<sup>19</sup>, que durante 25 años ha tratado a más de 2.200 transexuales. Estos autores hablan de una prevalencia de 1/11.900 para transexuales de varón a mujer y de 1/30.400 para transexuales de mujer a varón, con una ratio varón a mujer/mujer a varón de 2,5/1, definiendo como caso a aquellas personas que ya habían iniciado tratamiento hormonal; y considerando en el denominador sólo la población de e 15 años.

Los datos de población de España se han obtenido de una consulta al Instituto Nacional de Estadística<sup>20</sup>, con datos al 20 de Diciembre de 2002, que arrojan una población total de 40.847.371 habitantes (20.021.850 varones y 20.825.521 mujeres). Del total de la población el 85,5% tiene e 15 años, lo que representa un total de 34.914.901 habitantes (17.118.682 varones y 17.805.820 mujeres). Según esto, las estimaciones de prevalencia de TIG en España representan un total de 2.024 transexuales (1.438 de varón a mujer y 586 de mujer a varón). Del total, tras el adecuado proceso diagnóstico serían candidatos a cirugía un máximo de 404 personas (2 de cada 10).

En cuanto a los datos de incidencia, los estudios realizados en Suecia entre 1972 y 1992, han recogido una incidencia de transexualismo, en población mayor de 15 años que demanda reasignación de género, de 0,17/100.000, siendo la razón varón/mujer de 1,4/1<sup>21</sup>. Según estas cifras, estimamos una incidencia anual para España de 59 personas que podrían demandar asistencia, y seguir el proceso diagnóstico y terapéutico.

En España, el Servicio Andaluz de Salud inicia la prestación sanitaria pública para la atención integral de los pacientes transexuales en 1999, desde entonces han solicitado asistencia 275 pacientes (190 de varón a

mujer y 85 de mujer a varón), de los cuáles el 20% proceden de otras comunidades autónomas, con una incidencia de 2-3 pacientes por semana. Un 15% de los solicitantes no fueron subsidiarios de tratamiento hormonal o quirúrgico por falta de criterios diagnósticos de transexualidad, y en 2,5 años han sido intervenidos de cirugía genital y no genital 40 pacientes<sup>22</sup>.

## Intervenciones endocrinológicas

### Valoración clínica

En el transexual se detectan algunos aspectos peculiares de su personalidad: La desviación psicológica característica del transexualismo consiste en la convicción de pertenecer al otro sexo, que invade de forma permanente la casi totalidad del campo de la conciencia, llegando a determinar una actividad de reivindicación por satisfacer sus deseos de transformar su cuerpo mediante el tratamiento hormonal y quirúrgico. Por lo demás y desde el punto de vista morfológico, cromosómico, bioquímico u hormonal no se encuentra ninguna alteración.

Una vez cumplidos los requisitos anteriores se puede pasar a la siguiente fase: el tratamiento hormonal. Pero antes debe realizarse una valoración global del paciente (tabla 6). La anamnesis da información sobre el tiempo de evolución del trastorno; a la pregunta “¿desde cuándo se siente pertenecer al sexo opuesto?” el paciente suele responder “desde siempre”. Se trataría de un transexualismo primario, genuino o verdadero; por el contrario, otra respuesta distinta hablaría a favor de un transexualismo secundario. También debe obtenerse información sobre el grado de insatisfacción por su sentido de pertenencia al sexo opuesto, sobre las dificultades vividas a nivel personal, familiar y laboral, y sobre sus problemas sociales en general. En esta fase de la entrevista debe establecerse una relación de confianza con el paciente, evitando los juicios de valor. Asimismo, servirá para conocer y confirmar el grado de convencimiento del individuo sobre su condición.

Los transexuales a menudo esperan, y a veces demandan, cambios rápidos y completos, a veces inmediatos al inicio del tratamiento hormonal.

Pero, los efectos inducidos por las hormonas son limitados, y aparecen sólo gradualmente. Antes de empezar este tratamiento debe darse una clara información individualizada sobre los posibles beneficios y perjuicios del mismo para no crear falsas expectativas. Con frecuencia esta información alivia la ansiedad y depresión de estas personas, mejorando por sí mismo la calidad de vida, pero tiene sus limitaciones. No todos los vestigios del sexo original se erradican por igual en todas las personas.

Debemos asegurarnos que el paciente comprende toda la información que le damos. Podría ser el momento para la firma del Consentimiento Informado.

Pero además, el tratamiento hormonal presenta algunas contraindicaciones (tablas 7 y 8). Aparte de las enfermedades mentales, determinadas situaciones y cuadros orgánicos contraindican el tratamiento con esteroides sexuales, ya que supondrían mayor riesgo que beneficio. Estas contraindicaciones pueden ser absolutas o relativas.

El tratamiento hormonal producirá importantes cambios antropométricos, como modificación cuantitativa de los compartimentos graso y muscular, de la distribución de la grasa corporal, del índice cintura-cadera, del grosor de los pliegues cutáneos, así como del peso corporal y de la presión arterial. Estos parámetros deben ser determinados antes del inicio del tratamiento y hacer el seguimiento en los sucesivos controles (tabla 9).

Además, el tratamiento cruzado con esteroides sexuales producirá en teoría una inversión del patrón de riesgo cardiovascular, no sólo por la modificación de parámetros antropométricos sino también bioquímicos. El tratamiento con andrógenos en transexuales de mujer a hombre podría incrementar la resistencia a la insulina, modificar el patrón lipídico o producir alteración de las enzimas hepáticas. Si esto último ocurre podría ser necesaria la realización de ecografía hepática y serología para virus de hepatitis. Hemograma y pruebas de coagulación son parámetros que precisan de estrecha vigilancia sobre todo en el tratamiento con estrógenos y antiandrógenos en transexuales de hombre a mujer; si en cualquier momento se sospecha trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar habría que realizar una ecografía, una flebografía o una gammagrafía pulmonar.

Un perfil basal de los distintos ejes hormonales van a ser necesarios tanto al inicio del tratamiento para descartar alteraciones endocrinológicas como para el seguimiento antes y después de la cirugía. Es necesario vigilar la modificación de los valores sanguíneos de las hormonas masculinas y femeninas debidos al tratamiento, así como el seguimiento de los valores de prolactina que frecuentemente incrementa sus valores normales hasta cuatro veces (rara vez pasa de 100 ng/ml), y no sólo por el tratamiento estrogénico sino también por los andrógenos. El tratamiento con esteroides sexuales produce frenación del estímulo hipofisario (FSH y LH) sobre las gónadas, y una cierta atrofia de las mismas, acompañada a veces de dolor.

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

### Tratamiento hormonal

En los TIG, a falta de conocimientos claros sobre su etiología, el único tratamiento posible es rehabilitador, esto es, la reasignación de sexo, adecuando de la manera más completa y rápida posible el fenotipo al sexo que el sujeto se siente pertenecer mediante intervenciones psicológica, hormonal y quirúrgica. Para la reasignación del sexo son necesarias dos cosas:

- Eliminación de los caracteres sexuales del sexo original: Desafortunadamente, esta supresión es incompleta. En transexuales de varón a mujer no hay forma de revertir los efectos de los andrógenos sobre el esqueleto. La mayor talla, la forma de la mandíbula, el tamaño y forma

de manos y pies, y la estrechez de la pelvis no pueden ser reparados una vez alcanzado el tamaño final tras la pubertad. De forma similar, la talla más baja en transexuales de mujer a varón, y la mayor anchura pélvica no podrá cambiar con el tratamiento.

– Inducción de los caracteres sexuales del sexo sentido: Mientras en la mayoría de los transexuales de mujer a varón los andrógenos pueden producir un completo y llamativo desarrollo masculino, el efecto del tratamiento en transexuales de varón a mujer puede ser claramente insatisfactorio en cuanto a la reducción de la barba e inducción del desarrollo mamario.

Existen multitud de esteroides sexuales sintéticos y semisintéticos (tabla 10). No se ha demostrado que determinadas drogas sean más eficaces que otras. Su elección depende de la disponibilidad, tradición local, efectos adversos, vía de administración y coste. Las dosis óptimas tampoco han sido bien establecidas. Los primeros efectos del tratamiento hormonal empiezan a aparecer ya a las 6-8 semanas: Cambios de la voz en transexuales de mujer a varón y desarrollo de nódulos mamarios dolorosos en transexuales de varón a mujer. Los cambios pueden completarse en un periodo de 6 y 24 meses (el crecimiento del vello facial puede llevar de 4 a 5 años).

### **Tratamiento hormonal de transexuales de varón a mujer**

La supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

– Supresión de las gonadotropinas (LH y FSH hipofisarias), que son las que estimulan la producción gonadal de hormonas: Entre ellos destacan los análogos de LHRH, con precio prohibitivo; como efecto adverso mayor cabe destacar a los sofocos, muy parecidos a los de la mujer postmenopáusica. Sus efectos son reversibles, y su uso queda reservado para castración química, necesaria a veces en transexuales muy jóvenes para detener o retrasar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a la espera de la mayoría de edad o de clarificar las dudas sobre su verda-

dera identidad de género. Otros inhibidores de las gonadotropinas pueden ser acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona y altas dosis de estrógenos.

- Drogas que interfieren con la producción de testosterona o su conversión a 5 $\alpha$ -dihidrotestosterona (DHT): Espironolactona y finasterida.

- Drogas que bloquean los receptores androgénicos: Acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona, flutamida y espironolactona.

La longitud del pene no se reduce por las hormonas, pero por su estado de flaccidez y acúmulo de grasa infraabdominal puede parecer más pequeño. Las erecciones espontáneas se suprimen en un periodo de 3 meses, pero las debidas al juego erótico no suelen desaparecer. El volumen testicular se reduce un 25% en el primer año. Este tratamiento reduce la masa muscular y la fuerza, así como el contenido de hemoglobina.

La inducción de los caracteres sexuales femeninos se lleva a cabo principalmente por los estrógenos<sup>23</sup>. Un segundo esteroide sexual producido por los ovarios es la progesterona, cuya función principal es preparar a la mucosa uterina para la nidación. Su efecto feminizante es limitado, sin embargo hay quien aconseja su utilización junto a los estrógenos para reducir el riesgo estrógeno-dependiente de cáncer de mama. Hasta la fecha han sido publicados 3 casos de cáncer de mama en transexuales de hombre a mujer aunque sin clara relación con el tipo de estrógeno, dosis o duración del tratamiento. Y como las mujeres biológicas, deben someterse periódicamente a la palpación y mamografía para detectar de forma precoz el cáncer de mama. Tampoco deben olvidarse las medidas preventivas necesarias para el cáncer de próstata, aunque sólo se ha descrito algún caso, y el tratamiento con estrógeno podría incluso ser un factor de defensa. No hay un estrógeno superior a otro, y la elección dependerá de la disponibilidad, del precio y preferencia de cada uno. Las diferencias sustanciales dependerán sobre todo de la fórmula química y la vía de administración. Todos los estrógenos por vía oral se absorben en el intestino y pasan primero por el hígado para ser metabolizados y después ejercer sus efectos sobre los lípidos, los factores de la coagulación y la renina. También el metabolismo hepático se relaciona con la fórmula química; así, mientras el etinil estradiol se metaboliza lentamente, el 17 $\beta$ -

estradiol lo hace mucho más rápido, lo que explica una diferencia de 10-20 veces en la dosis diaria. La vía de administración puede determinar diferencias en los efectos beneficiosos y adversos; así, la vía transdérmica es la que menor riesgo de tromboembolismo produce<sup>24</sup>, por lo que podría reservarse a los transexuales de mayor edad (mayores de 40 años) o como forma de mantenimiento una vez conseguidos los efectos feminizantes a través de otras vías de administración. Tras la cirugía las dosis deben reducirse al mínimo, para que no presenten síntomas de deficiencia y que proteja frente a la osteoporosis.

- Etinil estradiol: Es el estrógeno más potente, muy barato, fácilmente disponible pero sólo combinado con progesterona.

- Estrógenos conjugados: La dosis activa en transexuales puede llegar hasta unas 7 veces (5 mg/día) la de mujeres postmenopáusicas<sup>25</sup>. Se metabolizan ampliamente en el hígado y con menos efectos adversos que otros.

- 17 $\beta$ -estradiol: Es el más potente de las 3 formas naturales de estrógenos (estradiol, estrona y estriol). Puede administrarse por vía oral, intramuscular o transdérmica. Esta última forma podría ser interesante por su menor frecuencia de efectos adversos, pero en muchos pacientes da problemas en el lugar de aplicación y son caros.

- Estriol: Es menos potente; usado en vaginitis y otros problemas en mujer postmenopáusica. En transexuales se precisan altas dosis, y sin ventajas sobre otros.

En resumen, como tratamiento estándar podríamos usar 100  $\mu$ g/día de etinil estradiol por vía oral. La vía transdérmica debería reservarse para los mayores de 40 años, con mayor riesgo de tromboembolismo (12% frente al 2,1% en más jóvenes<sup>25</sup>), a dosis de dos parches de 100  $\mu$ g/semana. La vía intramuscular “depot” no debe usarse por rutina porque en caso de efectos adversos puede tardar semanas hasta que se normalicen en sangre los valores de estradiol, y además, en caso de abuso esta dosis es mucho mayor. Cuando se haya completado la genitoplastia la dosis puede ser reducida al mínimo que no produzca síntomas de deficiencia y que proteja frente a la osteoporosis.

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

### **Tratamiento hormonal de transexuales de mujer a varón**

La supresión del efecto de los estrógenos sobre los caracteres sexuales no puede ser anulado por antihormonas. Los antiestrógenos administrados a una mujer estimularían a las gonadotropinas y consecuentemente a la secreción ovárica de estrógenos. Podrían usarse los análogos de LHRH, pero aunque inhiban la función ovárica no suprimen los caracteres sexuales femeninos, y además producen sofocos. Los transexuales de mujer a varón aborrecen su menstruación, y ésta puede desaparecer con progestágenos por sus propiedades antigonadotrópicas (acetato de medroxiprogesterona, lynesterol o norethisterona), aunque también a los 2-3 meses del tratamiento androgénico. Para la inducción de los caracteres sexuales son necesarios los andrógenos<sup>26</sup>. Estos ejercen un poderoso efecto sobre el proceso de virilización, pero la conclusión puede tardar entre 2 a 4 años, y a veces más. Los resultados dependen de factores genéticos y raciales. Se usa testosterona por vía intramuscular, ya que la vía oral no suprime totalmente la menstruación en la mitad de los transexuales, y necesitaría la adición de un progestágeno. El tratamiento con andrógenos suele provocar acné y efectos desfavorables sobre el perfil lipídico, que coloca a los transexuales de mujer a varón en la categoría de riesgo vascular de los hombres. Por ello deben procurar no fumar, hacer ejercicio físico y prevenir el sobrepeso y la hipertensión arterial.

Los cambios en el aspecto externo producidos suelen ser bastantes satisfactorios, aunque el aumento de la secreción sebácea de la piel puede llegar a ser un problema. Respecto a otros hombres, los transexuales de mujer a varón son más bajos de talla. El clítoris se alarga en todos los sujetos, aunque en grado variable, y a veces es suficiente para relaciones sexuales satisfactorias con una mujer, toda vez que aumenta la libido tras el tratamiento androgénico. El tratamiento debe continuar tras la ovariectomía para prevenir los sofocos, la pérdida de las características masculinas y ante todo la osteoporosis. El tratamiento hormonal no erradica por completo el vello facial. Esto se consigue por la electrólisis, que es un método seguro, con algunas molestias y rara vez cambios de pigmentación, cicatrices y foliculitis, y habitualmente lento (hasta 2 años) que facilita a menudo la experiencia de la vida real. No precisa autorización médica. La depilación por láser es una técnica nueva alternativa, pero la experiencia es aún limitada.

### Efectos adversos del tratamiento hormonal

Pocos estudios sistemáticos sobre efectos adversos del tratamiento hormonal han sido publicados. Meyer et al<sup>24</sup> encuentran en 90 transexuales sólo alteraciones de las enzimas hepáticas y moderadas elevaciones en suero de colesterol y triglicéridos. En estudios de casos se describen embolismo pulmonar, trombosis cerebral, infarto de miocardio, hiperplasia de próstata y cáncer de mama en transexuales tratados con estrógenos, e infarto de miocardio en transexuales tratados con andrógenos (tablas 11, 12 y 13).

En un estudio efectuado en 1989 por Asscheman et al<sup>25</sup> se señalan, en una población de 303 transexuales varón a mujer, los siguientes efectos adversos: hiperprolactinemia (46 casos), cambios de humor depresivo (25), elevación de enzimas hepáticas (22), incremento de eventos tromboembólicos (19), hipertensión arterial (14) y otros. Y en 122 transexuales M-a-H: incremento de peso (21 casos), acné (15), elevación de enzimas hepáticas (7), hipertensión arterial (3) y otros. La ausencia de prestación sanitaria en el sistema público para los TIG promueve la automedicación. Con esta práctica los riesgos se incrementan, como lo seña-

la un reciente estudio<sup>6</sup>, donde se apuntan los efectos adversos en 31 transexuales de varón a mujer y 26 transexuales de mujer a varón.

### Control y seguimiento de las actuaciones clínicas

Las actuaciones clínicas para la asistencia de los TIG deben ser practicadas por un equipo multidisciplinar. El proceso diagnóstico debe llevarlo a cabo el psiquiatra o psicólogo, y suele durar 3-6 meses. La psicoterapia, si se precisa, llevará otros 6 meses. La valoración endocrinológica y el tratamiento hormonal suele requerir 1,5-2 años antes de la cirugía de reasignación de sexo, con controles cada 3 meses durante el primer año, y después cada 6 meses. Tras la cirugía es absolutamente necesario un seguimiento médico a largo plazo, y en algunos casos también psicológico. Se recomiendan controles periódicos de por vida, primero anuales y luego más espaciados. Estos controles sirven para detectar y corregir efectos adversos del tratamiento, así como para el diagnóstico precoz del cáncer de mama o próstata, de la osteoporosis y de la enfermedad cardiovascular o hepática. Este seguimiento es importante además para conocer los beneficios y limitaciones de la cirugía, parte fundamental de la investigación clínica.

### Bibliografía

1. Benjamin H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press, 1966.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
3. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneve. WHO, 1993.
4. Levine SB, Brown G, Coleman E, Cohen-Kettenis P, Hage JJ, van Maasdam J, et al. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders (Fifth Version), 1998.

<http://www.tc.umn.edu/nlhome/m201/colem001/hbigda/hstndrd.htm>

5. Meyer III W, Bockting W, Cohen-Kettenis P, Coleman E, DiCeglie D, Devor H, et al. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders -Sixth Version. IJT 2001;5(1), [http://www.symposion.com/ijt/soc\\_01/index.htm](http://www.symposion.com/ijt/soc_01/index.htm)
6. Becerra A, de Luis DA, Piédrola G. Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. Med Clin (Barc) 1999;113:484-487.
7. Best L & Stein K. Surgical gender reassignment for male to female transsexual people. The Wessex Institute for Health Research & Development, UK, DEC Report No. 88, 1998.  
<http://www.epi.bris.ac.uk/rd/publicat/dec/dec88.pdf>
8. Briones E. Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía. Ed: AETSA, Sevilla, 2000.
9. Becker S, Bosinski H, Clement U, Eicher W, Goerlich T, Hartmann U, et al. German Standards for the Treatment and Diagnostic Assessment of Transsexuals. IJT 1998;2(4), <http://www.symposion.com/ijt/ijt0603.htm>
10. Baile M, Sua J. Cirugía para cambio de sexo. Vitoria: Departamento de Sanidad. Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA), 1999.
11. Migeon CJ and Wisniewski AB. Sexual differentiation: from genes to gender. Horm Res 1998;50:245-251.
12. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature 1995;378:68-70.
13. Cohen-Kettenis PT & Gooren LJG. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. J Psychosomatic Research 1999;46:315-333.
14. Pauly IB. The current status of the change of sex operations. J Nerv Mental Dis 1968;147:460-471.
15. Walinder J. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. Br J Psychiatry 1971;119:195-196.
16. Hoenig J & Kenna JC. The prevalence of transsexualism in England and Wales. Br J Psychiatry 1974;124:181-190.

17. Eklund PLE, Gooren LJG, Bezemer PD. Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Br J Psychiatry* 1988;152:638-640.
18. Bakker A, van Kesteren PJM, Gooren LJG, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:237-238.
19. van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA. An Epidemiological and Demographic study of transsexuals in The Netherlands. *Arch Sex Behav* 1996;25:589-600.
20. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población a 20-12-2002. INE, Dicbre. 2002.
21. Landén M, Walinder J, Lundström B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:221-223.
22. Esteva I, Bergero T, Giraldo F, Cano G, Ruiz S, Crespillo C, et al. Unidad de trastornos de identidad de género de Andalucía. Experiencia del primer año de funcionamiento. *Endocrinología y Nutrición* 2002; 49:71-74.
23. Asscheman H & Gooren LJG. Hormone treatment in transsexuals. *J Psychol Human Sex* 1992;5:39-54.
24. Meyer WJ, Webb A, Stuart CA, Finkelstein JW, Lawrence B, Walker PA. Physical and hormonal evaluation of transsexual patients during hormonal therapy. *Arch Sex Behav* 1986;15:121-138.
25. Asscheman H, Gooren LJG, Eklund PLE. Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism* 1989;38:869-873.

**Criterios diagnósticos de transexualismo<sup>5</sup>**

- Sentido de incomodidad con el sexo anatómico
- Deseo de librarse de los propios genitales para vivir como miembro del otro sexo
- Alteración continua (no limitada a periodos de estrés), durante al menos 2 años
- Ausencia de intersexo físico o anomalía genética
- Ausencia de alteración mental coexistente (esquizofrenia u otros)

**Fases, responsables y duración del proceso de reasignación de sexo**

| Fases terapéuticas                                | Responsable                           | Duración    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Diagnóstico (y psicoterapia)                      | Psicoterapeuta (Psicólogo/Psiquiatra) | 3-6 meses   |
| Valoración endocrinológica y tratamiento hormonal | Endocrinólogo                         | 1,5-2 años  |
| Experiencia de vida real                          | El paciente                           | 1,5-2 años  |
| Cirugía reasignación sexo                         | Cirujano                              | -           |
| Controles y seguimiento                           | Endocrinólogo                         | De por vida |

**Teorías propuestas para explicar el origen del transexualismo**

- Teoría genética: No se ha demostrado ninguna alteración del sexo genético y el cariotipo es el de su sexo biológico.
- Teoría neurohormonal: Debido a los potentes efectos de los esteroides sexuales y gonadotropinas sobre el desarrollo somático (y también cerebral), se pensó en diferentes niveles en transexuales. Estas hormonas inducirían una lateralización cerebral produciendo una asimetría. No ha podido tampoco demostrarse en humanos.
- Teoría psicosocial: Destaca la influencia ambiental familiar sobre el desarrollo de la identificación sexual. Empíricamente se ha hablado de una madre hiperprotectora y autoritaria y un padre pasivo y débil, ausente del hogar. Pero estos patrones son referidos con frecuencia en diversas alteraciones psicológicas, como en la anorexia nerviosa u otras.
- Teoría multifactorial: Llamada de los “periodos sensibles”, en donde se destaca la estrecha relación entre lo innato o hereditario y lo adquirido o ambiental. Hay factores externos (familiares o sociales) con gran poder de influencia sobre la identidad del sexo en determinados periodos de cambio de la vida (infancia, pubertad, adolescencia, etc) en sujetos especialmente susceptibles de manera innata.

## Clasificación de los trastornos de identidad de género (TIG) según el DSM-IV y el CIE-10

| Manual | Cuadros            | Subdivisión                        | Criterios                                                                             |
|--------|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| DSM-IV | TIG                | Infancia<br>Adolescencia<br>Adulto | Reúnen los criterios diagnósticos                                                     |
|        | TIG No Específicos |                                    | No los reúnen                                                                         |
| CIE-10 | Transexualismo     |                                    | Los mismos que DSM-IV                                                                 |
|        | Transvestismo      | No fetichista<br>Fetichista        | Llevar ropa del sexo opuesto para experimentar pertenecer a él sólo de forma temporal |
|        | TIG de la infancia | Niños<br>Niñas                     | Específicos para cada sexo                                                            |
|        | Otros TIG          |                                    | No específicos, genitales ambiguos                                                    |
|        | TIG No Específicos |                                    | No específicos                                                                        |

## Diversos estudios de prevalencia sobre los trastornos de identidad de género

| Autor                            | Año  | País         | Varón a mujer | Mujer a varón | Relación varón a mujer/mujer a varón |
|----------------------------------|------|--------------|---------------|---------------|--------------------------------------|
| Pauly et al <sup>15</sup>        | 1968 | EE.UU.       | 1/100.000     | 1/400.000     | 4                                    |
| Walinder et al <sup>16</sup>     | 1971 | Suecia       | 1/37.000      | 1/103.000     | 2,8                                  |
| Hoening y Kenna <sup>17</sup>    | 1974 | Reino Unido  | 1/30.000      | 1/100.000     | 3,3                                  |
| Eklund et al <sup>18</sup>       | 1980 | Países Bajos | 1/45.000      | 1/200.000     | 4,4                                  |
| Eklund et al <sup>18</sup>       | 1986 | Países Bajos | 1/18.000      | 1/54.000      | 3                                    |
| Bakker et al <sup>19</sup>       | 1993 | Países Bajos | 1/10.000      | 1/30.000      | 3                                    |
| Van Kesteren et al <sup>20</sup> | 1996 | Países Bajos | 1/11.900      | 1/30.400      | 2,5                                  |

**Pruebas de valoración endocrinológica en pacientes con trastornos de identidad de género (TIG)**

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anamnesis                                                                                    |
| Antecedentes personales y familiares                                                         |
| Hábitos higienicodietéticos y tóxicos                                                        |
| Datos antropométricos y presión arterial                                                     |
| Perfil hidrocarbonado y lipídico                                                             |
| Pruebas de función renal y hepática                                                          |
| Pruebas de coagulación                                                                       |
| Perfil hormonal (eje H-H-gonadal y otros)                                                    |
| Técnicas de imagen (ecografía hepática, Tomografía Axial Computerizada de Silla Turca, etc.) |
| Cariotipo                                                                                    |
| VIH, Macariotipo                                                                             |
| VIH, marcadores de hepatitis                                                                 |

**Contraindicaciones del tratamiento estrogénico**

| Absolutas                   | Relativas                                 |
|-----------------------------|-------------------------------------------|
| Enfermedad tromboembólica   | Hipertensión arterial grave               |
| Obesidad mórbida            | Diabetes Mellitus                         |
| Cardiopatía isquémica       | Antecedentes familiares de cáncer de mama |
| Enfermedad cerebrovascular  | Hiperprolactinemia                        |
| Hepatopatía crónica         | Tabaquismo                                |
| Hipertrigliceridemia severa | Cefalea refractaria                       |

## Contraindicaciones del tratamiento androgénico

| Absolutas                 | Relativas                      |
|---------------------------|--------------------------------|
| Insuficiencia hepática    | Epilepsia                      |
| Hepatitis aguda o crónica | Hemicrania                     |
| Síndrome nefrótico        | Insuficiencia renal            |
| Descompensación cardíaca  | Insuficiencia cardíaca latente |
|                           | Poliglobulia                   |
|                           | Dislipemia severa              |

## Efectos deseados del tratamiento hormonal

| En transexuales de varón a mujer                                   | En transexuales de mujer a varón        |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Crecimiento de mamas                                               | Profundidad permanente de la voz        |
| Aumento de la suavidad de la piel                                  | Agrandamiento permanente del clítoris   |
| Redistribución de la grasa grasa corporal                          | Cierta atrofia mamaria                  |
| Disminución del vello corporal                                     | Aumento fuerza muscular                 |
| Enlentecimiento o detención de la pérdida de cabello en "entradas" | Ganancia de peso                        |
| Disminución del tamaño testicular                                  | Crecimiento del vello corporal y facial |
| Pérdida de erecciones                                              | Calvicie de patrón masculino            |
| Pérdida de la fertilidad                                           | Aumento del interés social y sexual     |
|                                                                    | Disminución de la grasa en la cadera    |

### Fármacos y dosis para el tratamiento hormonal del transexualismo

| Mecanismo de acción                             | Compuesto químico      | Nombre comercial   | Dosis media           |
|-------------------------------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|
| Análogos de LHRH                                | Goserelina             | Zoladex 3,6        | 3,6 mg/mes, s.c.      |
|                                                 | Triptorelina           | Decapeptyl 3,75    | 3,75 mg/mes, i.m.     |
| Inhib. síntesis andrógenos (testosterona y DHT) | Espironolactona        | Aldactone          | 100-200 mg/día, v.o.  |
|                                                 | Finasterida            | Proscar            | 5 mg/día, v.o.        |
|                                                 | Flutamida              | Eulexin            | 750 mg/día, v.o.      |
| Antigonadotrópicos                              | Acetato de ciproterona | Androcur           | 100 mg/día v.o.       |
|                                                 | Medroxiprogesterona    | Progevera          | 5-10 mg/día, v.o.     |
|                                                 |                        | Depo-Progevera     | 150 mg/mes, i.m.      |
|                                                 | Linestrenol            | Orgametril         | 5-10 mg/día, v.o.     |
|                                                 | Noretisterona          | Primolut-Nor       | 5-10 mg/día, v.o.     |
| Bloqueantes receptores androgénicos             | Acetato de ciproterona | Androcur           | 100 mg/día, v.o.      |
|                                                 | Espironolactona        | Aldactone          | 100-200 mg/día, v.o.  |
| Estrógenos                                      | Etinilestradiol        | Neo-Lyndiol        | 100 µg/día, v.o.      |
|                                                 | E. conjugados          | Premarin           | 1,25-2,5 mg/día, v.o. |
|                                                 | 17β-estradiol          | Progylluton        | 2-4 mg/día, v.o.      |
|                                                 |                        | Gynodian Depot     | 4-20 mg/mes, i.m.     |
|                                                 |                        | Estraderm TTS      | 50-100 µg/día, v.t.d. |
|                                                 | Estriol                | Synapause          | 4-6 mg/día, v.o.      |
|                                                 |                        | Ovestinon 0,250 mg | 4-6 mg/día, v.o.      |
| Andrógenos                                      | Esteres testosterona   | Testex Prolongatum | 250 mg/15 días, i.m.  |
|                                                 | Parches testosterona   | Androderm          | 5 mg/día, v.t.d.      |

Efectos adversos del tratamiento hormonal en transexuales de mujer a varón

|                              |
|------------------------------|
| Retención hidrosalina        |
| Hipertensión arterial        |
| Poliglobulia                 |
| Alteraciones perfil lipídico |
| Alteración función hepática  |
| Calvicie y acné              |
| Aumento de la agresividad    |
| Aumento de la libido         |

Efectos adversos del tratamiento hormonal en transexuales de varón a mujer

| Mayores                | Menores                     |
|------------------------|-----------------------------|
| Flebitis               | Náuseas y vómitos matinales |
| Tromboembolismo        | Astenia                     |
| Cáncer de mama         | Irritabilidad               |
| Insuficiencia hepática | Cefaleas, vértigos          |
| Hipertensión arterial  | Retención hídrica           |
| Depresión              | Aumento de peso             |

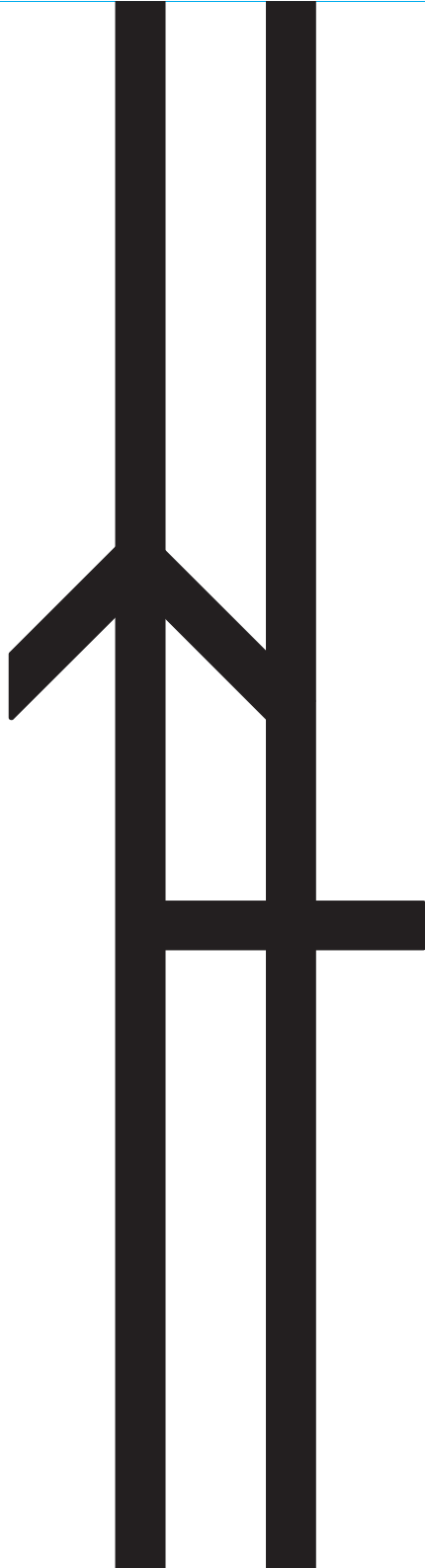
### Efectos adversos del tratamiento hormonal a nivel social

| Cambio en las relaciones: | Importante factor para:           |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Familiares                | Discriminación laboral            |
| Sociales                  | Pérdida del empleo                |
| Familiares                | Divorcio                          |
|                           | Pérdida de derechos con los hijos |

Antonio Becerra

Servicio de Endocrinología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid

email:: abecerra@telefonica.net



Calidad de vida tras la reasignación de sexo

## CALIDAD DE VIDA TRAS LA REASIGNACIÓN DE SEXO

Rosa Abenzoa. Médica. Sexóloga. Instituto de Sexología.

### Calidad de vida tras la reasignación sexual

El título de mi ponencia es “Calidad de vida tras la cirugía de reasignación sexual” en individuos afectos de una particular irregularidad en su proceso de diferenciación sexual.

Me refiero a la calidad de vida o grado de bienestar que viven y refieren los individuos afectados de ese grado extremo de disforia de los sexos que dio en denominarse trassexualismo o transexualidad, tras la puesta en marcha de ese tratamiento reparador o rehabilitador que es la cirugía denominada “de cambio de sexo o reasignación sexual”.

Dicha cirugía, siendo como representa el momento cumbre de la realización y confirmación de la identidad sexual como realidad interna de un individuo frente a la realidad externa del mismo, no es a mi entender sino uno de los momentos críticos, tal vez el más dramático, por los que pasa el peculiar desarrollo sexual de los individuos transexuales al someterse al largo proceso reparador que significa todo Proceso de Reasignación Sexual.

Durante el periodo de tiempo comprendido entre 1989 y 1996 aproximadamente, tuve el gusto, también el susto y la gran responsabilidad de trabajar con unos cuantos pacientes, tal vez clientes, que presentaban todos una misma forma de peculiar intersexualidad subjetiva con diferentes grados de diferenciación sexual. Vaya por delante, mi agradecimiento a todos ellos.

### El amplio espectro intersexual: un abordaje sexológico de la transexualidad

Durante esos años de ejercicio profesional llegaron a mi consulta diversas variedades de identidad sexual de las actualmente clasificadas en el DSM IV y CIE 10 como Transtornos de la Identidad Sexual, o más claramente

Transtornos de la Identidad de Género para dejar claramente especificado que se trata de desordenes de la esfera psíquica o mental.

Sin embargo, las investigaciones efectuadas durante los veinte o veinticinco últimos años sobre diferenciación sexual cerebral apuntan, cada vez más, a señalar pequeños signos o irregularidades producidas a lo largo de los procesos de diferenciación sexual intrauterinos y postnatales, que podrían en su momento explicar que: lo que nos pareció ilusión o delirio bien pudiera considerarse, tal como expresa el Dr. Louis Gooren “como un trastorno del proceso de diferenciación sexual, en el que la diferenciación sexual del cerebro (de su funcionalidad) no sigue el curso normal establecido por los cromosomas, las gónadas y los genitales, sino que se entrecruza con el curso del desarrollo del otro sexo”.

A este respecto recuerdo comentarios de pacientes nacidos hembras con diferenciación sexual subjetiva a varón, y recuerdo concretamente a uno que hace una decena de años, durante la fase de evaluación diagnóstica me decía jocosamente: “tú no te lo crees y nos tratáis como locos, pero algún día descubriréis que lo que me ocurre a mí, y a otros como yo, es una cuestión natural y no de coco”. Y a mi se me ponía cara de Esfinge mientras recordaba aquel párrafo del libro *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales* del Dr. Marañón que dice: “...a medida que los estudios sobre biología sexual han ido progresando, se ha visto, cada vez con mayor claridad, que “el varón-tipo” y “la hembra-tipo” son entes casi en absoluto fantásticos; y que, por el contrario, los estados de confusión sexual, en una escala de infinitas gradaciones que se extienden desde el hemafroditismo escandaloso hasta aquellas formas tan atenuadas que se confunden con la normalidad misma, son tan numerosos, que apenas hay ser humano cuyo sexo no esté empañado por la sombra de una duda”.

Con la perspectiva que da el tiempo y la distancia clínica, hoy en día pienso honestamente que la evolución existencial de los individuos clasificados como transexuales y su acceso a una calidad de vida lo suficientemente buena, pasa por un abordaje de tratamiento intersexual que les desclasifique tanto como enfermos o trastornados mentales, o por lo menos sospechosos de serlo, como de transexuales, ya que la máxima aspiración de todo genuino transexual es dejar de serlo.

En la actualidad ha ocurrido un fenómeno tan curioso como qué un concepto tan estrictamente clínico, como es el de transexualidad, se está convirtiendo en una suerte de identidad social, que los propios afectados o por lo menos aquellos cuya disforia sexual es extrema no entienden ni aceptan. Por el contrario suele suceder que los individuos afectados de tal síndrome son cualquier cosa menos transexuales, tal y como socialmente se está tratando el término; su meta, su aspiración y su máximo anhelo pasa por alcanzar el suficiente grado de diferenciación sexual como para poder situarse claramente en la vida como hombres o mujeres normales, ciudadanos anónimos con biografías propias, tal vez son más complicadas que otras, pero que pretenden sobre todo y por encima de todo simplificar su vida para poder normalizarla.

De hecho lo que nos muestra la experiencia, es que todo individuo aquejado de un síndrome transexual que de modo imperioso se somete a un proceso de reasignación sexual acepta su existencia intersexual en el más estricto sentido del término, sobre todo en el caso de los transexuales hembras-hombres, y de hecho su bienestar emocional, afectivo, erótico, social, profesional y existencial pasa por la aceptación incondicional de una manifiesta intersexualidad.

El/la transexual genuinos pueden aceptar ser un hombre o una mujer intersexual, sin embargo no pueden vivir sin expresar y desarrollar su senda y propia identidad de hombre o mujer, no pueden vivir con la angustia y el malestar que produce el crónico aislamiento, el disimulo, la evitación del contacto, el silencio corporal al que deben someterse para no volverse locos y salir gritando.

Uno de mis pacientes refería su experiencia como un “sentirse sin percibirse”, y el desarrollo del ser pasa por su corporalidad, por la adquisición de conciencia de cuerpo, de un cuerpo sentido y percibido como propio, de un cuerpo que de forma y talante al sentimiento identitario, a la realidad subjetiva, íntima y privada que cada individuo desarrolla de si mismo, como hombre o mujer.

### Calidad de vida tras la cirugía de reasignación sexual

Comprender a un sujeto transexual no es tarea fácil. A pesar de que es un trabajo tan gratificante como rico en matices y vivencias para todos los profesionales necesarios en el tratamiento integrador, que supone todo el proceso de reasignación sexual, la relación con individuos de estas características siempre es perturbadora.

En principio es difícil comprender que tenemos que dar crédito a la información subjetiva que nos da el paciente. Estamos acostumbrados a que la primera distinción que hacemos de un congénere es su sexo. ¿Hombre o mujer?...y nuestro cerebro se sitúa. Sin embargo frente a un estado intersexual o, como diría Hirsfield, ante un intersexo surge la confusión. Es necesario entablar relación para que vaya definiéndose la naturaleza o el carácter sexual de la misma. Y en el caso de la transexualidad el carácter sexual impreso en la relación vendrá definido por la expresión de la identidad sexual del sujeto a explorar.

La calidad de vida es un concepto tan etéreo y subjetivo como la misma identidad sexual. Y para poder evaluarla hay que poder entender y empatizar con los sentimientos, vivencias y valores que expresa la persona transexual antes, durante y después del tratamiento de reasignación. Del antes no nos ocuparemos en esta ocasión, pero solo decir que en general la calidad de vida previa a la reasignación de un individuo transexual sino es mala, es peor.

El/la transexual genuinos, aquellos que llegan con una demanda clara y persistente en el tiempo de reasignación quirúrgica, llegan con tal estado de disforia, de malestar, de aislamiento que si tomamos como indicadores de calidad de vida el grado de bienestar y estilo de vida habría que reconocerlos como muy malos.

El transexual genuino, él o ella, ha sometido a tal silencio y aislamiento su sexualidad y su corporalidad, que pide a gritos ser entendido, mirado y reconocido. Necesita salir, necesita expresarse y necesita esponjarse casi tanto como respirar. Mi experiencia básicamente ha consistido en trabajar con transexuales de naturaleza femenino-masculina, y una de las primeras experiencias más relatadas como muy gratificantes y satisfactorias, tras la fase quirúrgica o “de liberación” en el grado que sea, es el hecho

del despertar de sus sentidos. El hecho de quitarse la ropa, de mirarse al espejo y reconocerse, de sentir el sol y el aire en sus cuerpos. Tras la cirugía van reconstruyendo todas aquellas sensaciones primarias que se habían negado desde la pubertad. Algo tan normal como estar en medio de una multitud sin evitar entrar en contacto con los otros cuerpos, algo tan simple como recibir el abrazo de los amigos o de sus parejas les permite abrirse al mundo y a sus estímulos, les permite entrar en el inmediato intercambio de la comunicación corporal a través de la reconciliación con su sistema perceptivo, a través de los sentidos.

En general no soy amante de la cirugía y tiendo a acercarme a ella con recelo, confesaré que sufrí mucho al vivir tan de cerca los procesos de reasignación sexual y sobre todo los momentos quirúrgicos despertaban en mí todo tipo de fantasmas y temores, pero debo decir que la calidad de vida de todas aquellas personas que acompañe hasta el quirófano y a algunos durante varios años, después mejoraron con mucho en cuanto a su nivel de bienestar físico, psíquico y social. De cualquier modo quisiera resaltar que si bien la cirugía palia con mucho sus problemas, y que el tratamiento hormonal sustitutivo bien controlado es una fiesta, creo que es estrictamente necesario hacer un seguimiento de apoyo emocional que puede durar años.

Desde mi punto de vista, él o ella, el transexual genuino no necesita el aprendizaje de habilidades en cuanto a los modos masculinos y/o femeninos. Habitualmente los han aprendido de forma espontánea y cada quién tras el proceso de reasignación se desarrolla a su suerte y verdad. Sin embargo si creo que necesita una elaboración vivencial que le permita integrar su biografía al completo para no negar su pasado y perder parte de su vida. Necesita aprender a aceptar los límites de la vida cotidiana y sobre todo a aceptar los límites de su nueva condición intersexual que también va a ser fuente de frustraciones y temores.

La calidad de vida, y por lo tanto su salud, incluida la salud sexual en sentido estricto y amplio, el grado de bienestar y el estilo de vida pasa por diferentes fases en las que se registran vivencias y calidades de vida distintas.

Puesto que básicamente podemos entender como calidad de vida el grado de satisfacción y felicidad percibidas por cada individuo y cada

grupo, vamos a hacer una revisión de las fases por las que pasa un individuo que se ha sometido a un proceso de reasignación sexual de hembra a hombre, según mi propia experiencia profesional.

### **Fases de la reasignación sexual postcirugía y calidades de vida**

#### **1.- Momento quirúrgico y fase de liberación....**

Con todas las complicaciones, sufrimiento, dolores e inconvenientes se percibe como bueno, con sensación de euforia y liberación. Aparecen también ansiedades a elaborar e inquietud.

Momento crítico: Reordenación del mundo interno y reconciliación corporal

#### **2.- Fase de hormonación, sexuación, pubertad y adolescencia**

La calidad de vida se registra como muy buena. Es una continua sorpresa y evolución. Representa el redescubrimiento del cuerpo y la proyección vital

#### **3.- Fase de adaptación erótica, función orgásmica y vínculos afectivos**

Subjetivamente es percibida como buena, los vínculos afectivos se reestructuran y la imaginación al poder. Es la proyección hedónica

#### **4.- Fase de integración biográfica y aceptación corporal**

Momento de autoafirmación. El pasado no debe cuestionar el presente ni la proyección futura. Se alcanza un buen nivel de aceptación y aunque se percibe la vida dolorosamente, el bienestar alcanzado suele ser bueno

#### **5.- Area de adaptación social y desarrollo laboral profesional**

Habitualmente este desarrollo es bueno y se percibe como gratificante

#### **6.- Fase de readaptación familiar y autoafirmación. Desarrollo del orgullo y la autoestima**

El grado de aceptación termina siendo bueno en la mayoría de los casos. Cambia la dinámica familiar con un nivel relacional referido como mejor que antes de la reasignación

### 7.- Fase de reasignación legal y elaboración de la omnipotencia, la agresividad y la aceptación de límites

Este momento suele remover agresividades y temores. Les confronta de nuevo con su problema y esto se vive mal. Cuando se acepta la reasignación legal el grado de bienestar se percibe como muy bueno

### 8.- Valoración subjetiva de su propia vida y desarrollo de capacidades para cubrir y satisfacer sus propias necesidades

Cuando se ha hecho un buen proceso de reasignación sexual conjuntamente con un proceso de individuación y maduración personal el balance y percepción de su calidad de vida es buena con limitaciones, pero lo suficientemente rica en satisfacciones y valores como para sentirse bien.

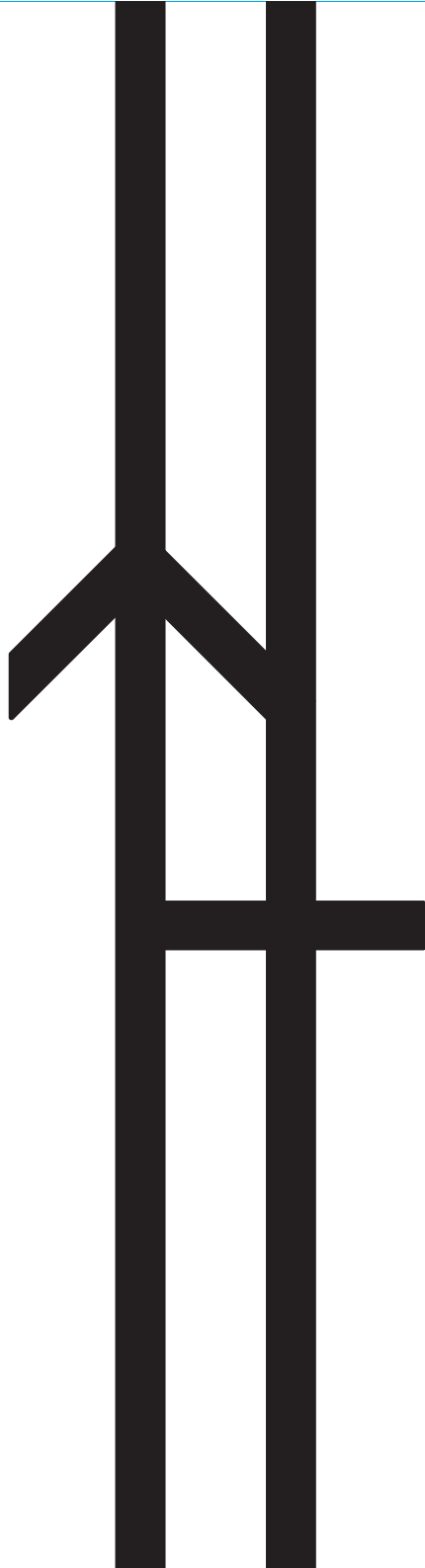
## Conclusiones

En términos generales, la calidad de vida de sujetos diagnosticados como transexuales tras el tratamiento rehabilitador o reparador que supone el proceso de reasignación corporal, podría calificarse, salvo complicaciones, como buena o muy buena comparativamente a su anterior estado de salud y bienestar.

Sin embargo no hay que llevarse a engaño y pensar que es un tratamiento satisfactorio ni de lejos. Si bien las cirugías de reasignación de hombre a mujer son física y funcionalmente aceptables, el grado de satisfacción corporal estéticamente hablando puede ser muy alto y aceptable o satisfactorio desde la funcionalidad genital, no es así en ninguna de las variantes quirúrgicas existentes para las cirugías de reasignación de signo contrario.

Los transexuales nacidos hembras no pueden pasar desnudos por hombres, estéticamente hablando, ni por casualidad. Estos sujetos deben aprender a vivir necesariamente un cuerpo yatrogenicamente intersexualizado, y lo que es peor sin visos de que mejore la técnica. Aceptan muy bien las cicatrices, viven lúdicamente toda su sexuación hormonalmente inducida, muestran un alto grado de adaptabilidad social, establecen vínculos estables con sus parejas, desarrollan una vida erótica y una amatoria rica

en gestos y placeres, pero saben que nunca podrán tener, a no ser que alguien lo remedie, lo que los demás hombres tienen: un pene; un pene con el que poder ofrecer y alcanzar más satisfacciones que orinar de pie.



## La transexualidad y el maltrato mediático

## LA TRANSEXUALIDAD Y EL MALTRATO MEDIÁTICO

Carla Antonelli. Directora del Portal de Información Transexual

### La transexualidad maltrato mediático versión nueva

Hemos asistido durante décadas a un maltrato generalizado por parte de los medios de comunicación hacia los transexuales. El único interés a la hora de difundir una noticia sobre el tema consistía en hacerla atractiva para los lectores, añadiéndole morbosidad y desposeyéndola de cualquier trazo humano posible. El público ha tenido una imagen distorsionada de los transexuales, nos ha contemplado como seres nocturnos, depravados y libinidosos que vivíamos al margen de cualquier contexto social. Los Reality Shows, en estos últimos años, han mostrado la España folclórica y profunda que no por dejar de ser verdad solamente es una parte de ella. Este sector de la población también necesita recibir información clara y precisa sobre temas que ignoran y automáticamente, rechazan, como es el caso de las personas transexuales. Este tipo de programas no están ayudando mucho en ese sentido ya que lo primordial son los niveles de audiencia a cualquier precio, hasta enterrando la dignidad de ciertos sectores sociales.

Poco a poco se ha conseguido cierta dignidad en las redacciones, aunque subyace un desconocimiento profundo de nuestra realidad. Intencionadamente o no, leemos "el transexual" cuando en realidad hablan de una mujer, (persona nacida con genitales masculinos pero que ha realizado transición al género femenino). Recientemente ha sacudido la prensa nacional el caso de una transexual canaria que inyectaba silicona en peluquerías ilegalmente. Se pudieron leer titulares como "Ingresa en prisión el aparcacoches que inyectaba silicona en peluquerías". Otros denominativos fueron, travestí, travestido etc. De golpe y porrazo la desposeyeron de su alma transexual. Juan Ramón González, alias "Eva"; frases como ésta denotan la falta de consideración y respeto hacia quienes un día decidieron unificar físico y mente, ignorando el largo y a veces difícil camino emprendido por personas que viven en la desesperación mas

absoluta por encontrarse prisioneros de un cuerpo que no les pertenece. La utilización de seres, que ya lo tienen bastante difícil en su lucha por la integración y normalización social en Reality Shows, es sangrante. Les prometen ayuda, en ese, su magazín televisivo, diciéndoles que van a ayudar a personas en su misma situación. Ellos y ellas asisten al plató, les sueltan cuatro fieras furibundas que les humillan, los tratan en masculino o femenino y se oyen frases como, “errores de la naturaleza” ó “enfermos” (esto último dicho en el sentido peyorativo de la palabra). Sabemos que la transexualidad es un problema de salud a remediar mediante tratamientos endocrinológicos y/o quirúrgicos. Así lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), Resoluciones del Parlamento Europeo (año 1989), psicólogos y demás profesionales. ¿En que benefician estos programas al colectivo transexual español?. Hagamos las salvedades correspondientes por los programas que han dignificado y elevado a la categoría de personas a transexuales masculinos y femeninas, con profesionales serios y cualificados. No es que hayan sido muchos, pero los ha habido.

Posiblemente todas estas situaciones sólo arrojan confusión, transmitiendo información errónea al espectador y lector, razones por las que cuando se solicita un puesto de trabajo se nos rechaza sistemáticamente, considerándonos personas problemáticas y de poco desear. Las razones socio-culturales-religiosas, también tienen mucho que ver. Recientemente el Vaticano ha afirmado que "la transexualidad no existe" en un documento interno, enviado bajo secreto a los representantes papales de cada país para ser difundido entre todos los obispos. El Vaticano, de un solo plumazo, nos ha negado la existencia pretendiendo por tanto privarnos de los derechos humanos básicos que corresponden a nuestro verdadero sexo. El documento de confidencial ya no tiene nada; fue publicado en todos los periódicos españoles y agencia internacionales, tales como EFE, Colpisa y otras tantas. La moderna Inquisición en los albores del tercer milenio galopa sobre un caballo llamado exclusión, atormentando a todos los creyentes católicos cuya realidad es la transexual.

Internet es el medio global mas importante de información, al alcance de cualquier usuario con una conexión a la Red, personas desde los mas lejanos rincones del planeta tienen acceso y comparten su realidad, seres

perseguidos muchas de las veces en sus países de origen, ejecuciones extraoficiales o realizadas por el mismo estado, penados a prisión y sentenciados al desprecio social. La red se convierte en válvula de escape, balón de oxígeno en donde son quienes realmente debieran ser. Un alto porcentaje en la búsqueda de la palabra transexual solo arroja páginas de pornografía y servicios sexuales. La creación de [www.carlaantonelli.com](http://www.carlaantonelli.com) se fraguó en la idea de informar con noticias de actualidad, logros y denuncias sobre el colectivo. Hacer desaparecer los tópicos y devolver la categoría de seres humanos a todas las personas que de un modo u otro fueron despojadas de ella.

Los medios de comunicación deben ser más sensibles hacia una problemática nada fácil. Necesitan aprender decálogos de comportamientos correctos. Éstos no harían falta si se aplicara el sentido común, respetando los principios de las libertades individuales o el libre desarrollo a la personalidad (artículo 10 de la Constitución Española). Se hace necesaria una concienciación para todos aquellos al final de una pluma o teclado. Precisamos de su apoyo en la labor de visibilización y normalización social, de lo otro ya vamos bien servidos. En definitiva, es una tarea relacionada con los derechos humanos que aporta un aprendizaje mutuo entre los profesionales de la información y el colectivo transexual.

Se recomienda a los medios de comunicación el seguimiento de ciertas pautas por motivos de sensibilización hacia los derechos humanos de las personas transexuales.

1. Surgida una noticia, el periodista debería contactar con colectivos de la zona, contrastando la información y preguntando maneras o modos de tratamiento hacia el o la transexual. Ante la duda, el profesional de la información no debe sentir temor o vergüenza y preguntar lo que no sepa con toda naturalidad.
2. En ningún caso articular en masculino a una mujer transexual y viceversa si se trata de un hombre transexual.
3. Los derechos de los transexuales son exactamente los mismos que los del resto de la ciudadanía. Con esta afirmación se quiere decir que el derecho al honor y la intimidad deben prevalecer en todo momento. Sentencias publicadas bajo iniciales nunca deben de ser reveladas con

sus nombres completos, puesto que ocasionan un grave perjuicio al afectado/a, que puede llevar un vida completamente normalizada y sin que nadie conozca su sexo pasado. Tampoco revelar la identidad anterior en cualquier otra circunstancia si el afectado/a no lo desea.

4. No buscar estereotipos sino tratar de mostrar la diversidad de la comunidad transexual (no sólo transexuales de mujer a hombre sino también de hombre a mujer, por ejemplo)

5. No eliminar la palabra transexual cuando se habla de colectivos o manifestaciones lesbianas, gays, bisexuales y transexuales, por una cuestión de visibilización de todo un conjunto.

Carla Antonelli

Directora del Portal de Información Transexual

<http://www.carlaantonelli.com>

[carlota22@wanadoo.es](mailto:carlota22@wanadoo.es)