



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

# **¿Qué es la transexualidad? Una guía sobre diversidad sexual y de género**

Alumna: Beatriz Hernández Villarreal

Directora: Nereida Bueno Guerra

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Psicología

Curso 2018-2019

# ÍNDICE:

<b>1. Introducción.....</b>	<b>2</b>
1.1 Aproximación conceptual.....	2
1.2 Definición DSM.....	4
1.3 Prevalencia.....	8
1.3.1 Internacional.....	8
1.3.2 Nacional.....	10
1.4 Legislación nacional.....	10
<b>2. Métodos.....</b>	<b>15</b>
2.1 Estrategia de búsqueda.....	15
2.2 Criterios de exclusión e inclusión.....	15
2.3 Extracción de datos.....	16
<b>3. Resultados.....</b>	<b>16</b>
3.1 Resultados de la encuesta.....	16
3.2 Proceso hormonal.....	18
3.2.1 Transexualidad masculina.....	19
3.2.2 Transexualidad femenina.....	20
3.3 Proceso quirúrgico.....	21
3.4 Bienestar psicológico.....	23
Miedos:	
3.5 Estigmatización de pertenecer al colectivo transexual.....	24
3.6 Relaciones afectivo-sexuales.....	25
<b>4. Discusión.....</b>	<b>26</b>
4.1 Conclusiones.....	26
<b>5. Bibliografía.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO 1. Países donde pertenecer al colectivo LGTB está penado.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO 2. Encuesta.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO 3. Recursos interactivos.....</b>	<b>36</b>

# 1. Introducción:

## 1.1 Aproximación conceptual

Cuando hablamos de “**orientación sexual**” nos referimos a la atracción física, romántica y emocional que se genera entre dos o más personas. La orientación sexual se reduce al sexo al que se siente una persona atraída. Englobamos a personas heterosexuales (atracción por personas de diferente sexo), homosexuales (personas que se sienten atraídas por personas de su mismo sexo), bisexuales (personas que se sienten atraídas por personas indistintamente de ambos sexos) (Naciones Unidas, 2017) y asexuales (personas que no experimentan atracción por ningún sexo), aunque en este caso se habla también de ausencia de orientación sexual (Álvarez Munárriz, 2010).

La “**identidad de género**” también entendida como identidad sexual (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Pérez, & Becerra-Fernández, 2011) es aquella vivencia que se hace de la identidad sentida en lo respectivo al género. La identidad puede ser correspondida con el sexo biológico, como ocurre en las personas cisgénero o no correspondida, como ocurre en las personas transexuales, para las que su sexo sentido no se corresponde con su género asignado al nacer, con su sexo genético, gonadal, genital o morfológico (Becerra-Fernandez, 2003). En el caso de esta falta de correspondencia entre ambos sexos se puede vivir como una constante lucha, y vivir así los genitales del sexo opuesto al sentido con angustia, odio o ansiedad. A este cuadro de malestar se le denomina disforia de género, trastorno recogido en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales conocido como DSM por sus siglas en inglés “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (Association Psychiatric American, 2014). Más avanzada la lectura se tratará este tema.

Las personas con un sexo asignado al nacer masculino y un sexo sentido femenino son denominadas a través del anglicismo male to female (también se utiliza la abreviatura de MtF), mientras que en el caso contrario se expondría female to male (FtM). Es decir, siempre se utiliza el sexo asignado al nacer primero y posteriormente el sexo sentido. También se puede encontrar traducido, mujer a hombre, hombre a mujer, así como con guiones: male-to-female, female-to-male, mujer-a-hombre, hombre-a-mujer. Otra manera de designarse es el término de transexualidad masculina (referido a ftm) y transexualidad femenina (mtf), el adjetivo por tanto hace alusión al sexo sentido, aquel hacia el cual la persona desea hacer el cambio.

Sin embargo, este binarismo de identidad de género masculina o femenina a veces se tacha de reduccionista por personas no binarias, aquellas que no se consideran dentro del género masculino o del género femenino. Dentro de las personas no binarias hay diferentes clasificaciones. Por ejemplo, una persona que se identifica como masculina predominantemente, pero con aspectos de “otro” sexo por lo general se considerará masculina, pero en ciertos ámbitos se podría considerar perteneciente al género *queer* (personas que no se sientes identificadas con el modelo

organizativo establecido para la sexualidad)(Fonseca Hernández & Quintero Soto, 2009). Por otro lado, una persona que incorpora aspectos tanto masculinos como femeninos bien elaborados se denominaría andrógina o perteneciente al género mixto. Sin embargo, otra persona que contemple el género como algo más fluido, en referencia a que se “mueve” por él, se identificará como bigénero o género fluido. Hay personas que no se identifican con estas visiones, sino que reivindican la existencia de un “tercer género” o un “género intermedio” pensando que la imposición de los género binarios masculino o femenino son un constructo social (Richards, Bouman, Seal, & Barker, 2016). En cualquier caso, este tipo de debate excedería los objetivos y límites de espacio de este trabajo, pero se exponen resumidos para dejar constancia de la idiosincrasia en cuestiones de identidad de género. Cabe destacar, no obstante, para clarificar términos, que todas estas denominaciones se diferencian del concepto de intersexualidad, que es una condición médica innata definida como desajuste en el desarrollo sexual, por ejemplo, una alteración cromosómica (XXY, XX0). La estructura biomédica del sujeto sería una convergencia tanto de caracteres sexuales masculinos como femeninos, pero ninguno de ellos desarrollado completamente, dándose por ejemplo la confluencia de tejido testicular y ovárico (Cabral & Benzur, 2005). A lo largo de este trabajo, nuestra población de estudio serán las personas transexuales. Para ello, es necesario aclarar algunos conceptos previos.

En 1987, Alice Eagly enunciaba su teoría del **Rol Social de Género** donde asumía que las sociedades poseen una serie de reglas que asignan responsabilidades y roles a los miembros de su comunidad. Así cada persona posee su rol entendido como las actividades de las personas, así como los mecanismos para participar en la sociedad (Escartí, Musitu y Gracia, 1988).

Por ejemplo, los roles asignados en el mundo laboral derivan de la estereotipia de una comunidad y por ende de su cultura. Es decir, si un trabajo está tradicionalmente destinado a ser de hombres, por ejemplo, véase ser conductor de camiones, la tradicional concepción va a hacernos ver que si una mujer obtiene ese puesto algo se rompe en nuestra concepción de los roles. Los roles de género están muy ligados a la identidad de género. Con la temporalidad los roles cambian y así la concepción que poseemos del estereotipo del hombre y mujer (García-leiva, 2005).

Por otra parte, también se habla del **tipo de relaciones** amorosas según el número de personas implicadas. Existen relaciones de pareja monoamorosas o poliamorosas. Las relaciones monoamorosas son aquellas en las que hay un vínculo emocional, íntimo, sexual y duradero con pleno conocimiento de dos personas. En las relaciones poliamorosas dicho vínculo emocional, íntimo, sexual, duradera con pleno consentimiento y conocimiento de todas las partes involucradas se lleva a cabo entre dos o más personas. Se resalta que no es un vínculo casual, sino que tiene una extensión en el tiempo. Cuando hablamos del matrimonio se emplean los términos de monogamia y poligamia. Este tipo de uniones se pueden dar en personas con cualquier tipo de orientación sexual (heterosexuales, bisexuales, homosexuales) y en todo tipo de identidad sexual

(Cisgénero, transexuales o no binario) (Romi, 2009). Es decir, ser transexual no implica siempre ser poliamoroso, ni implica siempre ser monoamoroso.

Otra manera de clasificar el tipo de relación es teniendo en cuenta la **naturaleza de la relación**, es decir, si es una relación abierta o cerrada. Una relación abierta es aquella en la que dos o más personas tienen un vínculo emocional, íntimo, sexual y duradero en el cual se pueden tener relaciones casuales fuera de la pareja sin ser tomado esto como una infidelidad. La idiosincrasia de las relaciones abiertas es amplia y depende de lo que se acuerde entre las partes implicadas. Por otro lado, las relaciones cerradas son aquellas que conocemos como el tipo de relación más tradicional en la que el vínculo sólo está entre las partes implicadas y no hay relaciones fuera de ellas (Taomino, 2008).

Toda esta terminología es imprescindible para trabajar con este colectivo, dado que nos permitirá ayudar a la persona en su tránsito hacia una identidad, orientación y tipo de relaciones que se adecúen a sus sentimientos. No obstante, la visión tradicional no siempre ha normalizado estas cuestiones. De hecho, no fue el 2014 cuando la Asociación Americana de Psiquiatría retiró la transexualidad del manual de los trastornos mentales. En el siguiente apartado veremos cómo se ha tratado la transexualidad desde dicho manual.

## 1.2 Definición DSM.

¿La transexualidad es una patología? Si bien es cierto que antes estaba incluido en la última edición del DSM, actualmente desaparece de la lista de trastornos mentales y se introduce la disforia de género. Para poder hacer una conceptualización histórica sobre la transexualidad en el DSM, se pretende hacer una recopilación de cómo se ha tratado esta temática en el manual, para posteriormente hacer un diagnóstico diferencial.

En la comparativa entre el trastorno de identidad de género en niños y niñas (DSM-IV-TR, más abajo) y la disforia de género en niños y niñas (DSM-V, más abajo) podemos observar en el criterio A que se pasa de necesitar cuatro criterios politéticos (son aquellos que no se tienen por qué dar si o si, que a veces se pueden dar unos y otros no) a seis y se introduce un tiempo mínimo para poder ser diagnosticado de seis meses. Dentro de estos criterios politéticos observamos similitudes entre todos los existentes en el DSM-IV-TR que serían A1(identificación con otro sexo), A2(travestismo), A3(identificación con el papel de otro sexo), A4(juegos de otro sexo), A5(amistades de otro sexo), pero introduciendo los criterios A6(rechazo juguetes del sexo asignado), A7(disgusto con anatomía sexual) y A8(deseo de poseer caracteres sexuales de otro sexo). Respectivo del criterio A2 vemos que se añade que las chicas biológicas poseen aversión a ponerse ropa típicamente femenina. Como no se especifica si para chicos biológicos también, cabría preguntarnos si se puede extrapolar a ambos sexos o es algo propio sólo de la

transexualidad masculina. Respecto del criterio B, se elimina en el DSM-V, pero se reformula en estos tres criterios politéticos ya citados.

En la comparativa del trastorno de identidad sexual en adolescentes y adultos (DSM-IV-TR) y la disforia de género en adolescentes y adultos (DSM-V) observamos que la estructura es diferente. En el Criterio A del DSM-IV-TR se relatan manifestaciones por medio de síntomas en forma de un solo criterio monotético, mientras que el DSM-V se establecen seis criterios politéticos de los cuales es necesario la manifestación de mínimo dos. En este criterio se añade una temporalidad de mínimo seis meses para diagnosticar. El criterio B del DSM-IV-TR se elimina, siendo innecesario las cirugías o los procedimientos hormonales para el diagnóstico de la disforia de género.

Tanto en niños, niñas como en adolescentes o jóvenes el DSM-V incluye la identificación con otro sexo alternativo, abriendo la posibilidad de la existencia de no sólo el sexo masculino y el femenino, introduciendo así el abanico no binario. El criterio C se elimina por completo. Lo que hace que antes era indispensable ahora puede darse o no. Esto es interesante porque se elimina la condición médica de ser intersexual, es decir, antes no cabía la posibilidad de ser intersexual y transexual, pero ahora se contempla la coexistencia de la condición de intersexualidad y la disforia de género. El criterio D en el DSM-IV-TR se mantiene en el DSM-V como el criterio B.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de **Trastorno de la identidad de género**: (APA,2003)

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales). En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

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

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

- B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol. En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas: rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina. En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.
- C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios DSM – V para el diagnóstico de la **disforia de género**: (APA, 2014)

**En niños y niñas:**

- A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):
- (1) Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
  - (2). En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
  - (3) Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
  - (4). Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
  - (5). Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
  - (6) En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los

juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.

(7) Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.

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

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

### **En adolescentes y adultos:**

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

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

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

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

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

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

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

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Con esto se pretende señalar, que la transexualidad ha sido estigmatizada porque desde su primera instancia ha sido tratada como una enfermedad mental, y poco a poco va cambiando, como queda constancia en la nueva edición del DSM, mientras tanto, hay otros manuales como el CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, 10.<sup>a</sup> edición publicada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1992, en el que se sigue manteniendo como enfermedad mental pero que



en su próxima edición en 2022 pretende eliminarlo de la clasificación (Comunicado de prensa, 2018).

### 1.3 Prevalencia nacional e internacional

#### 1.3.1 Prevalencia internacional

Es muy difícil hacer una aproximación sobre la prevalencia de la transexualidad a nivel mundial, puesto que por desgracia sigue siendo un motivo de discriminación y objeto de odio por parte de muchos países y órganos legales. Dicha discriminación puede llegar hasta la pena de muerte en países como Sudan, Sudan del sur, Somalia, Irán, Mauritania, Arabia Saudita, Yemen y estados de Nigeria (para más información; en el **anexo 1** se encuentra la lista completa de países donde ser LGTB es ilegal). Esta discriminación hace implantable una unidad de identidad de género y mucho menos contar con estadísticas en esos países.

Por otra parte, basándonos en los estudios realizados podemos hacer las siguientes comparaciones:

Autor	Año	Población	Población total atendida	Prevalencia en 100.000/año	MtF en 10.000	FtM en 100.000	Ratio MtF/FtM
Tsoi	1988	Singapur	458	23,6	35,2	12	3:1
Weitze and Osburg	1996	Alemania del Este	733	2,1	2,38	0,96	2,3:1
Baba et al.	2011	Japón	342		3,97	8,2	1:2
Dhejne et al.	2014	Suecia	681	16,67	11,57	6,64	1,6:1
Becerra et al.	2017	Comunidad de Madrid (España)	1171	22,1	10,32	6,47	2,2:1

**Tabla 1. Prevalencia y ratio internacional.** Tabla elaborada a partir de los datos obtenidos en los siguientes estudios (Baba et al., 2011; Becerra-Fernández et al., 2017; Dhejne, Öberg, Arver, & Landén, 2014; Tsoi, 1988; Weitze & Osburg, 1996).

Para comenzar hablaremos de la datación de los estudios. El más antiguo, Singapur, fue realizado en 1988, pero tiene un inconveniente y es que trata como transexuales sólo a aquellos que se había realizado operaciones quirúrgicas para la reasignación de sexo. Pese a este requisito el número de pacientes es bastante alto y teniendo en cuenta que el estudio se realizó hace 31 años los datos son muy llamativos. De estas 458 personas, 343 de ellas eran MtF y 115 eran FtM (Tsoi, 1988). El siguiente estudio data de 1996, en Alemania del Este en el intervalo de tiempo comprendido entre 1981 y 1990. El requisito en este estudio para la condición de transexualidad era haber pedido el cambio registral de nombre y sexo, algo que hicieron 733 personas (Weitze & Osburg, 1996).

El próximo estudio data de 2011, en Japón en el intervalo de tiempo comprendido entre diciembre de 2003 y enero de 2010. En dicho estudio se recogieron 238 personas transexuales de las cuales eran 104 MtF y 238 FtM. Este estudio es el único en el que el valor más alto procede de FtM, siendo el doble (Baba et al., 2011)

En 2014, se realizó en la población sueca uno de los estudios longitudinales más amplios y longevos, ya que contabilizaban el periodo comprendido entre 1960 y 2010. El criterio de este estudio también fue haber realizado cirugías de reasignación sexual. Hubo 681 transexuales de los cuales 252 fueron FtM y 429 MtF (Dhejne et al., 2014).

En Madrid el estudio se realizó en el Hospital Ramon y Cajal con un espectro de 1171 pacientes entre el 2007 y finales del 2015, de ellos había 803 MtF y 368 FtM. El criterio era haber sido diagnosticado de transexualidad por el DSM-IV-TR.

Respecto de la media de edad, tanto de FtM como de MtF, una media de todos los estudios arroja los 27.5 años, siendo en Singapur de 24.1 años, en Alemania de 33 años, en Suecia de 29.5 años, en Japón de 24 años y por último en Madrid de 29.5 años (Baba et al., 2011; Becerra-Fernández et al., 2017; Dhejne et al., 2014; Tsoi, 1988; Weitze & Osburg, 1996).

En la ratio, es decir, la razón de sexos, cociente entre MtF y FtM, se ve una clara disposición a existir dos hombres transexuales por cada mujer transexual, menos en Japón donde ocurre, al contrario.

Hablando de la prevalencia, podemos observar (ver **tabla 1**) que la mayor se encuentra en Madrid, pero puede deberse a que es el estudio más actual. Veremos en el siguiente punto que la prevalencia mayoritaria del siguiente grupo también se mantiene en Madrid, respecto a Málaga y Barcelona.

### 1.3.2 Prevalencia nacional.

Para comenzar, es necesario hacer referencia a que los datos sobre la prevalencia de la transexualidad en España son escasos y las unidades que los recogen son de reciente creación. Por tanto, el seguimiento es insidioso y las comparaciones no tienen por qué ser representativas de la realidad actual. Los datos recogidos pueden ser de hace más de una década, sin tener nuevos informes sobre la prevalencia. Las unidades de identidad de género en España con más peso han sido tradicionalmente tres: la Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario Ramón y Cajal en Madrid, el servicio de Psiquiatría y Psicología clínica y la Unidad de Evaluación, Soporte y Prevención del Hospital clínico de Barcelona y por último la Unidad de trastorno de Identidad de Género del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga.

Cuando se hace referencia a que los pacientes son diagnosticados de transexualidad (trastorno de identidad de género, transexualismo) se rige según el criterio del DSM-IV y del CIE-10 que en el momento de todos estos estudios estaba vigente. Es decir, los pacientes cumplían los criterios explicados en el apartado anterior.

La Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, realizó un estudio de prevalencia sobre los datos acumulados en su base de datos desde 2007 hasta finales del 2015. Este estudio encontró un total de 1171 personas transexuales (803 male to female y 368 female to male) en una población circunscrita a la Comunidad de Madrid. Respecto a la media de edad de los pacientes se observa que dentro de male to female la media es de 28.6 años, siendo menor en el grupo de female to male con una media en 25.3 años. Lo que nos muestra una media de edad de 26.95 años. Esto muestra una prevalencia de 22.1/100.000 habitantes/año, con una media de 130 casos nuevos por año. Para ser más concretos hay una prevalencia de 31.2 para MtF y 12.9 para FtM (Becerra-Fernández et al., 2017).

Por el servicio de Psiquiatría y Psicología clínica y la Unidad de Evaluación, Soporte y Prevención del Hospital clínico de Barcelona, en el estudio realizado sobre su base de datos desde 1996 hasta el año 2004, se registró un total de 201 personas con quejas que a día de hoy entrarían en el diagnóstico de disforia de género. De estas, 182 recibieron el diagnóstico de transexuales (131 male to female y 51 female to male) en una población circunscrita a Cataluña. Respecto a la media de edad se observa que dentro del grupo male to female hay una media de edad de 29,8 años y en el grupo de female to male hay una media de edad de 25,8 años, por tanto, una media de edad en total de 27.8 años. Este estudio nos muestra una prevalencia de 3.88/100.000 habitantes/año con una media de 32.2 casos nuevos por año. Para ser más concretos hay una prevalencia de 4.75 para MtF y 2.07 para FtM (Gómez Gil, Trilla García, Godas Sieso, T. Halperin et al., 2008)

La Unidad de trastorno de Identidad de Género del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga, en el estudio realizado sobre su base de datos desde octubre de 1999 a octubre de 2004 registró

un total de 391 personas con el diagnóstico de transexual (243 male to female y 148 female to male) en una población circunscrita a la CCAA de Andalucía. Nos encontramos con una media de edad de 29.8 años Nos encontramos con una prevalencia de 10.32 para MtF y 6.47 FtM (Esteva et al., 2006).

Tras haber leído los estudios es importante hacer una comparativa, lo primero la datación. El estudio de Madrid se realiza en el intervalo entre 2007 y 2015, Barcelona entre 1996 y 2004 y Málaga entre 1999 y 2004. Por tanto, tenemos dos estudios de duración ocho años y otro de cinco. La temporalidad sólo se solapa en el intervalo que dura el estudio de Málaga con el estudio de Barcelona, en un intervalo de cinco años.

Primero nos fijaremos en la demanda de pacientes de cada centro, sin lugar a dudas hay mayor demanda en la población circunscrita a Madrid, en el mismo tiempo posee 1171 pacientes y la población circunscrita a Cataluña sólo 201 pacientes. Los ocho años que duran ambos estudios no son en el mismo tiempo, pero aun así la diferencia es notable. La demanda de pacientes de Málaga está cerca de duplicar la demanda de los pacientes de Barcelona con 391 pacientes, en menos tiempo (cinco años en vez de ocho).

Respecto de la media de edad observamos que en Madrid es de 26.95 años, en Barcelona de 27.8 años y en Málaga de 29.8 por tanto, observamos que no hay mucha diferencia entre los demandantes.

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Total</b>	<b>Prevalencia en 100.000/año</b>	<b>MtF en 10.000</b>	<b>FtM en 100.000</b>	<b>Ratio MtF/FtM</b>
<b>Esteva et al.</b>	2006	Andalucía (Málaga)	391		31,2	12,9	2,6
<b>Gómez-Gil et al.</b>	2006	Cataluña (Barcelona)	201	3,88	4,75	2,07	1,6
<b>Becerra et al.</b>	2017	Comunidad de Madrid (Madrid)	1171	22,1	10,32	6,47	2,2

**Tabla 2. Prevalencia y ratio nacional.** Tabla elaborada a partir de los datos obtenidos en los siguientes estudios (Becerra-Fernández et al., 2017; Esteva et al., 2006; Gómez Gil, E. Trilla García, A. Godas Sieso, T. Halperin, Irene. Vidal Hagemeyer, Á. Puig, Manuel. Peri Nogués, 2008).

Al no tener el dato de la prevalencia total en Andalucía, compararemos la prevalencia en dos grupos. Podemos observar en la tabla (ver **tabla 2**) que el grupo mayoritario es MtF, es decir, que hay más mujeres transexuales, más hombres biológicos que se sienten identificados con el sexo femenino. De hecho, observamos una media aproximada de dos mujeres transexuales por cada

hombre transexual. Esto nos lleva a pensar que en España hay más hombres biológicos que se sienten mujeres que el caso contrario o, al menos, es mayor el número de hombres biológicos que se acerca a las unidades especializadas. Este dato reafirma la prevalencia internacional, a excepción de Singapur. También observamos que la prevalencia en este grupo obtiene su puntuación más alta en Málaga. Respecto del grupo FtM se puede observar que la menor prevalencia es en Barcelona. Respecto de la prevalencia total, comparando sólo entre Madrid y Barcelona vemos que la prevalencia en Madrid es más amplia que en Barcelona, pudiendo deberse esto a que el estudio de Madrid es más actual. Es decir, que al ser más actual es probable que más personas se acerquen a las unidades de identidad de género que tiempo atrás.

No obstante, a la vista de estos datos conviene recordar que las creaciones de estas tres unidades son previas a la legislación española sobre las mismas. Por tanto, estos datos insidiosos y poco estudiados se pueden deber en parte a la tardía creación de la situación legal de los transexuales en España. Además, es destacable que no se aporten datos sobre las personas no binarias ni ningún otro sexo de esta índole.

#### 1.4. Legislación nacional.

Respecto de la legislación española deberemos tener en cuenta dos focos, uno el marco legal estatal y otro el marco legal autonómico.

En el marco **legal estatal** tenemos la siguiente ley y una propuesta para rectificar dicha ley:

1. LEY 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.

Esta es la ley que está en vigor actualmente y es aquella que trata la temática del cambio de nombre y sexo en los documentos oficiales.

En el artículo cuarto de dicha ley se enuncian los requisitos para proceder al cambio de nombre y sexo. Los requisitos son:

- Que el solicitante haya sido diagnosticado de disforia de género. Para demostrarlo ha de presentar un informe médico o psicológico que lo acredite y tiene que hacer referencia a una disconformidad entre el sexo biológico y el sentido, así como una ausencia de trastornos de personalidad.
- Que haya sido tratado médicamente durante dos años para acomodar sus características físicas a las deseadas (hormonación). Entregando el pertinente informe.
- Ser mayor de edad y de nacionalidad española.

2. PROPOSICIONES DE LEY, 3 de marzo de 2017 Núm. 91-1.

Es una propuesta de ley que pretende cambiar algunos de estos requisitos, actualmente se encuentra en el congreso de los diputados.

En esta proposición de ley se pretende el cambio de los siguientes requisitos:

- Las personas mayores de 16 años (mayoría de edad medica) podrán efectuar la solicitud por sí solas.
- Las personas menores de edad y los incapacitados legalmente podrán efectuar dicha solicitud a través de sus progenitores o representantes legales, precisándose en este caso la expresa conformidad del menor.
- En caso de oposición de uno o de ambos progenitores o representantes legales, las personas menores de edad podrán efectuar la solicitud a través del Ministerio Fiscal, resolviendo el juez competente en el correspondiente procedimiento de jurisdicción voluntaria, teniendo siempre en cuenta el interés superior del menor.
- La rectificación del sexo conllevará el cambio del nombre propio de la persona, a efectos de que no resulte discordante con su sexo registral.
- La solicitud de rectificación registral de la mención de sexo no precisa de más requisitos que declaración expresa de la persona interesada del nombre propio y sexo registral con los que se siente identificado/a, que se expresará en una declaración que deje acreditada la voluntad, así como los datos necesarios de la inscripción que se pretende rectificar, y, en su caso, el número del Documento Nacional de Identidad.
- La efectividad del derecho al reconocimiento de la identidad sexual y/o expresión de género y, en su caso, la rectificación de la mención registral del sexo no se podrá condicionar, en ningún caso, a la acreditación de haberse sometido a ningún tipo de cirugías, a terapias hormonales, o a tratamientos psicológicos, psiquiátricos o médicos de cualquier tipo.

Y por último referido a las personas extranjeras:

- Las personas extranjeras que no pudieren o no hubieren rectificado la mención registral relativa al sexo y/o el cambio de nombre en su país de origen y que acrediten la imposibilidad legal de llevarlo a efecto o porque ello signifique riesgo para su propia vida o integridad, y siempre que cumplan los demás requisitos de esta ley, excepto el de la nacionalidad española, y que lo soliciten y cuenten con residencia legal en España, podrán interesar la rectificación de la mención del sexo, el cambio del nombre en la tarjeta de residencia y, en su caso, en el permiso de trabajo que les hayan sido expedidos a fin de hacerlos corresponder con su verdadera identidad sexual y/o expresión de género.

A nivel nacional nos interesan estos dos escritos. Bajo el **foco autonómico** en la CCAA de Madrid nos encontramos frente a dos leyes una de ellas relativa a la identidad de género y otra más centrada en la tolerancia y la no discriminación.

1. LEY 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no discriminación de la Comunidad de Madrid.

Desde la perspectiva psicológica nos centraremos en:

- Título I. Artículo 4. “Quedan prohibidas en los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid las terapias de aversión o de conversión de las manifestaciones de identidad de género libremente manifestadas por las personas, así como las cirugías genitales de las personas intersexuales que no obedezcan a la decisión de la propia persona afectada a la necesidad de asegurar una funcionalidad biológica por motivos de salud” Es decir, que se prohíben las terapias que tratan de “curar” al “enfermo” transexual y por otro lado las personas que nacen con la condición biológica de la intersexualidad, no serán sus tutores quienes elijan con que sexo se identifican, sino la persona que padece la condición
  - Título II. Artículos del 11 al 21 se enuncian la atención sanitaria pública que recibirán las personas transexuales.
  - Título III. Artículos del 22 al 26 se enumera el protocolo a seguir dentro de la comunidad educativa.
2. LEY 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid.
    - En esta segunda se pretende asegurar la convivencia pública y penalizar a aquellos que cometan delitos de odio contra el colectivo LGTB.

Recopilando la información vista podemos decir que la idiosincrasia de las identidades de género es extensa. Poco a poco vamos ampliando nuestras miras e introduciendo dicha terminología en nuestra vida cotidiana. Así mismo estamos en el proceso de despatologización de la transexualidad, acompañado por la reforma de los manuales y las leyes. A pesar de haber 72 países (o regiones) en los que ser LGTB es un delito (ver **anexo 1**) (Chiam, Duffy, & Gil, 2017) y ocho en los que ser transexual conlleva la pena de muerte, vamos dirigiéndonos hacia el cambio. Observamos que su prevalencia e incidencia son representativas. Es una realidad como cualquier otra y necesita nuestra atención.

Sin embargo, esta imperiosa realidad contrasta con la desinformación a la que conduce un mundo actual repleto de información por varios canales. Es decir, actualmente existe el acceso total a información, donde alguna puede ser empírica, veraz y técnica al lado de otra que simplemente sea un testimonio erróneo de una persona sin conocimiento. Por tanto, cabe pensar que la

población transexual puede acceder a información no veraz sobre sus necesidades, que hoy en día no son atendidas en todos los espacios clínicos ni en todos los países, por lo que surge la idea de realizar un trabajo empírico, veraz y técnico encaminado a informar de su situación actual, política y social a este colectivo.

Así, a efectos de proveer de la información más demandada por parte de este colectivo, planteamos la confección de una encuesta (ver **anexo 2**) sobre las posibles demandas y dudas habituales que pueda tener la población en proceso de reasignación de sexo. Dicha encuesta fue respondida por profesionales que trabajan con personas transexuales. Las respuestas se tuvieron en cuenta para seleccionar aquellos apartados más demandados por parte de este colectivo, a fin de ser estos en los que se centrara el presente trabajo, aportando de esta manera toda la información científica disponible sobre los mismos, de forma que este trabajo pueda ser consultado por toda la población interesada y compile sus demandas más habituales.

## **2. Métodos:**

### 2.1 Estrategias de búsqueda.

Para la realización de este Trabajo de Fin de Grado, se realizó una revisión bibliográfica de diferentes fuentes científicas dedicadas al tema principal, la transexualidad. La búsqueda de los artículos fue en primera instancia a través de Google Académico, sobre las definiciones, situación legal, protocolos de tratamiento, prevalencia e incidencia en España entre otras búsquedas, así como los artículos publicados por el Hospital Universitario Ramon y Cajal de la CCAA de Madrid. La datación de los artículos se intentó que fuera lo más reciente posible pero dada la poca información que existe sobre la temática se tuvo que ampliar el rango de búsqueda. Dentro de los artículos empleados se revisaban en los mismos, citas para poder incluirlos en el TFG. Otras bases de datos utilizadas han sido Psycinfo o Dialnet, extrayendo artículos a su vez en español como en inglés, así como traducciones de artículos originales en alemán y en chino mandarín.

### 2.2 Criterios de inclusión y de exclusión.

A la hora de seleccionar los artículos se han tenido en cuenta aquellos provenientes de Unidades de Género (o si eran anteriores al 2016, de Unidades de Trastorno de Género), de asociaciones científicas o de profesionales usando palabras claves como transexualismo, transexualidad, tratamiento hormonal, tratamiento quirúrgico, inhibidores hormonales, prevalencia e incidencia, bienestar psicológico, patología, así como sus traducciones al inglés.

El criterio de inclusión ha sido si dicho artículo proponía la información que se estaba buscando en dicho momento. El criterio de exclusión ha sido de aquellos artículos que tachaban a los transexuales de inmorales y enfermos, así como los que se centraban en la etiología y en los que hablaban de su cura.



## 2.3 Extracción de datos

Sobre la primera búsqueda se encontraron 70 artículos de los cuales se descartaron 15 puesto que no poseían información relevante para esta revisión bibliográfica. Para localizar la información en concreto requerida se procedió a la lectura del resumen inicial y si el artículo poseía un índice, ahí es donde se encontraba si la información era útil para lo que se estaba buscando. Si bien es cierto muchos artículos han sido útiles para diferentes partes de este texto.

Por otra parte, se realizó un cuestionario basado en la plantilla de Google Forms, para conocer la opinión de los profesionales que trabajan con las personas transexuales y cuáles son sus demandas (ver **anexo 2**). Dicha encuesta se mandó a un total de once asociaciones de las cuales se recibió respuesta de cinco de ellas.

Con dicha encuesta se pretende que las preguntas que se respondan en la guía tengan una correspondencia con las demandas reales de este colectivo, así como un valor informativo para el resto de la población.

## 3. Resultados:

### 3.1 Resultados de la encuesta

La encuesta (ver **anexo 2**) se mandó a un total de once asociaciones LGTB y se obtuvo respuesta de cinco de ellas. Para el desglose de los contenidos se ha tenido en cuenta las respuestas a dicha encuesta y los conceptos aprendidos en las prácticas que he realizado en la UIG del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

La primera parte de la encuesta consistía en seis preguntas sobre el nivel de información que tiene la población interesada en el proceso de reasignación de sexo posee sobre diversas variables que influyen en la transexualidad. En esta parte de la encuesta el modo de respuesta es de tipo Likert con un rango de 1 a 5, siendo 1 muy poca información y 5, mucha información.

La media de las respuestas es la siguiente:

- 1- Pregunta: ¿Cuánta información crees que tiene la población sobre la transexualidad?  
 $\bar{x} = 2,8$
- 2- ¿Cuánta información crees que tiene la población sobre la situación legal de las personas transexuales en España?  
 $\bar{x} = 1,4$
- 3- ¿Cuánta información crees que tiene la población sobre el proceso hormonal que se lleva a cabo en el proceso de reasignación de sexo?  
 $\bar{x} = 1,8$

4- ¿Cuánta información crees que tiene la población sobre las operaciones quirúrgicas que se llevan a cabo en el proceso de reasignación de sexo?

$$\bar{x} = 1,6$$

5- ¿En qué medida crees que la población está familiarizada con vocabulario específico? (Acerca de las operaciones u hormonación; Androcur, testex, mamoplastia, mastectomía, faloplastia, vaginoplastia)

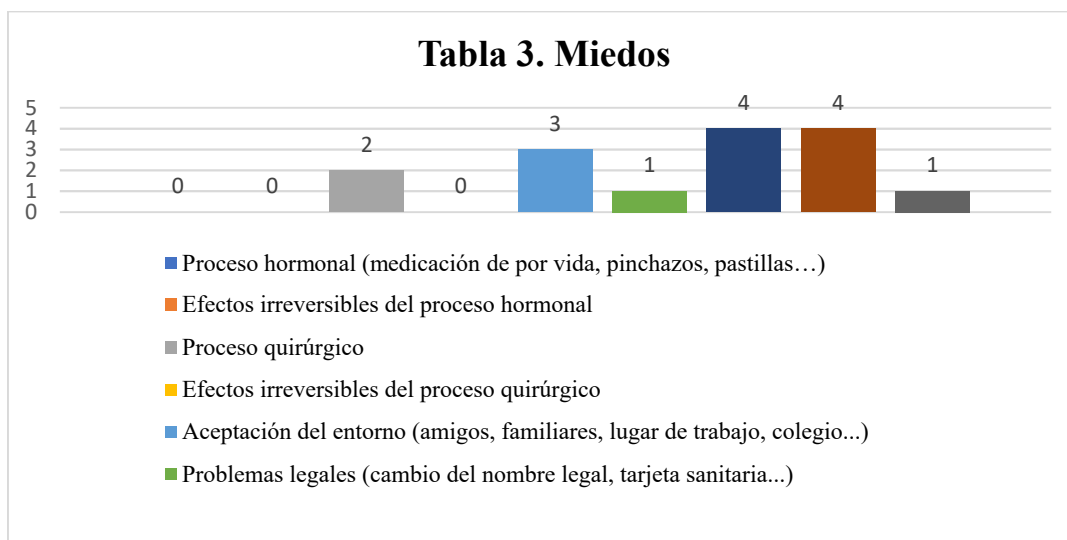
$$\bar{x} = 1,4$$

6- ¿Cuánta información crees que posee la población sobre el bienestar psicológico de las personas transexuales?

$$\bar{x} = 1,6$$

Lo que podemos extraer de estos resultados es que objetivamente hay menos conciencia de información acerca del vocabulario técnico sobre el proceso hormonal y quirúrgico, así como sobre la legalidad nacional ( $\bar{x} = 1,4$ ). Por otro lado, obtenemos que se tiene un poco más de información sobre las operaciones quirúrgicas y el bienestar psicológico ( $\bar{x} = 1,6$ ), siendo todavía insuficiente ya que ni siquiera se alcanza una nota media. Sobre el funcionamiento del proceso hormonal parece que se tiene un poco más de información ( $\bar{x} = 1,8$ ). No obstante, como se puede ver, todas estas medias son deficitarias. Tan solo aprueba en el apartado de conocimiento general sobre la transexualidad en general ( $\bar{x} = 2,8$ ).

En la segunda parte de la encuesta se hace referencia a los posibles miedos que poseen estas personas antes de realizar ninguna intervención (ni terapéutica, ni hormonal, ni quirúrgica). La pregunta era la siguiente “Respecto a los miedos que podría tener esta población sobre el proceso, selecciona **tres** de estas opciones que consideres que son las más temidas”, es decir que hay **quince** posibilidades, puesto que fueron cinco asociaciones las que respondieron la encuesta. Estos fueron los resultados:



La primera parte de la encuesta pretende encontrar los focos donde la información es deficitaria. De estos datos extraemos que no se posee información o que esta es insuficiente en cuatro focos fundamentales: el proceso hormonal, el proceso quirúrgico, la legalidad nacional y el bienestar psicológico que lo acompaña. La legalidad nacional no se analizará en estos resultados al haber sido abordada en la introducción (ver apartado 1.4 “Legalidad nacional”). Respecto de la segunda parte de la encuesta, está enfocada a buscar los posibles miedos. De los datos extraemos las dos respuestas mayoritarias: la estigmatización del pertenecer al colectivo transexual y las relaciones afectivo-sexuales.

Esta encuesta nos proporciona el guion para realizar la guía que tiene como objetivo este TFG, dar visibilidad a las temáticas más deficitarias o con información más pobre. Se pretende dar respuesta a las necesidades encontradas en los datos citados. Por tanto, el cuerpo de estos resultados constará de cinco focos: el proceso hormonal, el proceso quirúrgico, el bienestar psicológico, la estigmatización de pertenecer al colectivo transexual y las relaciones afectivo-sexuales.

### 3.2 Proceso hormonal:

Lo que a continuación se presenta es una aproximación superficial al tratamiento hormonal (TH), para obtener un conocimiento más detallado se debería profundizar más, para ello se recomienda leer la Guía para el tratamiento endocrino de personas con disforia de género propuesta por la Sociedad Endocrina Internacional (Hembree et al., 2017).

El protocolo de atención sanitaria a las personas transexuales (acorde con el artículo 16 del Título II de la LEY 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no discriminación de la Comunidad de Madrid) enuncia lo siguiente antes de comenzar el TH:

- “Estará garantizado el acceso a los bancos de óvulos o semen y a las técnicas de reproducción asistida incluyendo como beneficiarias a todas las personas con capacidad gestante y/o sus parejas.
- Antes del inicio de los tratamientos hormonales se ofrecerá la posibilidad de congelación de tejido gonadal y células reproductivas para su futura recuperación”

Esto significa que antes de realizar la TH se puede hacer una extracción de los gametos reproductivos en ambos sexos para en un futuro poder mediante la reproducción asistida tener descendencia.

Según la legislación nacional y la sanidad pública este es el protocolo para seguir:

Para aprobar el inicio del TH se ha de realizar una revisión endocrinológica, los resultados han de ser positivos y no debe haber ninguna alteración. La persona interesada ha de ser mayor de dieciséis años (mayoría de edad médica) y ha de firmar el consentimiento informado

donde se explican los beneficios y los riesgos del TH. Las citas con el endocrino son indispensables, como mínimo una vez cada tres meses durante el primer año y posteriormente (y de por vida) una revisión cada seis meses (Asenjo-Araque et al., 2011).

El TH se lleva a cabo induciendo hormonas sexuales cruzadas para el desarrollo de caracteres del sexo opuesto. Para comprender mejor este proceso, se da paso a la explicación del TH desde sus dos posibilidades; la transexualidad masculina y la transexualidad femenina.

### 3.2.1 Transexualidad masculina.

Se da paso a explicar el TH desde la transexualidad masculina, FtM, es decir, mujer biológica que se identifica con el sexo masculino. Para masculinizar se introduce testosterona exógena, hormona encargada del desarrollo y características masculinas.

Al introducir testosterona en el cuerpo femenino se producen los siguientes efectos:

- Desaparición de la menstruación y no desarrollo mamario
- Incremento de la masa muscular
- Incremento del vello facial y del vello corporal
- Incremento del tamaño del clítoris
- Aumento en la gravedad de la voz
- Alopecia androgénica

Los cambios no son automáticos y se suceden poco a poco. El primer cambio suele producir un aumento del acné (por tanto, hay que ir al dermatólogo). A los tres meses suele haber cese de la menstruación, aumento de la libido sexual. Poco a poco se redistribuye la grasa del cuerpo femenino al masculino, aumenta la fuerza muscular, el vello corporal y facial. Pasados los seis meses hay una atrofia ovárica (“menopausia”), si se siguiera sangrando habría que consultar a un ginecólogo. El efecto más tardío en aparecer es la alopecia androgénica característica de los hombres, suele comenzar hacia el año de hormonación y su efecto no puede ser calculable por el endocrino y es variable (Aduy, Sandoval, Ríos, Cartes, & Salinas, 2018).

La testosterona se suele implantar en el paciente de diversas formas (ver **tabla 4**). El formato que se implementa en la sanidad pública es la testosterona cipionato (textex Prolongatum), cada veintiún días.

<b>Formulación de la Testosterona</b>	<b>Dosis de la Testosterona</b>	<b>Comentario</b>	<b>Medición Nivel de Testosterona</b>
<b>Testosterona enantato o cipionato</b>	50-100mg im cada semana o 100mg-200mg im cada dos semanas	Inyecciones semanales, menos cambios de humor, mayores reacciones adversas en el sitio de la inyección.	Debe medirse entre inyecciones.
<b>Testosterona undecanoate</b>	1000 mg im cada 12 semanas	Disponible en Chile y Europa, pero no en EE. UU.	Debe ser medido justo antes de la siguiente inyección.
<b>Gel de Testosterona 1%</b>	2,5-10 gr de gel por día	Virilización inicial más lenta, evita niveles supra fisiológicos. Se prefiere cambiar a geles una vez que la virilización se haya completado.	Puede ser medido en cualquier momento después de la primera semana.
<b>Parche Testosterona</b>	2,5-7,5mg por día	Puede producir niveles de testosterona séricos menos y mayor irritación cutánea que los geles.	Puede ser medido en cualquier momento después de la primera semana.
<b>Testosterona Undecanoate</b>	160-240 mg al día	Vida media corta y requiere múltiples dosis diarias, hasta 4v al día. No se usa, no disponible en EE. UU: carcinooma Hepatocelular con uso prologado.	Debe ser medido 3-5 horas posterior a la ingestión.

**Tabla 4. Terapia Hormonal Androgénica para personas FTM o transgénero**

**masculinos: distintas formulaciones, vías de administración y dosis de**

**Testosterona.** Traducido y adaptado por (Aday et al., 2018) de las Guías Clínicas de la Endocrine Society realizadas por (Hembree et al., 2017).

### 3.2.2 Transexualidad femenina.

En el caso de la transexualidad femenina, MtF, es decir, un hombre biológico que se identifica con el sexo femenino vamos a fijar nuestro interés hormonal en dos premisas: la supresión de la secreción y acción de los andrógenos y por otro lado feminizar a la persona que realiza el cambio. Los andrógenos son las hormonas sexuales masculinas (entre ellas testosterona, la androsterona y la androstenediona). Lo que se pretende es remitir la secreción de las hormonas masculinas e introducir las hormonas femeninas. Se consigue mediante antiandrógenos y estrógenos (generalmente estradiol).

Al introducir los antiandrógenos y los estrógenos en el cuerpo masculino se producen los siguientes efectos:

- Disminución de la masa corporal
- Incremento de la suavidad cutánea

- Disminución de la sexualidad: reducción de las erecciones espontáneas, disfunción sexual, disminución del tamaño testicular, disminución de la producción de esperma.
- Pérdida y decrecimiento del vello facial y corporal
- Frenada de la calvicie andrógina.
- Crecimiento mamario

En los tres primeros meses aparece la disminución sexual, con todas sus características. Posteriormente entre el tercer y el sexto mes desde el inicio de la hormonación se redistribuye la grasa corporal en un patrón típicamente femenino, así como aparece la suavidad cutánea y disminuye de la fuerza muscular. El crecimiento mamario y la pérdida del vello facial y corporal tiende a aparecer en el sexto mes, pero de forma variable (Eneros, Sandoval Zamorano, Rios Salazar, Alejandra, & Lagos, 2017).

Estos cambios hormonales se pueden implementar de diversas formas (**ver tabla 5**). El formato que se implementa en la sanidad pública es el acetato de ciproterona (Androcur) siendo un comprimido que generalmente se toma una vez al día.

<b>Efectos en suprimir hiperandrogenemia</b>	<b>Mecanismo de acción</b>	<b>Dosis</b>	<b>Monitorizar-RAM</b>
<b>Espironolactona</b>	Inhíbe directamente la secreción de testosterona y bloquea su unión a receptores. Inhibidor competitivo receptor de andrógenos, de la actividad de la $\alpha$ reductasa, evita conversión de testosterona a dihidrotestosterona (DHT). Diurético antagonista competitivo renal de aldosterona (túbulo distal), antagonista receptor de mineralocorticoides y diurético ahorrador de potasio.	100-200mg/día vo. 25 mg de espironolactona equilaven a 3mg de diroperino.	Monotorizar la presión arterial y electrolitos plasmáticos cada 3 meses por hipotensión e hiperkalemia
<b>Ciproterona</b>	Potente supresor de la producción de testosterona a través de la inhibición de la LH hipofisiaria, inhibe la secreción de gonadotropinas. Inhibe unión al receptor de andrógenos.	100mg al via vo.	Cambios de ánimo, depresión (transitorio y en primer semestre de terpia). Actividad glucocorticoidea efectos anabólicos: aumento de peso e insulinoresistencia en uso > 6 meses.

**Tabla 5. Antiandrógenos de tipo Esteroidal adaptado de (Eneros et al., 2017)**

### 3.3 Proceso quirúrgico:

Lo que a continuación se presenta es una aproximación superficial y se recomienda profundizar más mediante la lectura de dos artículos uno de ellos para un público más normativo (Schechter et al., 2017) y otra más dirigida hacia profesionales médicos (Berli et al., 2017)

Para comenzar el proceso quirúrgico se requieren dos años de hormonación supervisada por un médico endocrino y que la persona interesada tenga más de 18 años. Lo que suele pasar en la sanidad pública española es que las listas de espera para las cirugías plásticas están saturadas, con una media de tres o cuatro años. Siempre se puede acudir a un cirujano plástico privado, respetando los dos años de hormonación. En el título II de la LEY 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no discriminación de la Comunidad de Madrid se enuncia el protocolo de la atención sanitaria de las personas transexuales:

- “Proporcionará el proceso quirúrgico genital, aumento de pecho y masculinización de tórax, siendo la gestión de las listas de espera ajustada a la máxima transparencia, agilidad y eficacia.
- Proporcionará el material protésico necesario.
- Prestará tratamientos que tiendan a la modulación del tono y timbre de la voz cuando sean requeridos”

Es decir, mamoplastia (incremento de mamas), mastectomía (extirpación de las glándulas mamarias), histerectomía (extirpación total o parcial de útero), orquiectomía (extirpación total o parcial de los testículos). Estas cuatro operaciones son para modificar las características sexuales secundarias. Por otro lado, también se puede solicitar un raspamiento de la nuez para lograr la feminización de la voz. Después de estas modificaciones de los caracteres sexuales secundarios se procederá a la realización de una vaginoplastia (construcción vaginal) o faloplastia (construcción fálica) (Miguel Rodríguez-Molina et al., 2009). Las cirugías de reasignación de sexo son operaciones complicadas. Las genitoplastias sobre todo. En el caso de MtF, la construcción de una vagina no es un procedimiento fácil, se crea una neovagina a partir de la piel del pene, empleando la del escroto para hacer los labios mayores, preservando las terminaciones del glande para elaborar el clítoris. En el caso opuesto, FtM, la operación es menos satisfactoria, puesto que la construcción del neopene puede requerir varias intervenciones para conseguir una apariencia cosmética adecuada. Por no hablar de la erección que, en la mayoría de los casos, se consigue veces contadas mediante sistemas protésicos. El postoperatorio en ambos casos es muy importante y puede llegar a durar tres semanas, en las cuales se suspende la hormonación (Moreno-Pérez & Esteva De Antonio, 2012).

Ahora bien, es necesario indicar que todas estas cirugías sólo se realizan a demanda de la persona interesada, no todo el mundo demanda todas y en ocasiones no se demanda ninguna. Es decir, queda totalmente a la libre elección de cada persona pasar o no por todas las operaciones o todo lo contrario. Muchas personas no se realizan una faloplastia por su complejidad o simplemente porque se encuentran a gusto con la posibilidad de mantener sus caracteres sexuales primarios y

secundarios. Todo esto depende del grado de disforia de género que presente la persona interesada.

### 3.4 Bienestar psicológico:

Una de las preocupaciones de las personas transexuales suele ser el bienestar psicológico en la reasignación de sexo. La insatisfacción corporal en personas transexuales es mayor que en la población general, sin embargo, obtiene una puntuación subclínica y es menor que en los trastornos de conducta alimentaria y en la vigorexia (Garcia Gibert et al., 2016).

En la UIG del Hospital Ramón y Cajal se llevó a cabo un estudio sobre el perfil psicológico de las personas transexuales. La muestra fueron 121 pacientes de la unidad, las pruebas de las que se habla a continuación fueron realizadas nada más entrar en la unidad, es decir, no habían pasado aún por tratamiento hormonal, quirúrgico o psicológico. Se utilizó el Cuestionario general de salud de Goldberg (Goldberg, 1986.), recogiendo así información sobre la calidad de vida de este colectivo. Los resultados fueron que la calidad de vida de las personas transexuales es alta, significativamente por encima del punto de corte en las cuatro subescalas: somatización, ansiedad, activación y depresión.

La felicidad se evaluó mediante las tres pruebas siguientes: la Escala de bienestar psicológico de Ryff (Díaz, Roguíguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo y Valle, 2006) la escala de satisfacción con la vida de Diener (Cabañero, Richart, Cabrero, Cortes, Reig y Tosal, 2004) y la escala de felicidad subjetiva de Fordyce (Fordyce, 1986). Los resultados obtenidos mostraron que en la Escala de Ryff (incluyendo subescalas) y en la de felicidad subjetiva de Fordyce que la media era significativamente superior a la media. Pero en la Escala de satisfacción de la vida de Diener la puntuación no se encuentra significativamente por encima de la media. Por tanto, la felicidad medida con estas tres escalas se estima por encima de la media de la población general (Rodríguez-Molina et al., 2014). Sin embargo, esto puede deberse al momento, puesto que las personas transexuales hacen la encuesta momentos después de haber entrado en la UIG. Dicha felicidad puede deberse a encontrar finalmente el sitio adecuado después de en algún caso, muchos años buscándolo. Lo que también es destacable, es que, aunque el momento sea previo y no hayan pasado por un tratamiento hormonal o quirúrgico, saber que pasarán por él, incrementa su sensación de felicidad.

También es importante definir la labor del psicólogo que presta ayuda asistencial durante la reasignación de sexo. Los psicólogos de las unidades de identidad de género tienen como trabajo intervenir de modo grupal o individualizado en:

- Entrenamiento de habilidades
- Autocontrol emocional
- Reestructuración cognitiva



- Intervención en disfunciones sexuales
- Preparación a las cirugías previas (modificación de características sexuales secundarias: voz, mamas, gónadas, ovarios...)
- Modificación de otras conductas problema
- Adherencia al tratamiento hormonal.

La asistencia terapéutica no es obligatoria, pero sí recomendable y demandada por los propios asistentes a la unidad en un 90%. También hay que comentar que existen grupos de soporte a familiares/amigos durante este mismo proceso que se reúnen una vez al mes. Otro dato esclarecedor es que durante toda la vida de la UIG del Ramón y Cajal sólo consta un suicidio consumado desde su creación en el 2007 (Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Portabales Barreiro, Lucio-Pérez, & Becerra-Fernández, 2013).

### 3.5 Miedo a la estigmatización de pertenecer al colectivo transexual

El estigma desde la perspectiva sociológica lo entendemos como el hecho de atribuir un rasgo o un comportamiento incluyéndolo en una categoría social vista como inaceptable o inferior, en el caso de la transexualidad viene de la mano del desconocimiento, del miedo al lo que no se comprende, el movimiento de la transfobia surge de aquí. «Transfobia» (trans[exual] + fobia) literalmente “miedo al trans”. Estigmatizar a alguien siempre es negativo, peyorativo.

Partimos de la base de que la transexualidad estaba dentro de los trastornos del DSM-IV-TR hasta el año 2014 lo que hace que la estigmatización venga legitimada hasta entonces. Las personas que sufren enfermedades mentales tienen problemas derivados de su condición como consecuencia del desconocimiento social, el prejuicio latente en la sociedad, lo que hace que el malestar de estas personas se magnifique (Muñoz, Santos, Crespo, & Guillén, 2009). La propia persona transexual puede tener una percepción de ser diferente y peor que el resto de la población afectando esto a su integración social (Garay Arostegui, Pousa Rodríguez, & Pérez Cabeza, 2014). El problema nace cuando este estigma social se transforma en autoestigma percibido, incorporando así los prejuicios de la sociedad, introyectando lo que denominaríamos transfobia interiorizada (García Gibert et al., 2016). Los niveles de transfobia interiorizada son inversamente proporcionales a los niveles de autoestima (en general). Es decir, que, a mayor transfobia interiorizada, menor autoestima (y al revés). Por tanto, una persona con altos niveles de transfobia interiorizada y por ende autoestima baja comprendería las reglas sexuales y de género impuestas por la sociedad como correctas y las propias como equivocadas mermando su bienestar psicológico (Iantaffi & Bockting, 2011). La manera de trabajar el estigma, la autoestima, deconstruir la transfobia sería por parte del acompañamiento psicológico.

Por otro lado, hay un estudio realizado con una muestra procedente del Servicio de atención a personas LGTB de la CCAA de Madrid y la Federación Estatal Española LGTB sobre la exclusión

social en personas transexuales españolas durante el periodo de tiempo comprendido entre septiembre de 2014 y septiembre de 2015. Los datos de este estudio son de 2016 y son alarmantes. Estos datos nos corroboran la existencia de la exclusión en las personas transexuales, nueve de cada diez personas había sufrido algún tipo de conflicto social antes y después de decidir cambiar de sexo (88%). Entre estos conflictos se encuentran los sufridos en la presentación social de la transexualidad con una representación del 19.3% o la discriminación por parte de empresas e instituciones con un 26.5%. A su vez muestra estadísticas sobre el estatus social y los problemas de las personas transexuales, extrayendo el dato de un 8.1% que constituye a aquellas personas que tienen un rechazo de su familia de origen, es decir, una ruptura total con el núcleo familiar (Rondón García & Martín Romero, 2016). Hay un estigma en la sociedad que poco a poco va menguando, pero de momento la evidencia es la presentada. Por otro lado, días como el 20 de noviembre (día internacional de memoria transexual) en honor a todas aquellas personas que han sido asesinadas por motivos transfóbicos o el 31 de marzo (día internacional de la visibilidad transgénero) o el 28 de junio (Día internacional del Orgullo LGTB) nos hacen ver que hay un camino de luz frente a todo este estigma. El 28 de junio de 2018 se congregaron en Chueca, Madrid, más de un millón de personas, en otras ciudades como Barcelona hubo 250.000 personas en la celebración. Existen programas para la atención integral de las personas LGTB, como el de la CC. AA de Madrid, programa de atención e información a las personas LGTB inserto dentro de los Servicios Sociales (se establece dentro de la legislación Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid). Por tanto, existen pequeños subobjetivos que van surgiendo en detrimento de este estigma.

### 3.6 Miedo a la relaciones afectivo-sexuales.

Este es un campo emergente y la bibliografía es escasa quizá por eso las informaciones pueden ser reduccionistas. La sexualidad humana ha sido un tema tabú. Ahora mismo nos encontramos en la efervescencia de la libertad sexual, trabajando prejuicios y elaborando nuestros propios ideales. Dentro de todo este proceso tenemos la sexualidad que incluimos como LGTB, no procedente de un mundo heteronormativo, que lucha por su reconocimiento sexual. Aquí ponemos como diana a las personas transexuales sobre las cuales no tenemos que olvidar que son personas, al fin y al cabo, cada una con su visión del mundo y por ende de la sexualidad. Se puede hablar de comportamiento de los colectivos, pero la identidad de género es una dimensión más que define nuestra personalidad. Algunos autores sostienen que las personas transexuales tienden a evitar el encuentro sexual permaneciendo solteros toda vida o que por el contrario buscan constituir una pareja estable (Triveño, 2012). Otro autor por ejemplo hace alusión a que las mujeres transexuales tienen inestabilidad amorosa y que los hombres transexuales tienden más a

la estabilidad amorosa (Lewins, 2002). Por otro lado, se llevó a cabo un estudio en la Universidad de Minnesota sobre una muestra obtenida vía online de 1229 personas transexuales a lo largo de todo el proceso de cambio. La media de edad fue de 33 años. Los resultados se diferenciaron por FtM y MtF para ver si existían diferencias significativas. En la pregunta ¿Cuál es tu situación sentimental actual? Las opciones de respuesta eran “En una relación y conviviendo”, “en una relación”, “soltero/a” y “otro”. Las dos primeras respuestas, constituían un 84.1% de MtF y un 85.9% de FtM, es decir, que la mayoría de los participantes tenían una pareja estable. Frente a un 15.9% de MtF y un 14% de FtM que estaban solteros/otro. La prevalencia de las relaciones amorosas es bastante alta. Esto quiere decir, que pese al estigma estas personas consiguieron establecer un vínculo amoroso con una pareja. Otra pregunta fue: ¿Cuántos hijos tienes? Con opción de respuesta “0”, “1”, “2”, “3 o más” y los datos nos señalan que más de la mitad de la muestra no tienen hijos, cosa que se puede deber a la media de edad, no sólo a la identidad de género. El dato más llamativo es que las personas MtF tienen más hijos que las personas FtM (Iantaffi & Bockting, 2011).

Por otro lado, para educar en la sexualidad y dando respuesta a la pregunta: ¿Cómo le digo a mi pareja que soy transexual? Y ¿Cómo lo comento en el ámbito laboral? Se adjunta en el **anexo 3** una serie de recursos interactivos (testimonios de gente transgénero, series de televisión, películas, documentos...)

## **4. Discusión:**

### 4.1 Conclusiones

Un tema que requiere de nuestra visión crítica es la confusión que existe por la idiosincrasia de las identidades de género. Muchas veces se cae en malas conceptualizaciones, se dan por hecho los pronombres o se asume una identidad que no es con la que dicha persona se identifica. Es tan sencillo como no dar nada por hecho y preguntar con qué género se siente la persona identificada. La prevalencia de la transexualidad nos hace ver que es un tema que requiere de nuestra atención terapéutica. Cabe destacar, que la transexualidad ya no es una enfermedad mental y los manuales se están adaptando a ello. La APA ya ha eliminado a las personas transexuales de su clasificación y la OMS ha comunicado que en su próximo manual (CIE-11) no estarán presentes. (Comunicado de prensa, 2018). Así mismo son evidencia de esta despatologización los avances legislativos.

Las respuestas de la encuesta y los conceptos aprendidos en las practicas realizadas en la UIG del Hospital Universitario Ramón y Cajal nos hacen resumir la nebulosa de desinformación a tres ámbitos. Estos son el proceso hormonal, el proceso quirúrgico y el bienestar psicológico. En el siguiente apartado de la encuesta se encontraban los miedos que las personas transexuales suelen

tener. Estos mayoritariamente son la estigmatización de pertenecer al colectivo transexual y las relaciones afectivo-sexuales.

Respecto al proceso hormonal se han enunciado varias maneras de llevarlo a cabo, el problema es, que España no tiene un programa estatal de la atención sanitaria a las personas transexuales, cada comunidad autónoma se rige por sus leyes autonómicas. Es decir, que cada comunidad autónoma implementa el proceso hormonal y quirúrgico bajo su legislación, lo que crea una controversia. Depende de cada comunidad autónoma, hablamos de diecisiete legislaciones diferentes. La comunidad de Madrid y Andalucía poseen dos leyes, una específica para las personas transexuales y otra para el colectivo LGTB. Mientras que, en Canarias, La Comunidad Valenciana y Euskadi tienen una legislación específica transexual pero no LGTB. Por otro lado, las comunidades de Cataluña, Islas Baleares, Aragón, Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra tienen una única ley conjunta a la comunidad LGTB. Nos quedan cinco comunidades autónomas en las que no hay legislación (en vigor) Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Asturias y La Rioja ni específica transexual ni LGTB.

Pero, tener una legislación específica de las personas transexuales no implica nada. En los presupuestos generales del 2019 de La Comunidad de Madrid no hay ninguna referencia a la identidad de género. No hay un avance si no hay recursos económicos para dotar y nutrir los recursos legislativos. Por tanto, lo primero, sería invertir dinero en esta realidad. Al haber un flujo mayor económico se reducirían las listas de espera, la normalización del colectivo transexual aumentaría, se utilizarían dichos recursos para formar profesionales sanitarios y por tanto el bienestar psicológico de los afectados. Por otro lado, la preservación de gametos en la sanidad pública para luego no invertir dinero en la reproducción asistida. Es un campo demandante de un flujo de dinero, que no llega.

Entre tanto, el 29 de abril de 2019 habrá elecciones generales, significa que la Proposición de ley 122/000072 (Proposición de Ley para la reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para permitir la rectificación registral de la mención relativa al sexo y nombre de los menores transexuales y/o trans, para modificar exigencias establecidas en el artículo 4 respecto al registro del cambio de sexo, y para posibilitar medidas para mejorar la integración de las personas extranjeras residentes en España. Núm. 91-1) perderá todo el proceso que lleva. Es decir que tiene que volver a realizar todos los tramites parlamentarios. Lo que significa que el proceso de aceptación de esta será todavía más largo.

Por otro lado, tenemos el bienestar psicológico, que como hemos dicho mejoraría con llevar a cabo las políticas enunciadas en la legislación con un flujo económico mayor. No obstante, el estigma de pertenecer al colectivo transexual y las relaciones afectivo-sexuales van de la mano

del bienestar psicológico. Cabe plantearse la fortuna que tienen muchas personas por considerarse cisgénero. La lucha contra el estigma social ha estado presente en muchas causas, las mujeres, las personas con necesidades especiales, las personas homosexuales... Los colectivos minoritarios han tenido que hacerse valer. Partimos de la base de que el mundo es heteronormativo y asusta todo lo que no se corresponda con esa visión. Para poder obtener un avance social hace falta implantar las políticas existentes para la convivencia entre personas. Al fin y al cabo, lo necesario es el respeto mutuo frente a las personas transexuales, que no son más que eso; personas. .

## Bibliografía:

- Adaury, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A., & Salinas, H. (2018). Terapia hormonal en la transición femenino a masculino (ftm), androgénica, para trans masculino o para hombre transgénero. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(3), 318–328. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000300319>
- Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J., & Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *Semergen*, 37(2), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2010.10.004>
- Association Psychiatric American (2003). Trastorno de identidad de género. *Manual Diagnóstico u Estadístico de Los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*
- Association Psychiatric American. (2014). Disforia de género. *Manual Diagnóstico u Estadístico de Los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 6, 451–460.
- Baba, T., Endo, T., Ikeda, K., Shimizu, A., Honnma, H., Ikeda, H., ... Saito, T. (2011). Distinctive Features of Female-to-Male Transsexualism and Prevalence of Gender Identity Disorder in Japan. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(6), 1686–1693. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02252.x>
- Becerra Fernández A. *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2003
- Becerra-Fernández, A., Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M. J., Cuchi-Alfaro, M., García-Camba, E., ... Aguilar-Vilas, M. V. (2017). Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1307–1312. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0955-z>
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., ... Schechter, L. (2017). What Surgeons Need to Know About Gender Confirmation Surgery When Providing Care for Transgender Individuals. *JAMA Surgery*, 152(4), 394. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.5549>
- Cabañero Martínez MJ, Richart Martínez M, Cabrero García J, Orts Cortés M I, Reig Ferrer A, Tosal Herrero B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema*. 2004;16:448-55
- Cabral, M., & Benzur, G. (2005). Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad \*. *Cadernos Pagu*, 24, pp.283-304. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a13.pdf>
- Chiam, Z., Duffy, S., & Gil, M. G. (2017). *Informe de Mapeo Legal Trans Reconocimiento ante la ley*. Retrieved from [www.ilga.org](http://www.ilga.org)
- Comunicado de prensa. (2018). La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Retrieved February 13, 2019, from [https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S., & Landén, M. (2014). An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1535–1545. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8>
- Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. *Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff*. *Psicothema*. 2006;18:572-7.
- Eneros, A. A., Sandoval Zamorano, J., Rios Salazar, R., Alejandra, M., & Lagos, C. (2017).

- Terapia Hormonal en la Transición Masculino a Femenino (MTF) ó transexual femenino o régimen de feminización. Parte II. Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Inf. Adol. | Año.* Retrieved from [https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2017/Sogia\\_1\\_2017\\_2.pdf](https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2017/Sogia_1_2017_2.pdf)
- Esteva, I., Gonzalo, M., Yahyaoui, R., Domínguez, M., Bergero, T., Giraldo, F., ... Soriguer, F. (2006). *Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes.* Retrieved from [http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Sanidad\\_epidemiologiaandalucia.pdf](http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Sanidad_epidemiologiaandalucia.pdf)
- Fordyce MW. A program to increase happiness: Further studies. *J Counsel Psychol.* 1986;30:483-98
- Fonseca Hernández, C., & Quintero Soto, M. L. (2009). La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica*, 69, 43–60. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v24n69/v24n69a3.pdf>
- Garay Arostegui, M., Pousa Rodríguez, V., & Pérez Cabeza, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 34(123), 459–475. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000300002>
- García-leiva, P. (2005). Identidad y género: modelos explicativos. *Escritos de Psicología*, 7, 71–81.
- García Gibert, C., Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Pascual Sanchez, A., Becerra-Fernández, A., & Lucio Pérez, J. (2016). Estigma, estrés minoritario, transfobia interiorizada y bienestar psicológico en transexualidad. *Desexología*, 5(1), 1–95.
- Goldberg D. Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire): guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson; 1986
- Gómez Gil, E. Trilla García, A. Godas Sieso, T. Halperin, Irene. Vidal Hagemeyer, Á. Puig, Manuel. Peri Nogués, J. M. (2008). *Estimation of prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Catalonia according to health care demand.* Retrieved from [http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Sanidad\\_demandaasistencialcatalunya.pdf](http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Sanidad_demandaasistencialcatalunya.pdf)
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... T'sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society\* Clinical Practice Guideline. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture, Health & Sexuality*, 13(3), 355–370. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>
- Lewins, F. (2002). Explaining stable partnerships among FTMs and MTFs: a significant difference? *Journal of Sociology*, 38(1), 76–88. <https://doi.org/10.1177/144078302128756507>
- Miguel Rodríguez-Molina, J., Asenjo, N., Jesús Lucio, M., Pérez-López, G., Frenzi Rabito, M., Jesús Fernández-Serrano, M., ... Becerra-Fernández, A. (2009). Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Revista Internacional de Andrología*, 7(2), 112–120. [https://doi.org/10.1016/S1698-031X\(09\)71616-4](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(09)71616-4)
- Moreno-Pérez, Ó., & Esteva De Antonio, I. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)\*(anexo 1). *Endocrinología y Nutrición*, 59(6), 367–382. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.02.001>
- Muñoz, M., Santos, E. P., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental.* Retrieved from [www.editorialcomplotense.com](http://www.editorialcomplotense.com)

- Naciones Unidas. (2017). Derechos de la Personas LGBT: Algunas preguntas frecuentes. *Libres & Iguales, Naciones Unidas*. Retrieved from <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/LGBT-FAQs-Esp.pdf>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., & Barker, M. J. (2016). International Review of Psychiatry Non-binary or genderqueer genders. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Portabales Barreiro, L., Lucio-Pérez, M. J., & Becerra-Fernández, A. (2013). Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Clinica Contemporanea*, 4 n°2, 161–170. <https://doi.org/10.5093/cc2013a13>
- Rodríguez-Molina, J. M., Pacheco-Cuevas, L., Asenjo-Araque, N., García-Cedenilla, N., Lucio-Pérez, M. J., & Becerra-Fernández, A. (2014). Perfil psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Revista Internacional de Andrología*, 12(1), 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2013.12.001>
- Romi, J. C. (2009). El pluralismo sexual, N° 23(Asociación Argentina de Psiquiatras).
- Rondón García, L. M., & Martín Romero, D. (2016). Impact of Social Exclusion in Transsexual People in Spain From an Intersectional and Gender Perspective. *SAGE Open*, July-Septe, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2158244016666890>
- Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y., & Monstrey, S. (2017). Gender Confirmation Surgery: Guiding Principles. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 852–856. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.001>
- Taomino, T. (2008). *Opening Up: Una guía para crear y mantener relaciones abiertas*. (Miguel Vagalume, Ed.). Editorial Melusina S.L. Retrieved from [http://www.melusina.com/rcs\\_gene/Extracto\\_156-E\\_Opening\\_Up\\_IMPRENTA-1-26.pdf](http://www.melusina.com/rcs_gene/Extracto_156-E_Opening_Up_IMPRENTA-1-26.pdf)
- Triveño, G. (2012). UN CASO DE TRANSEXUALISMO: UN ENIGMA SINGULAR. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Retrieved from <https://www.academica.org/000-072/912>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x>
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German transsexuals' act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425. <https://doi.org/10.1007/BF02437583>

#### REFERENCIAS NORMATIVAS:

- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. (BOE-A-2007-5585) 11251-11253.
- PROPOSICIÓN DE LEY 122/000072 Proposición de Ley para la reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para permitir la rectificación registral de la mención relativa al sexo y nombre de los menores transexuales y/o trans, para modificar exigencias establecidas en el artículo 4 respecto al registro del cambio de sexo, y para posibilitar medidas para mejorar la integración de las personas extranjeras residentes en España. Núm. 91-1.
- LEY 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no discriminación de la Comunidad de Madrid. (BOE-A-2016-6728) 49217-49248.
- LEY 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra LGTBIfobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid. (BOE-A-2016-11096) 82495-82526.



## **ANEXO 1. La lista completa de países donde ser LGTB es ilegal:**

### **América**

- Antigua y Barbuda
- Barbados
- Dominica
- Granada
- Guyana
- Jamaica
- San Cristóbal y Nieves
- San Vicente y las Granadinas
- Santa Lucía
- Trinidad y Tobago

### **África**

- Angola
- Argelia
- Botsuana
- Burundi
- Camerún
- Comoras
- Eritrea
- Etiopía
- Gambia
- Ghana
- Guinea
- Kenia
- Liberia
- Libia
- Malawi
- Mauricio
- Mauritania
- Marruecos
- Namibia
- Nigeria
- Senegal
- Sierra Leona
- Somalia
- Suazilandia
- Sudán
- Sudán del Sur
- Tanzania
- Togo
- Túnez

- Uganda
- Zambia
- Zimbabue

### **Asia**

- Afganistán
- Arabia Saudita
- Bangladesh
- Bután
- Brunei Darussalam
- Emiratos Arabes
- Unidos
- Gaza
- Indonesia
- Irak
- Irán
- Kuwait
- Líbano
- Malasia
- Maldivas
- Myanmar
- Omán
- Pakistán
- Qatar
- Singapur
- Siria
- Sri Lanka
- Turkmenistán
- Uzbekistán
- Yemen

### **Oceanía**

- Islas Cook
- Islas Salomón
- Kiribati
- Papúa Nueva Guinea
- Samoa
- Tonga
- Tuvalu

Procedente de:

Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA): Chiam, Z., Duffy, S. y González Gil, M., Informe de Mapeo Legal Trans 2017: Reconocimiento ante la ley (Ginebra: ILGA, noviembre de 2017).

## ANEXO 2. ENCUESTA

# Breve encuesta para determinar los campos de información más demandados por las personas trans.

Soy Beatriz Hernández Villarreal, estudiante de 4º de Psicología en la Universidad Pontificia Comillas y estoy realizando mi Trabajo De Fin de grado sobre Transexualidad y variantes de género, titulado ¿Qué es la transexualidad? Una guía sobre la diversidad sexual y de género.

Os contacto a vosotros porque trabajáis con personas del colectivo LGTBI+ y sois los que más información poseéis sobre las demandas que tienen las personas transexuales.

Por tanto, me gustaría que me ayudarais a realizar mi TFG, de manera que sería un placer si pudierais responder a este breve cuestionario, a partir cual elaboraré dicha guía basándome en las demandas reales de las personas transexuales.

Vuestra ayuda es muy importante para mi.

**\*Obligatorio**



## Opinión sobre la población.

Por "población" se entiende población trans, personas que atendéis en vuestros trabajos, contacto que hayáis tenido con personas trans, personas dentro del colectivo LGTBI+, personas que estén buscando información por dudas sobre su identidad de género... En definitiva, se entiende como "población" a todo aquel usuario que solicite servicios en tu organización.

1. **¿Cuánta información crees que tiene la población sobre la transexualidad? \***

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Ninguna información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucha información

2. **¿Cuánta información crees que tiene la población sobre la situación legal de las personas transexuales en España? \*** *Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Ninguna información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucha información

**¿Cuánta información crees que tiene la población sobre el proceso hormonal que se lleva a cabo en el proceso de reasignación de sexo? \*** *Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	5	
Ninguna información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucha información

3. **¿Cuánta información crees que tiene la población sobre las operaciones quirúrgicas que se llevan a cabo en el proceso de reasignación de sexo?** \* Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Ninguna información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucha información

4. **¿En que medida crees que la población está familiarizada con vocabulario específico? (Acerca de las operaciones u hormonación; Androcur, testex, mamoplastia, masectomía, faloplastia, vaginoplastia)** \* Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada familiarizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy familiarizada

5. **¿Cuánta información crees que posee la población sobre el bienestar psicológico de las personas transexuales?** \* Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Ninguna información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucha información

6. **Respecto a los miedos que podría tener esta población sobre el proceso, selecciona tres de estas opciones que consideres que son las más temidas.** \* Selecciona todos los que correspondan.

- Proceso hormonal (medicación de por vida, pinchazos, pastillas...)
- Proceso quirúrgico
- Aceptación del entorno (amigos, familiares, lugar de trabajo, colegio...)
- Efectos irreversibles del proceso hormonal
- Efectos irreversibles del proceso quirúrgico
- Problemas legales (cambio del nombre legal, tarjeta sanitaria...)
- Estigmatización de pertenecer al colectivo trans (rechazo de la sociedad)
- Relaciones afectivo-sexuales
- Aceptar su nuevo "yo"
- \_\_\_\_\_

## Desde tu... perspectiva

8. **Si tiene conocimiento sobre la ley actual que ampara a las personas transexuales. ¿Está de acuerdo con ella?** \*

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
- No
- En este momento no dispongo de este conocimiento

9. ¿Por qué?

---

10. Si conocieras a una persona que tuviera dudas sobre su identidad de género... ¿Qué crees que sería lo primero de lo que demandaría información? (Por favor, responde tres alternativas) \*

---

11. ¿Crees que hay algún tipo de servicio que no existe y fuera necesario para este colectivo? (Especifica cual) \*

---

12. Si deseáis comentadme alguna cosa para la realización de mi trabajo de fin de grado, alguna sugerencia, ¡Este es el lugar!

---

**Muchas gracias por responder a este breve cuestionario sobre la información que se recibe sobre la diversidad sexual y de género. Gracias a vosotros podré seguir con el objetivo de visibilizar esta población, la cual es digna de todos los derechos y reconocimiento que el resto poseemos sólo por ser cisgénero (identificación del sexo asignado al nacer y el sexo sentido).**

**¡MUCHAS GRACIAS!**

### ANEXO 3. RECURSOS INTERACTIVOS

#### Películas:

1. Glen o Glenda (1953)
2. La chica danesa (2015)
3. Los chicos no lloran (1999)
4. Todo sobre mi madre (1999)
5. Hedwig out the angry inch (2001)
6. Transamerica (2005)
7. Tomboy (2011)
8. Kiki el amor se hace (2016)
9. Una mujer fantástica (2017)

10. Señorita María: La falda de la montaña (2017)
11. Sense 8: Amor Vincit Omnia (2018)

#### Series:

1. The L Word (2004)
2. Orange is the new black (2013)
3. Transparent (2014)
4. Sense8 (2015)
5. Las chicas del cable (2017)

#### Canales de YouTube/ Redes:

1. Fede Puñales – Uruguay.  
Link: <https://www.youtube.com/channel/UCW2UX--5JExOH7AJJ4KDdnQ>
2. Rosa Luz – Brasil.  
Link: <https://www.youtube.com/channel/UCW2UX--5JExOH7AJJ4KDdnQ>
3. Jammidoger – Reino Unido.  
Link: <https://www.youtube.com/channel/UCHSIA2JRC5PWvUX4SI8OrcA>
4. Victoria Volkova – México.  
Link: <https://www.youtube.com/channel/UCo3cevtOQY-qfuIpFNSRnUg>
5. FTM AITOR – España.  
Link: <https://www.youtube.com/channel/UC5skDRJ6aW4v5o71mZhP-Lg/videos>
6. ¿Cómo es ser novia de un chico trans? - Jessica & Alex  
Link: <https://www.youtube.com/watch?v=QjPLVuKtPZM>
7. Ángela Ponce, Miss universo España IG: @angelaponceofficial

#### Documentales / Charlas:

1. “Eso no se pregunta: Transexuales” – Telemadrid.  
Link: <http://www.telemadrid.es/programas/eso-no-se-pregunta/temporada-1/Transexuales-2-1985521504--20180214102630.html>

#### Adultos trans:

2. Documental Laerte-se: Tras vivir casi 60 años como hombre, Laerte Coutinho, se introduce a sí misma como mujer. Es una de las ilustradoras más brillantes de Brasil.  
Link: <https://www.netflix.com/es-en/title/80142223>
3. No estoy enferma soy una mujer transexual - Marta Reina Izquiano – TEDxLleida  
Link: <https://www.youtube.com/watch?v=Y7NQkxe7I4s>
4. La transexualidad, ¿una cuestión de identidad? - Natalia Aventín -TEDxZaragoza  
Link: <https://www.youtube.com/watch?v=2Zqj7g8mPm8>

#### Menores trans:

5. Tengo un hijo transexual - Sonia González – TEDxYouthMadrid  
Link: <https://www.youtube.com/watch?v=Q8n7mx93-uc>
6. Trans\*formado la Sociedad – Cristina Palacios – TedxGalicia  
Link: <https://www.youtube.com/watch?v=UEpi5VPJmQ>
7. Proud to call you my transgender son - Skip Pardee - TEDxReno  
Link: [https://www.youtube.com/watch?v=GW8Pif\\_IXGs](https://www.youtube.com/watch?v=GW8Pif_IXGs)
8. Transgender: a mother's story - Susie Green – TEDxTruro  
Link: <https://www.youtube.com/watch?v=2ZiVPh12RQY>

**Libros:**

1. Ebershoff, D. (2001). *La chica danesa*. Madrid, España, Anagrama. ISBN: 9788433969378
2. Goldberg, S. (2017). *Gender Revolution*. Retrieved from [www.natgeo.com/](http://www.natgeo.com/)
3. Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Madrid, España, EGALES: EDITORIAL GAI Y LESBIANA. ISBN: 9788417319366
4. Page McBee, T. (2019). *Un hombre de verdad*. Madrid, España, Temas de Hoy. ISBN: 9788499987101