

VARIABLES CLÍNICAS EN EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DE GÉNERO

María Fernández Rodríguez¹ y Elena García-Vega²

¹ Servicios de Salud de Asturias y ² Universidad de Oviedo

El objetivo de esta investigación es analizar algunas variables clínicas de una muestra de 19 transexuales femeninas (TF) (de hombre a mujer) y 14 transexuales masculinos (TM) (de mujer a hombre) que han realizado una demanda por disforia de género en los servicios de salud pública. La selección de los sujetos se realizó tras ser diagnosticados de transexualismo según los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV-TR y cumplir los estándares asistenciales de la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin. Los resultados ponen de manifiesto que las TF, a diferencia de los TM, recurren más a la autohormonación, se hormonan más y durante más años; además, realizan más cirugías, sobre todo en la cara, aunque también en el cuerpo. La mayoría de las personas transexuales son heterosexuales (93,9%). Mientras que un 10,5% de las TF sienten atracción por mujeres, ningún TM manifiesta tener una orientación homosexual, y, por último, un alto porcentaje de la muestra realiza la experiencia de la vida real en todos los contextos en proporciones similares para las TF y los TM.

Clinical variables in gender identity disorders. The purpose of this research is to analyze some clinical variables in a sample of 19 female transsexuals (FT) (male to female) and 14 male transsexuals (MT) (female to male) who have made a claim for gender dysphoria to the public health service. Subject selection was done after they were diagnosed of transsexualism according to diagnostic criteria of the ICD-10 and the DSM-IV-TR, and complies with standards of care of The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The results show that FT take more hormones and for more years and undergo a greater number of surgeries (feminizing), especially on the face, but also on the body. Most transsexuals are heterosexual. Whereas 10% of FTs are attracted to women, no MTs manifest a homosexual orientation and, lastly, a high percentage of the sample experiences real life in all the contexts of their lives, in similar proportions for FTs and MTs.

La carta de presentación de los seres humanos es fundamentalmente el cuerpo. Un cuerpo con un sexo biológico concreto (dimorfismo sexual) y además con una correspondencia con los modelos de masculinidad y feminidad vigentes en la sociedad (hombre masculino y mujer femenina). Pero no siempre las cosas se ajustan a las percepciones sensoriales a las que estamos acostumbrados. Así, en las personas que no presentan un trastorno de la identidad de género, la construcción y el desarrollo de su identidad de género no encuentra a priori dificultades al coincidir con el sexo biológico correspondiente. Sin embargo, en las personas transexuales no resulta tan sencillo. Ya desde la infancia tienen problemas por presentar una identidad de género que no se corresponde con su sexo de nacimiento. Posteriormente toman conciencia de que la imagen que les devuelve el espejo y las miradas del entorno no se corresponden con lo que sienten (se sienten hombre o mujer en clara discrepancia con su sexo biológico) y comienzan una búsqueda desesperada (todos sus esfuerzos están orientados a este fin en detrimento de cualquier área de su vida no relacionada

directamente con este tema) para la realización psíquica y social de la propia identidad. No se ven como se sienten y lo más relevante para el sujeto es lo que siente. El deseo de la persona transexual es “ser quien siento que soy”. Necesitan, entonces, con más fuerza que las personas no transexuales adecuarse a los estereotipos de masculinidad y feminidad vigentes en la sociedad, hacer propias aquellas características del sexo con el que se identifican y aquello que es propio de cada sexo no solo tiene que ver con comportamientos, actitudes o preferencias (género), sino también con una determinada anatomía.

El deseo o la necesidad de las personas transexuales de someterse a tratamiento de reasignación sexual a través de tratamientos hormonales y quirúrgicos han estado presentes en el terreno de las clasificaciones diagnósticas y en las definiciones de los distintos autores que han abordado el fenómeno del transexualismo.

El endocrinólogo Harry Benjamin realiza la primera definición del transexualismo en 1953 describiéndolo como “la asociación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y en consecuencia con el deseo de cambio de sexo”. Años después, en 1966, publica “The Transsexual Phenomenon”, donde escribe:

“Los verdaderos transexuales sienten que pertenecen al otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto, y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales primarios (testículos), lo mismo que los secundarios

Fecha recepción: 14-10-11 • Fecha aceptación: 14-5-12

Correspondencia: Elena García-Vega

Facultad de Psicología

Universidad de Oviedo

33003 Oviedo (Spain)

e-mail: elenagv@uniovi.es

(pene y el resto), son deformidades que el bisturí del cirujano puede cambiar seguramente” (Benjamin, 1953, p. 12).

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

“la convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo” (Stoller, 1968, pp. 89-90).

Becerra (2003) también refleja en su definición de transexualidad esta idea, cuando señala que 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.

En general, se refieren a las personas transexuales como mujeres que se sienten ‘atrapadas’ en cuerpos de hombre, y hombres que se sienten ‘atrapados’ en cuerpos de mujer.

Con respecto a las clasificaciones diagnósticas, y comenzando por los criterios Feighner (Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur y Muñoz, 1972), contemplan que uno de los cinco criterios necesarios para hacer un diagnóstico de transexualidad sería el fuerte deseo de parecerse físicamente al sexo opuesto por cualquier medio disponible, por ejemplo, manera de vestir, conducta, terapia hormonal y cirugía.

Desde que aparece por primera vez el diagnóstico de transexualismo en la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Sanitarios Relacionados en 1978 (CIE-9) y en la nomenclatura oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1980 (DSM-III) y hasta las Clasificaciones Internacionales actualmente en vigor, CIE-10 y DSM-IV-TR, se hacen patentes las demandas de las personas transexuales de tratamientos hormonales y/o quirúrgicos.

La CIE-10, que mantiene el término de transexualismo, lo define como: “El deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido”. Utilizando el término de trastorno de la identidad de género en vez de transexualismo, en la DSM-IV-TR se establece que “los adultos con trastorno de la identidad de género muestran el deseo de vivir como miembros del otro sexo. Esto se manifiesta por un intenso deseo de adoptar el papel social del otro sexo o de adquirir su aspecto físico, ya sea mediante tratamiento hormonal o quirúrgico”.

La catalogación de la transexualidad como un trastorno mental implica que estas personas deben someterse a una evaluación psiquiátrica para acceder a un tratamiento hormonal y/o quirúrgico, y en el caso español también para poder modificar su mención de sexo y nombre en documentos oficiales.

En la actualidad, los protocolos de tratamiento médico, internacionalmente aceptados para atender a estas personas, incluyen la cirugía de reasignación sexual siempre y cuando el paciente cumpla

con determinados criterios de elegibilidad y disposición. El protocolo del proceso transexualizador que tiene más aceptación general entre los distintos equipos de tratamiento está basado en los estándares propuestos desde la década de los 80 por la Asociación Internacional de Disforia de Género “Harry Benjamin”, que recomienda la terapia triádica (psicológica, hormonal y quirúrgica), marcando criterios específicos de elegibilidad y adicionales de disposición de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, HBGDA 1998; 2001). Esta asociación ha cambiado de nombre y en la actualidad se la conoce como Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH).

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

Método

Participantes

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

El rango de edad está entre los 16 y los 79 años (\bar{X} = 33,69 DT= 12,66). La edad mínima en las TF es de 16 años (\bar{X} = 38,42, DT= 13,3) y casi similar a la de los TM, que es de 17 años (\bar{X} = 27,28, DT= 9,1). La edad máxima de las TF es de 79 años frente a los 45 como edad máxima de los TM. Existen diferencias estadísticamente significativas (U de Mann Whitney= 62,500; p= 0,010).

Los sujetos están en momentos distintos de su proceso. Unos aún no han empezado el tratamiento hormonal ni han realizado tratamientos feminizantes y/o masculinizantes, mientras que otros ya están hormonándose o han realizado algunas cirugías corporales y/o faciales. Ninguna persona ha realizado cirugía de reasignación genital completa, aunque varios de ellos están propuestos y en lista de espera para realizar una genitoplastia.

Instrumentos

La evaluación psicológica es un proceso prolongado y complejo, basado en los estándares de la asociación Harry Benjamin y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el CIE-10, y en ella se lleva a cabo el proceso de diagnóstico de transexualismo, diagnóstico diferencial con otras patologías y comorbilidad. Cada paciente completó una entrevista semiestructurada, elaborada en esta unidad de acuerdo a los criterios referidos, y similar a las realizadas en otras unidades de referencia (Cano y Bergero, 2003), en la que se obtenían datos sociodemográficos, clínicos y psiquiátricos. De estos protocolos de evaluación hemos extraído las variables clínicas referidas en esta investigación, a saber: hormonación y/o autohormonación, cirugía facial, cirugía corporal, orientación sexual y experiencia de la vida real.

Procedimiento

La selección de los sujetos se realizará mediante muestreo consecutivo en los dos primeros años de funcionamiento de la UTIGPA y que tras el proceso de evaluación sean diagnosticados de transexualidad según los criterios diagnósticos y cumplan los estándares asistenciales de la Harry Benjamin. Son descartados otros trastornos de identidad de género o aquellas personas que, aun cumpliendo criterios diagnósticos, presenten comorbilidad psiquiátrica asociada grave.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un contexto de consulta y durante las citas programadas como sesiones de evaluación diagnóstica. Su aplicación fue individual.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante métodos descriptivos utilizando el paquete estadístico SPSS.

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

Resultados

En nuestra investigación ningún TM se había autohormonado, mientras que el 52,6% de las TF había realizado algún período más o menos largo de autohormonación.

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

El hecho de que las TF comiencen a hormonarse, aunque sea por su cuenta, a una edad más temprana que los TM da como resultado que la media de años que se llevan hormonando sea mucho mayor (6,5 años) que la del grupo de los TM, que es de 2,4 años (tabla 1).

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

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
¿Ha realizado períodos de autohormonación?						
Sí	10	52,6	00	0	10	30,3
No	09	47,4	14	100	23	69,7
¿Se está hormonando?						
Sí	14	73,7	08	57,1	22	66,7
No	05	26,3	06	42,9	11	33,3
Años de hormonación						
Media	6,5789		2,4286		4,8	
Desviación típica (t= 2,441; gl= 32; p= 0,20)	9,38270		4,3272		7,8	

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

No ocurre lo mismo cuando analizamos las cirugías corporales por separado, ya que la diferencia entre ambos grupos es similar. Más de la mitad de ambos grupos no ha realizado cirugías corporales (66,7%), y de los que sí las han realizado, el porcentaje es ligeramente mayor en las TF (36,8%) frente a los TM (28,6%) (tabla 2).

La gran mayoría de las personas transexuales son heterosexuales (93,9%), frente a un pequeño porcentaje (6,1%) que declaran tener una orientación homosexual. En este porcentaje solamente las TF (10,5%) estarían incluidas, ya que ningún TM manifiesta orientación homosexual (tabla 3).

Una gran mayoría de la muestra realiza la experiencia de la vida real, es decir, adopta un rol nuevo de identidad sexual ante los acontecimientos y circunstancias de la vida cotidiana. Esta

Variables	TF		TM		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Ha realizado cirugías de feminización o masculinización corporal y/o facial?						
Sí	8	42,1	4	28,6	12	36,4
No	11	57,9	10	71,4	21	63,6
Facial						
Sí	6	31,6	0	0	6	18,2
No	13	68,4	14	100	27	81,8
Corporal						
Sí	7	36,8	4	28,6	11	33,3
No	12	63,2	10	71,4	22	66,7

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

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

adaptación suele ser progresiva, y estrechamente relacionada con los cambios físicos que van realizando. Mientras que en todos los contextos la realiza un 63,6%, en algunos contextos el 18,2%, es decir, en la misma proporción de quienes no la realizan en ningún contexto de su vida. Las proporciones para las TF y los TM son bastante aproximadas, por lo tanto, apenas hay diferencia entre ambos grupos (tabla 4).

Discusión y conclusiones

El análisis de las variables relacionadas con la hormonación en ambos grupos nos permite observar que más de la mitad del grupo de TF se había autohormonado (52,6%), a diferencia del grupo de TM, en que ningún sujeto había iniciado el tratamiento hormonal por su cuenta. Están hormonándose por prescripción facultativa, en mayor medida las TF (73,7%) que los TM (57,1%), y como consecuencia de los resultados de las dos variables anteriores las TF tienen una media de años de hormonación significativamente mayor que los TM ($p=0,20$). Podemos, por tanto, concluir que las TF recurren más a la autohormonación, se autohormonan más y durante más años que los TM.

Las personas que se autohormonaban refieren conseguir y haber conseguido el tratamiento hormonal en la calle a través de las experiencias personales de sus iguales. Sin la confirmación de un diagnóstico previo y sin la supervisión médica oportuna se autoadministraban hormonas frecuentemente por ensayo o error o dependiendo de su asequibilidad en el mercado. Este alto porcentaje de TF que se han autohormonado, y además durante largas etapas de su vida, también ha sido hallado en el Hospital Carlos Haya de Málaga (Esteva et al., 2001) y en el Hospital Clinic de Barcelona, donde el 64,1% de las TF habían iniciado por su cuenta el tratamiento, mientras que solamente un 4,3% de los TM (Gómez Gil, 2006). Este elevado porcentaje de TF que realizan autotratamiento hormonal también concuerda con datos de estudios previos (Blanchard, Clemmensen y Steiner, 1987), donde se pone de manifiesto que la escasez de recursos sanitarios conlleva a hacer uso del autotratamiento hormonal con efectos secundarios para su salud. Se reflejan así los problemas que estos pacientes tienen para obtener tratamiento hormonal en hospitales públicos fuera y dentro de España y, en consecuencia, eleva el riesgo de complicaciones (Becerra, de Luis Román y Piédrola, 1999).

En nuestra investigación, un 42,1% de las TF habían realizado algún tipo de intervención quirúrgica y solamente el 28,6% de los TM lo habían hecho. Mientras que ningún miembro del grupo de TM había realizado cirugía facial, sí lo hicieron el 31,6% de las TF. Los TM en raras ocasiones demandan cirugías faciales para masculinizar su rostro. Por el contrario, las TF suelen realizar cirugías faciales ya que bajo la influencia de sus propias hormonas desarrollaron una estructura facial más robusta y angulada y que no revierte con el tratamiento hormonal (Becking, Tuinzing, Hage y Gooren, 1996). Por otra parte, los estereotipos de belleza son más rígidos para las mujeres que para los hombres (Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff, 1999).

Con frecuencia, los TM sienten gran rechazo hacia sus mamas que les impiden realizar una vida satisfactoria tanto en las relaciones de pareja como al realizar ciertas actividades de la vida diaria que impliquen exponerse (como ir a la playa o ponerse ropa de verano). En nuestra casuística un 28,6% de los TM había realizado la mastectomía como única intervención, frente a un 36,8% de las TF que habían realizado algún tipo de cirugía feminizante,

como la mamoplastia de aumento y la lipoescultura, fundamentalmente.

Al igual que las investigaciones llevadas a cabo por estudios nacionales e internacionales (Bergero, Cano, Esteva, Giraldo, Gornemann y Álvarez Ortega, 2001; Gómez Gil, Peri, Vidal, De Pablo y Valdés, 2003; Gómez Gil, 2006; Tsoi, 1993), más del 90% de nuestra muestra son personas con una orientación heterosexual. Este análisis es pertinente en esta población porque algunas investigaciones han constatado que generalmente los transexuales que manifiestan una orientación homosexual tras la intervención quirúrgica presentan mayores tasas de arrepentimiento y peor pronóstico que aquellos que presentan una orientación heterosexual (Blanchard, 1985; Blanchard, Steiner, Clemmensen y Dickey, 1989; Cohen Kettenis y Van Goozen, 1997; Kockott y Fahrner, 1987; Walinder, Lundström y Thuwe, 1978).

Cuando analizamos los dos grupos por separado, de las 33 personas de nuestra casuística, solamente dos de las TF manifiestan tener una orientación homosexual. Resultados similares a los nuestros fueron obtenidos en estudios españoles llevados a cabo por Hurtado Murillo, Gómez Balaguer y Donat Colomer (2005), donde el 61,5% de los TF y el 92% de los TM manifestaban orientación heterosexual.

Aunque la transexualidad puede aparecer en diferentes momentos del ciclo vital, la forma más frecuente (Becker y Kavoussi, 1989) y de mejor pronóstico tras la cirugía incluiría a aquellas personas que presentan alteraciones en la identidad de género desde la infancia. La clasificación que mantienen algunos autores (Gooren, 2006; Herman- Jeglinska, Grabowska y Dulko, 2002; Landen, Walinder y Lundström, 1998) entre transexuales primarios o tempranos y transexuales secundarios o tardíos puede orientar hacia el pronóstico. En los primarios o tempranos, la inconformidad está presente desde edad temprana, la conducta afeminada o masculina desde la niñez y son heterosexuales respecto al género sentido; mientras que los transexuales tardíos o secundarios detectan su condición aproximadamente después de los 35 años, a lo largo de su vida han tenido episodios transvésticos y es más probable que después de la cirugía de reasignación se arrepientan de su nueva condición. En los estudios llevados a cabo en España, más del 90% de los pacientes evaluados estarían dentro de los llamados transexuales primarios (Bergero et al., 2001; Esteva et al., 2001; Gómez Gil et al., 2003).

Por lo tanto, las dos TF (10,5%) de nuestra muestra, que además de tener una orientación homosexual son lo que denominaríamos "transexuales secundarios", serían las personas a valorar exhaustivamente por la posibilidad de peor pronóstico tras la cirugía de reasignación de sexo.

La última variable que se ha tenido en cuenta es si la persona transexual realiza la experiencia de vida real. Según los estándares asistenciales, la experiencia de la vida real pone a prueba el nivel de decisión, la capacidad de actuar como perteneciente al otro sexo y la armonía de los respaldos sociales, económicos y psicológicos. Con frecuencia las personas transexuales que llegan a la Unidad no han comenzado la experiencia de la vida real (o como mucho la realizan en contextos íntimos); posponen el ampliar o generalizar sus roles al comienzo de los tratamientos hormonales e incluso, en algunos ámbitos, como el laboral, esperan a realizar el cambio registral. En nuestra muestra un pequeño porcentaje (18,2%) aún no la realiza. Los menos, por cuestiones familiares e incluso, por miedo a ser rechazados en puestos de trabajo ya consolidados, solo realizan la experiencia de la vida real en algunos contextos (18,2%). Un alto

porcentaje de la muestra (63,6%), y en proporciones similares para las TF (63,2%) y para los TM (64,2%), realiza la experiencia de la vida real en todos los contextos. Coincide este porcentaje con la alta proporción de personas que se están hormonando. Probablemente este hecho facilite realizar la experiencia de la vida real, además de que es necesario hacerla como requisito previo a la cirugía.

Los resultados de este estudio confirman que existen características clínicas diferenciales entre los TM y las TF y solo en la realización de la experiencia de la vida real han obtenido porcentajes similares.

De otra parte, es interesante señalar la necesidad de una atención integral e integrada en los servicios sanitarios públicos de las personas con trastornos de la identidad de género. Poder garantizar que este tipo de terapia sea financiada por la sanidad pública (Gordon, 1991), además de proporcionar un tratamiento adecuado del problema, termina con la agonía de las personas transexuales que han buscado desde la ilegalidad los más diversos tratamientos poniendo en peligro no solo su salud mental, sino también su propia vida. Este peregrinaje y búsqueda de soluciones ha favorecido la marginalidad y la estigmatización de las personas transexuales.

Un último aspecto relevante que se desprende del estudio es poner de manifiesto que la intervención quirúrgica no tiene por

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

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

El debate sobre la desclasificación o despatologización de la transexualidad ha cobrado en los últimos años una gran importancia en el seno del activismo trans, gay y lésbico, y progresivamente ha ido captando la atención de diversos profesionales de la salud de todo el mundo. Coincidimos con Fernández (2010), sería conveniente que, categorías diagnósticas como los trastornos de identidad de género, desaparecieran de los futuros manuales diagnósticos de los trastornos mentales (Fernández, 2010; Missé y Coll-Planas, 2010).

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. rev.). Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).
- Becerra, A. (2003). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Becerra, A., de Luis Román, D.A., y Piédrola, G. (1999). Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para el cambio de sexo. *Medicina Clínica*, 113, 484-487.
- Becker, J.V., y Kavoussi, R.J. (1989). Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En J.A. Talbott, R.E. Hales y S.C. Yudofsky (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (pp. 579-595). Barcelona: Ancora (publicación original: 1988).
- Becking, A.G., Tuinzing, D.B., Hage, J.J., y Gooren L.J.G. (1996). Facial corrections in male to female transsexuals: A preliminary report on 16 patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 54, 413-418.
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. *International Journal of Sexology*, 7, 12-14.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Bergero, T., Cano, G., Esteva, I., Giraldo, F., Gornemann, I., y Álvarez Ortega, P. (2001). Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cirugía Plástica Iberoamericana*, 27, 263-272.
- Blanchard, R. (1985). Typology of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 247-261.
- Blanchard, R., Clemmensen, L.H., y Steiner, B.W. (1987). Heterosexual and homosexual gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 139-152.
- Blanchard, R., Steiner, B.W., Clemmensen, L.H., y Dickey, R. (1989). Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 43-45.
- Cano, C., y Bergero, T. (2003). Intervención psicológica en una unidad de trastornos de la identidad de género: un desafío sanitario. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 729-745). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cohen-Kettenis, P.T., y Van Goozen, S. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 263-271.
- Esteva, I., Giraldo, F., Bergero, T., Cano, G., Crespillo, C., Ruiz de Adana, S., Rojo, G., y Soriguer, F. (2001). Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cirugía Plástica Iberoamericana*, 27, 273-280.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S., Woodruff, R.A., Winokur, G., y Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Fernández, J. (2010). El sexo y el género: dos dominios científicos diferentes que debieran ser clarificados. *Psicothema*, 22(2), 256-262.
- Gómez Gil, E. (2006). La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínic de Barcelona en los últimos años. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 78, 55-64.
- Gómez Gil, E., Peri, J.M., Vidal, A., De Pablo, J., y Valdés, M.A. (2003). A demographic and psychiatric study of 116 applicants for sex reassignment in a spanish general hospital: *American Psychiatric Association*. 156th Annual Meeting. San Francisco.
- Gooren, L.J.G. (2006). The biology of human psychosexual differentiation. *Hormones and Behavior*, 50, 589-601.
- Gordon, E.B. (1991). Transsexual healing: Medical funding of sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 61-74.
- Herman-Jeglinska, A., Grabowska, A., y Dulko, S. (2002). Masculinity, femininity and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 527-534.
- Hurtado Murillo, F., Gómez Balaguer, M., y Donat Colomer, F. (2005). Transexualismo y sexualidad. *Cuadernos de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76-77, 16-28.
- Kockott, G., y Fahrner, E.M. (1987). Transsexuals who have not undergone surgery: A follow-up study. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 511-522.
- Landen, M., Walinder, J., y Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 189-194.
- Missé, M., y Coll-Planas, G. (ed.) (2010). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.

- Ross, M.W., y Need, J.A. (1989). Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: A follow-up of fourteen male to female patients. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 145-153.
- Stoller, R.J. (1968). *Sex and gender, I*. Nueva York: Karnak.
- The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (1998). The standards of care for gender identity disorders (5^a version). Mineapolis: HBIGDA.
- The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2001). The standards of care for gender identity disorders (6^a version). Mineapolis: HBIGDA.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M., y Tantleff, D.S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment body image disturbance*. Washington: American Psychological Association.
- Tsoi, W.F. (1993). Follow-up study of transsexuals after sex-reassignment surgery. *Singapore Medical Journal*, 34, 515-517.
- Walinder, J., Lundström, B., y Thuwe, I. (1978). Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. *British Journal of Psychiatry*, 132, 16-20.
- World Health Organization (1978). *International classification of diseases* (9^a ed.). Ginebra: WHO (trad. cast.: Madrid, Meditor, 1978).
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases* (10^a ed.). Ginebra: WHO (trad. cast.: Madrid, Meditor, 1992).
- World Professional Association for Transgender Health (2007). *WPATH XX Biennial Symposium*. Chicago. Recuperado de <http://blog.yam.com/readingintheruins/article/11656759>.