



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **CONGRUENCIA Y SEXUALIDAD EN PERSONAS TRANS: EL DEBATE DE LA CIRUGÍA GENITAL**

Autor: Jorge Merino Tamayo

Tutora Profesional: María José Carrasco Galán

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid  
Mayo, 2018

Jorge  
Merino  
Tamayo



**CONGRUENCIA Y SEXUALIDAD EN PERSONAS TRANS: EL DEBATE DE LA  
CIRUGÍA GENITAL**

## **Resumen**

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la cirugía genital, la congruencia con la apariencia y la vivencia de la sexualidad de las personas transexuales y transgénero, en el contexto de la controversia existente entre la mayoritaria tradición médico-biologicista y las nuevas teorías *queer*. A partir de una evaluación cuantitativa de las variables congruencia cuerpo-identidad, salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a en 56 personas trans, tanto sometidas a la cirugía genital como no, este estudio buscó profundizar en la relación que la intervención quirúrgica tiene sobre estas variables y en sus efectos sobre la condición trans. Los resultados obtenidos apuntan a una relación significativa de la cirugía genital con la congruencia cuerpo-identidad y a una falta de relación con la sexualidad del colectivo, así como a diferencias en esta última variable entre personas trans femeninas y masculinas. Como complemento a la investigación se realizó una validación al castellano del instrumento de medición de la congruencia *Transgender Congruence Scale* de Kozee et al. (2012), administrado a la muestra. Los resultados del estudio reflejan la controversia existente y permiten dar constancia de la diversidad de la condición trans, así como de los efectos y consecuencias de la cirugía genital.

**Palabras clave:** transexualidad, transgénero, congruencia, sexualidad, cirugía genital

## **Abstract**

The purpose of this study is to analyse the relationship among genital surgery, appearance congruence and sexuality of transsexual and transgender persons, in the context of the controversy between the main medical scientific tradition and the new queer theories. Starting up from a quantitative evaluation of three variables: body-identity congruence, sexual health and genital experience with others, in 56 trans persons, subjected and not subjected to genital surgery, this research sought to go in depth into the relation that the surgical intervention has on those variables, and in its effects on the transsexualism and transgender. The outcome found point to a significant relationship of the genital surgery with the body-identity congruence, and to a lack of relationship with the sexuality, as well as to differences between feminine and masculine trans persons in this variable. As a complement to the research, a spanish validation of the Transgender Congruence Scale (Kozee et al., 2012) was done. The outcome of the research reflect the existing controversy and witnesses the diversity of transsexualism and transgender, as well as the effects and consequences of the genital surgery.

**Keywords:** transsexualism, transgender, congruence, sexuality, genital surgery.

## TRANSEXUALIDAD Y TRANSGÉNERO

La transexualidad y el transgénero suponen una manifestación de la variedad de interacciones y relaciones existentes entre aspectos psicológicos y biológicos tan determinantes para la persona como la identidad de género, su expresión y el sexo asignado al nacer. Ambos, transexualidad y transgénero, trascienden el binarismo de género de nuestra sociedad actual y reflejan la complejidad de la sexualidad humana y su carácter multidimensional. Atendiendo a la etimología, “trans” es un prefijo derivado del latín cuyo significado es “del otro lado” y se emplea para señalar el paso de una situación a la contraria (Lamas, 2009).

La definición del concepto de la transexualidad ha evolucionado sensiblemente desde que Cauldwell empleara el término “transexualismo” por primera vez en 1949 y desde las primeras definiciones como la de Benjamin (1966) que comenzó a reconocer que la transexualidad suponía la identificación con el sexo opuesto, más allá de la apariencia como tal (como se citó en Bergero, Ballester, Gornemann, Cano, y Asiain, 2012). En la actualidad se puede definir a la persona transexual como aquella persona cuya identidad de género no concuerda con su sexo biológico y que se plantea, o ha hecho, un proceso de transición, a través de intervenciones médicas o quirúrgicas, con el fin de adecuar su cuerpo a su identidad. La identidad de género es el sentimiento personal de pertenecer a uno de los géneros que nuestra sociedad reconoce hoy en día, hombre y mujer. En el caso de las personas transexuales ésta no coincide con su sexo asignado al nacer (Fundación Daniela, 2017).

En coexistencia con la condición transexual, existe otro colectivo que engloba a las personas cuya identidad y/o expresión de género es distinta a las expectativas culturales basadas en el sexo asignado al nacer, pero que no precisan para su desarrollo el someterse a procesos de reasignación sexual. Este es el colectivo de las personas transgénero (Fundación Daniela, 2017). A diferencia de las personas transexuales, las personas transgénero modifican su aspecto y adoptan las características sociales del sexo opuesto, pero no necesariamente llevan a cabo procesos de modificación corporal como la hormonación y la cirugía. El fenómeno transgénero siembra el debate sobre el binarismo clasificatorio de la especie humana, apostando por formas de ser “hombre” o “mujer” que no impliquen la genitalidad como variable principal de su identidad (Lamas, 2009).

A pesar de que en la actualidad la sociedad se asienta mayoritariamente sobre una clasificación binaria de género (femenino y masculino), progresivamente van apareciendo nuevas identidades dentro del colectivo trans que no aceptan o no se sienten identificadas con los convencionalismos sociales binarios. Tal es el caso de las personas agénero, que no tienen género, las personas de

género no binario, que no se identifican con los géneros ni femenino ni masculino, y las personas de género fluido cuya identidad fluctúa entre ambos géneros (Richards et al., 2016).

Transexualidad y transgénero son otras formas de identificación y expresión personal y sexual distintas al tradicional cisgénero, concepto que recoge a las personas cuya identidad de género se corresponde con el sexo asignado al nacer (Serano, 2007).

## REASIGNACIÓN SEXUAL Y CIRUGÍA GENITAL

El abordaje corporal de la transexualidad implica numerosas acciones como la retirada o estimulación del vello, los tratamientos hormonales, la modificación de la voz, etc., todo ello con el objetivo de generar una mayor congruencia física entre la identificación de género y el sexo biológico. Uno de los pasos definitivos en este proceso es la cirugía de reasignación sexual, conjunto de intervenciones que implican la modificación de determinadas partes del cuerpo para hacerlo más congruente con el género sentido (atendiendo a la concepción corporal cultural de hombre y mujer) (Dhejne et al., 2011). Esta operación supone una compleja intervención multidisciplinar que implica el trabajo de especialistas en urología, ginecología, endocrinología, otorrinolaringología y cirugía plástica (Bowman y Goldberg, 2006).

La cirugía de reasignación sexual hombre a mujer (H-M) implica principalmente las siguientes prácticas quirúrgicas: mamoplastia, feminización facial, modificación del tono de voz y finalmente la reconstrucción genital (cirugía genital) a través de orquiectomía, falectomía y/o vaginoplastia. En el caso de la cirugía de reasignación sexual mujer a hombre (M-H) los procedimientos quirúrgicos principales son los siguientes: mastectomía, histerectomía, ooforectomía y finalmente la reconstrucción genital (cirugía genital) a través de vaginectomía, metaidoplastia y/o faloplastia y escrotoplastia (Bowman y Goldberg, 2006).

El seguimiento post-operatorio es fundamental tras realizar la cirugía genital, por las implicaciones físicas y psicológicas que esta intervención acarrea. Tras la intervención, existe el riesgo de que la persona muestre disconformidad y rechazo ante la nueva forma corporal. La aparición de inseguridad, decepción así como de otras dificultades psicológicas tras la operación se consideran naturales y pueden ser vistas como una parte del proceso, siempre y cuando tengan una dimensión temporal no superior al primer año tras la intervención. Existen casos donde dichas dificultades psicológicas se vuelven persistentes en el tiempo, pero la revisión de la prevalencia de estos casos señala que son la minoría: menos del 1% en las transiciones M-H y entre el 1% y el 1,5% en las transiciones H-M (Bowman y Goldberg, 2006).

La transformación física puede considerarse un cambio de sexo completo cuando implica: tratamiento hormonal, cirugía de reasignación sexual y seguimiento post-operatorio (Michel, Anseau, Legros, Pitchot, y Mormont, 2002). Estos autores señalan que las personas transexuales que se someten a la cirugía genital están satisfechas con su cambio en más del 67% de los casos, y que tras la intervención presentan un mejor funcionamiento psicológico, social, sexual y laboral. Por su parte, Smith, Van Goozen, Kuiper y Cohen-Ketennis (2005) afirman que las personas transexuales, tras la intervención quirúrgica, muestran una mejora en la satisfacción con sus caracteres sexuales, así como una mayor congruencia entre apariencia e identidad y un mejor funcionamiento psicológico, aspectos que se hacen visibles en los cuatro años siguientes a la cirugía.

Sin embargo, también existen otros estudios que han señalado que las personas que se someten a la cirugía genital tienen mayores riesgos de mortalidad, suicidio y comorbilidad psiquiátrica que la población general (Dhejne et al. 2011), así como mayor tasa de depresión, ansiedad y comorbilidad con trastornos de índole psicológica, especialmente entre personas adolescentes y jóvenes de entre 12 y 29 años de edad (Reisner et al., 2015).

## CUERPO Y SEXUALIDAD

Uno de los intereses principales de este estudio es conocer cómo es la sexualidad de las personas transexuales y transgénero (operativizada como salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a), tratando de vislumbrar posibles diferencias condicionadas por la realización o no de intervenciones de cirugía genital.

La Organización Mundial de la Salud (2006) define salud sexual como:

Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

La sexualidad es entendida por esta organización como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad

puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre, porque la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Como indica la definición, la sexualidad se ve influida por numerosos elementos, entre ellos los biológicos, donde entraría en consideración la genitalidad, entendida como el aspecto más fisiológico de la sexualidad (tradicionalmente órganos genitales masculinos y femeninos).

La vivencia es la elaboración subjetiva y propia de cada persona, que se nutre a partir de la personalidad individual, las experiencias y que diferencia lo que un individuo experimenta de cualquier otro (Souza, 2010). Así, la vivencia de la propia genitalidad se entendería como la elaboración personal, y la experiencia, de los propios órganos genitales, algo que influirá en el desarrollo de mayores o menores grados de aceptación y desinhibición.

A la hora de analizar la vivencia de la propia genitalidad, la tradición médico-biologicista es la de mayor profusión. Este enfoque da más peso al papel de los órganos genitales que a otros factores, bien relacionados con características subjetivas como la vivencia del propio cuerpo, o culturales, como los roles tradicionalmente establecidos para hombres y mujeres y la presión de la sociedad (Lewins, 2002).

Cuando existe disconformidad con las características físicas, las relaciones sexuales de las personas transexuales suelen ser muy limitadas y no recíprocas, tendiendo a ser reacias a exponer sus genitales y ser acariciadas en la interacción sexual, siendo la experiencia muy negativa hasta haber transformado su cuerpo mediante la cirugía. Las personas transexuales que no se sienten cómodas con su cuerpo muestran mayor inhibición a la hora de relacionarse sexualmente con el otro/a (Albornoz, 2014; Godás, 2006).

Según Lewins (2002) las personas transexuales H-M presentaban una mayor valoración de las características genitales y del comportamiento sexual del otro/a. Esto hacía que las personas transexuales H-M se sintieran más cómodas en la interacción sexual cuando habían modificado sus características genitales a través de la cirugía. Para las personas transexuales M-H primaban más aspectos relacionados con el cariño y los cuidados que con la interacción sexual o los genitales, factor que, según el autor, propiciaba que las relaciones de pareja fueran más estables en las personas transexuales M-H que en las H-M.

De Cuyper et al. (2005) en un estudio realizado con 55 personas transexuales sometidas a la cirugía genital encontraron que la modificación de las características genitales afectaba positivamente la interacción con el otro/a, tanto a nivel emocional como físico. Tras la intervención el 52,7% de las personas evaluadas tenían una relación sentimental estable frente al 35,3% que la tenía antes de someterse a la intervención. Las personas transexuales M-H tenían más dificultades para encontrar pareja que las H-M. Según los autores, esta dificultad no radicaba ni en la capacidad de respuesta sexual, ni en la apariencia física obtenidas tras la operación, sino en la inseguridad y ansiedad que a este grupo le generaba la percepción de su propia masculinidad. No encontraron diferencias significativas en cuanto a estabilidad de las relaciones entre los dos grupos.

Kraemer, Delsignore, Schnyder y Hepp (2008) en su estudio con 23 personas transexuales no sometidas a la cirugía de genital y 22 personas sometidas a dicha intervención, encontraron que tanto las personas transexuales H-M como las M-H no operadas vivían con mayor inseguridad y preocupación sus características físicas y genitales, presentando bajos índices en autoconfianza y percepción de atractivo físico. Estos valores se invertían en las personas que sí se sometían a la cirugía genital, que manifestaban mayor seguridad y confianza al gozar de mayor satisfacción con su nueva apariencia física y de una nueva funcionalidad de sus caracteres genitales tras la intervención. Los autores señalaron que la vivencia de la imagen corporal afectaba a la mayor parte de las áreas personales y sociales de estas personas, la sexualidad entre ellas.

En lo relativo al análisis de la sexualidad de las personas transgénero y transexuales, el enfoque médico-biologicista vuelve a ser el de mayor tradición entre la comunidad científica, abogando porque la intervención quirúrgica supone una transformación que genera mejoras significativas en la satisfacción y prácticas sexuales. Así, De Cuyper et al. (2005) concluyeron que la mayoría de las personas transexuales encuentran una mejora en su calidad de vida sexual y en sus niveles de excitación tras la cirugía genital. Con anterioridad a la cirugía experimentaban incongruencia con su cuerpo y dificultades de contacto, aspectos que se diluían tras la intervención al sentir que tenían el “cuerpo correcto”. El 60% de la muestra se encontraba muy satisfecho/a con su vida sexual frente a un 18% que se mantenían neutrales y un 22% que manifestaba disconformidad. Los participantes que tenían pareja mostraban mayor satisfacción sexual que los que no la tenían, aspecto que los autores relacionaron con el menor grado de ansiedad que las personas con pareja enfrentaban al no tener que comunicar su condición transexual en cada nuevo encuentro sexual. Al comparar la calidad de vida sexual previa y posterior a la cirugía el 75,5% de los participantes manifestaban mejora. Aparecieron altas correlaciones entre la satisfacción sexual y calidad de vida general, y entre las nuevas características sexuales primarias y la satisfacción sexual. En las personas transexuales H-M existían diferencias significativas en el grado de excitación sexual,



siendo mayor tras la intervención. Por su parte las personas transexuales M-H, tras la operación, se masturbaban con mayor frecuencia y el 78% del total de participantes era capaz de alcanzar el orgasmo a través de la masturbación. Ambos grupos (M-H y H-M) señalaban diferencias en la sensación orgásmica, mejorando en ambos casos. Más del 67% de las personas transexuales H-M reportaron tener secreción de fluidos vaginales tanto durante el orgasmo como durante la excitación. La mayor satisfacción con los nuevos caracteres genitales, la precisión de la práctica quirúrgica y la ordenación hormonal, eran las principales responsables de estas mejoras. Los autores observaron una correlación positiva entre la satisfacción sexual y la satisfacción con el resultado de la cirugía, tanto en personas transexuales M-H como en H-M. Esta correlación era especialmente significativa en aquellos casos de personas transexuales M-H que se realizaron la faloplastia, atribuyendo la mejora a una mayor satisfacción con la imagen corporal y a la capacidad de penetrar que los nuevos órganos genitales ofrecían a estas personas. Un 81,9% de las personas que se había realizado la faloplastia señalaron tener altos niveles de satisfacción sexual, frente el 50% que se mostraban satisfechas antes de la intervención. En el caso de las personas transexuales H-M, los autores encontraron que en un 75,8% de los casos las personas mostraban un incremento de su satisfacción sexual tras la cirugía. El porcentaje de satisfacción con las expectativas de la calidad sexual post-cirugía era del 66,7%.

Bartolucci et al. (2014) evaluaron la percepción subjetiva de la calidad de vida sexual en una población de 103 personas transgénero en el Hospital Clínico de Barcelona (España). Ninguno de ellos se había sometido a la cirugía genital. El 48%-54% de los participantes señalaron que su vida sexual era muy pobre o muy insatisfactoria, el 23%-27% señalaron que era satisfactoria o muy satisfactoria y un 20%-28% indicaron que era moderada (ni buena ni mala).

De Vries, Steensma, Wagemaar, Doreleijers y Cohen-Kettenis (2010) en un estudio longitudinal con 27 adolescentes transexuales encontraron que tras la cirugía genital, las relaciones sexuales en este colectivo aumentaban de un 7% a un 33%, la frecuencia de la masturbación con otro/a también crecía (practicada al otro/a de un 52% a un 78% y recibida del otro/a de un 19% a un 63%), al igual que las prácticas de sexo oral (practicada al otro/a de un 37% a un 56% y recibida del otro/a de un 15% a un 48%). Los autores concluyeron que dichas variaciones se debían a la mayor aceptación y satisfacción con los caracteres sexuales primarios y secundarios, y a la mayor satisfacción con su cuerpo en general, que estas personas sentían tras la intervención. A partir de estos datos estos autores se reafirman en la importancia de cirugía genital para el desarrollo de la sexualidad en las personas transexuales.

Otros estudios como el de Slabbekoorn, Van Goozen, Gooren y Cohen- Kettenis (2001) y el de Constantino et al. (2013) señalan que tras la fase de toma de hormonas las frecuencias del deseo

y prácticas sexuales de las personas transexuales aumentan. Lawrence (2005) en un estudio sobre el comportamiento sexual de las personas transexuales H-M encontró que el 85% de las participantes afirmaban ser capaces de alcanzar el orgasmo tras la cirugía genital. Aunque el estudio no indicaba el porcentaje de personas que eran capaces de alcanzar el orgasmo antes de la intervención, sí señalaba que únicamente un 11% de las personas experimentaba una calidad de orgasmo similar antes y después de la cirugía, frente a un 67% que indicaba mejoras significativas en la calidad orgásmica tras la cirugía genital.

Todos estos autores comparten la perspectiva de que la satisfacción y la práctica sexuales son mayores tras la cirugía genital y son una muestra de la opinión tradicional de la comunidad científica.

Aunque son las menos, existen algunas voces discordantes con esta tendencia, como lo son las de Hurtado, Gómez, y Donat (2005) que en su estudio con 26 personas transgénero a la espera de realizar una cirugía genital, señalaron, sin embargo, que la satisfacción sexual de esta muestra era en un 65,4% de los casos de moderadamente a muy buena con anterioridad a la intervención.

Algunos autores revisan cómo la cirugía genital afecta diferencialmente a personas transexuales M-H y H-M. Así, Klein y Gorzalka (2009) analizan el potencial impacto de la terapia hormonal y la cirugía genital, recopilando estudios significativos y señalando las diferencias que existen para personas transexuales H-M y M-H. Estos autores encuentran en la literatura existente al respecto que las personas transexuales son capaces de alcanzar el orgasmo tras la cirugía genital, tanto a través de la masturbación como de la relación sexual, pero encuentran que los resultados son mejores en las personas transexuales M-H que en los H-M. Encuentran que la actividad sexual se incrementa en ambos grupos. La práctica de la masturbación individual sin embargo se mantiene o aumenta en las personas transexuales M-H pero disminuye en los H-M. Éstos autores concluyen señalando que existe una gran variabilidad en el funcionamiento sexual de las personas transexuales tras someterse a la cirugía genital y que no hay ningún resultado que claramente pueda predecir si el impacto de la cirugía será positivo o no en la función sexual.

En el estudio que Wierckx et al. (2011) realizan para conocer la calidad de vida y salud sexual de un grupo de 47 personas transexuales M-H tras la cirugía genital, los autores encuentran que un 64,2% de su muestra se encuentra satisfechos o muy satisfechos sexualmente, frente a un 17,9% que se muestran neutrales y un 17,8% poco o muy poco satisfechos. En relación al número de encuentros sexuales en pareja, un 29,6% tiene varias relaciones a la semana, un 48,1% una o dos veces al mes y un 22,2% nunca. En cuanto a la capacidad orgásmica, un 65,1% señala alcanzar el orgasmo siempre que se masturba y un 42,9% hacerlo en una relación sexual en pareja. El

65,1% señalan que la calidad del orgasmo ha cambiado. Un 48,9% de la muestra refiere sentir excitación sexual la mitad del tiempo, frente a un 23,4% que señala sentir excitación más de la mitad del tiempo y un 27,7% que indica menos. Los autores atribuyen las mejoras a la combinación de los tratamientos hormonales y quirúrgicos, en especial a la realización de la faloplastia.

Weyers et al. (2009) estudian la satisfacción sexual de un grupo de 50 personas transexuales H-M tras la intervención quirúrgica. Estos autores encuentran que, si bien se encuentran mejoras post-cirugía, las medias de este colectivo en variables como el deseo sexual, la excitación, el orgasmo y satisfacción sexual se encuentran en todos los casos por debajo de las medias de las mujeres cisgénero con un funcionamiento sexual saludable estudiadas. Los autores encuentran que las personas transexuales H-M se ven afectadas por falta de lubricación y dolor en las relaciones.

En su estudio, De Vries et al. (2010) también encuentran diferencias significativas entre las personas transexuales H-M y las M-H. La mayor diferencia es la relativa a las relaciones sexuales donde, tras la cirugía genital, en el caso de los transexuales M-H la frecuencia de relaciones sexuales aumentaba de un 6% a un 13%, frente al incremento de un 9% a un 64% de los casos H-M. Los autores atribuyeron esta diferencia al mayor rechazo de los caracteres genitales primarios que las personas transexuales H-M sienten con anterioridad a la operación, algo que mediatiza sus relaciones sexuales. Este rechazo desaparecería tras la intervención, propiciando el aumento de las relaciones sexuales. Otros datos también relevantes que apuntan a mayores incrementos de la actividad sexual post-cirugía en los casos de personas transexuales H-M respecto a los M-H, son los relativos a las frecuencias con la que se recibe masturbación (M-H: de un 25% a un 56% / H-M: de 9% a un 73%) y sexo oral (M-H: de un 19% a un 44% / H-M: de 9% a un 55%) por parte de otro/a. Los autores señalan que en el caso de las personas transexuales M-H, los menores porcentajes en estas dimensiones podrían atribuirse a la insatisfacción e inseguridad que en algunos casos generaría la falta de un pene completamente funcional. La funcionalidad y la capacidad de penetración del pene serían aspectos muy relevantes en relación con el aumento de la interacción sexual de las personas transexuales M-H, según este estudio.

La mayor parte de los estudios señalados anteriormente se corresponden con la voz más predominante en la tradición científica, la del modelo médico-biologicista, que defiende la idea de que la modificación genital es, si no la única vía, la principal para encontrar una mayor aceptación y una mejor vivencia de los propios genitales, así como una mejor y más satisfactoria experiencia sexual con uno/a mismo/a y con el otro/a. Otros estudios señalados, sin embargo, defienden resultados contrarios y ponen de reflejo la controversia existente.

En esta línea y en contraposición al modelo médico-biologicista, desde hace dos décadas están cobrando fuerza las teorías *queer*, que bajo un enfoque más sociológico y partiendo de los postulados de autores como Michel Foucault, Eve Kosofsky Sedgwick y Judith Butler, abogan por modelos más plurales que liberen a la persona del sufrimiento (físico y psicológico) que genera el tener que someterse a los convencionalismos culturales y sociales marcados por la genitalidad más biológica y por las políticas gubernamentales. Perspectiva, la de estas teorías, que apuesta más por la modificación del sistema que por la modificación corporal. Las teorías *queer* consideran la visión genital de la sexualidad como una visión parcial de la sexualidad de la persona, ya que la sexualidad se relaciona y se ve afectada por otros numerosos factores. Estas disonancias reflejan la controversia existente entre el modelo médico-biologicista y el fenómeno transgénero y teorías *queer* en relación a la modificación genital (Vendrell, 2009).

#### CONGRUENCIA ENTRE CUERPO E IDENTIDAD

Partiendo de la heterogeneidad de la condición transexual y transgénero y de la controversia existente en relación a la cirugía genital, este estudio busca, además de conocer cómo es la sexualidad, evaluar la congruencia entre cuerpo e identidad de las personas transexuales y transgénero. El término congruencia ha sido tradicionalmente empleado para describir la auténtica expresión del self (Rogers, 1959). En este caso, el término congruencia con la apariencia física (congruencia cuerpo-identidad) en personas transexuales y transgénero se define como el grado en el que la persona siente armonía, autenticidad y comodidad con su apariencia y presencia externa, aceptando su identidad genuina más allá de los convencionalismos sociales. El concepto congruencia cuerpo-identidad engloba nociones como la consideración de la imagen de uno/a mismo/a (claridad sobre la identidad de género y cómo la persona se siente respecto a ella) y la reflexión personal sobre la propia congruencia y la expresión de uno/a mismo/a (la libertad con la que se siente que uno puede expresar su propia identidad de género). La congruencia cuerpo-identidad habla igualmente de los sentimientos que se poseen hacia el propio cuerpo (Kozee, Tylka, y Bauerband, 2012).

Las teorías transfeministas consideran que las personas transexuales y transgénero construyen su identidad de género a partir de lo que les es genuino, auténtico, confortable y honesto en relación a cómo viven y cómo se relacionan con los demás en sus contextos sociales y culturales (Koyama, 2003), una noción que se acerca mucho a la de congruencia ofrecida por Kozee et al. (2012) que viene a evidenciar la importancia de esta variable para este colectivo.

Mitchel, Halstad, Delise y Galupo (2013) realizaron un estudio con una población transgénero de 373 personas donde investigaron la relación existente entre la congruencia, la amistad con otras personas transgénero y la tendencia a la rumiación. Estos autores definen la congruencia como el nivel individual de confort y aceptación con la propia identidad, constructo que se materializa en un sentimiento único, auténtico y confortable con la propia apariencia física y la propia identidad de género. Los resultados obtenidos en el estudio permitieron a sus autores confirmar su hipótesis de que la tendencia a la rumiación tiene una relación lineal negativa con la congruencia, de la misma manera que el número de amistades transgénero es una variable que correlaciona positivamente con la congruencia.

La investigación emergente respecto a la congruencia en el colectivo transexual y transgénero sugiere una relación positiva con la calidad de vida y una relación negativa con problemas psicológicos como la ansiedad, la depresión y la insatisfacción corporal (Kozee et al., 2012).

Desde un enfoque médico más biologicista, tradicionalmente se ha venido abogado por tratamientos que modifican la forma física (cuerpo) de la persona para hacerla corresponder con el género sentido, en caso de que ambos se encuentren en conflicto. Los tratamientos hormonales y las técnicas quirúrgicas pretenden hacer una copia del sexo opuesto con el objetivo de mejorar la congruencia entre la propia apariencia corporal y el propio sentir personal, asumiendo que a mayor similitud con la forma física socialmente atribuida al género identificado, se percibirá mayor congruencia. Esta ha sido la perspectiva más aceptada por la comunidad científica hasta la actualidad (Lamas, 2009).

Sin embargo, la perspectiva médico-biologicista del fenómeno transexual parece obviar la importancia que la subjetividad tiene en este fenómeno. La gran demanda de tratamientos que suponen la modificación corporal es un claro ejemplo de este enfoque medicalizador. Pero, desde hace algunos años, y como se ha señalado anteriormente, se viene generando una importante controversia acerca de las prácticas quirúrgicas como la cirugía genital y su contribución al sentir transexual, fenómenos alternativos que se recogen bajo el paraguas del fenómeno transgénero y las teorías *queer* (Lamas, 2009).

Con independencia al prisma desde el que se mire a la condición de persona transexual y transgénero lo que es indudable es la importancia que para todo ser humano tiene que su apariencia se corresponda con su percepción del yo, la congruencia entre la percepción del ser y la forma física. Las teorías más próximas al concepto de transgénero entienden la transformación corporal como una adaptación a las pautas clasificatorias del binarismo de género de nuestra sociedad más que como un avance en la congruencia cuerpo-identidad, y abogan por expresiones

más libres y plurales de esta congruencia. Lamas (2009) señala que el conflicto existencial que enfrentan las personas transexuales y transgénero es el de encontrar la congruencia corporal identitaria respondiendo a un dilema existencial de la condición humana: el que se encuentra entre la libertad y la cultura.

Se observa que no son numerosos los estudios que han investigado acerca de la sexualidad de las personas transexuales y transgénero previa y posteriormente a la intervención quirúrgica. Y aún son menos los que han evaluado aspectos relacionados con la congruencia cuerpo-identidad. Por ello se considera que un estudio como éste puede contribuir a la medición, conocimiento y relación de variables cuyo marco de investigación es aun ampliamente desarrollable. Las variables analizadas en este estudio se consideran de gran relevancia para un colectivo como el transexual y el transgénero, cuya significación y prevalencia en nuestra sociedad son cada vez mayores y sobre el que aún existe una gran desinformación y discriminación que combatir.

Numerosos estudios recientes señalan que existe una persona transexual por cada mil personas, aproximadamente. Y esto teniendo en cuenta de que aún existe un importante porcentaje de esta población que vive oculta (Chrysallis, 2017).

Partiendo de un marco como el anteriormente descrito, el objetivo de este estudio es ofrecer una mirada analítica sobre la relación que existe entre la congruencia con la apariencia externa de la persona transexual y transgénero (congruencia cuerpo-identidad) y el desarrollo de su sexualidad y vivencias corporales, tratando de analizar las repercusiones que en dichas variables y en su relación puede tener que la persona se someta o no a la cirugía genital.

Los objetivos de esta investigación son:

- a) Conocer los niveles de congruencia cuerpo-identidad que presentan las personas trans, sometidas a cirugía genital o no.
- b) Conocer los niveles de salud sexual y la vivencia de la genitalidad ante el otro/a que presentan las personas trans, tanto las que han optado por la cirugía genital como las que no han elegido esa opción.
- c) Evaluar si los niveles de congruencia cuerpo-identidad tienen algún tipo de relación con los niveles de salud sexual y la vivencia de la genitalidad ante el otro/a.

d) Conocer si la cirugía genital afecta a los niveles de congruencia cuerpo-identidad, a la salud sexual y a la vivencia de la genitalidad ante el otro/a.

e) Evaluar si existen diferencias significativas entre hombres (M-H) y mujeres (H-M) en relación a las variables anteriormente señaladas.

Las hipótesis que se pretenden contrastar con el presente estudio son tres:

*1. Los valores en congruencia cuerpo-identidad, salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a se relacionarán con los distintos grupos.*

*2. Las puntuaciones en congruencia cuerpo-identidad se relacionarán con los niveles de salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a.*

*3. Se encontrarán diferencias significativas entre hombres (M-H) y mujeres (H-M) en los niveles de congruencia cuerpo-identidad, salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a, en los dos grupos que aceptan la clasificación binaria de género (masculino-femenino): el grupo de personas transexuales sometidas a cirugía genital y el grupo de personas transgénero no sometidas a cirugía genital.*

Buscando cumplir los objetivos anteriormente descritos, y validar las hipótesis planteadas, esta investigación quiere contribuir a fortalecer el conocimiento existente sobre el colectivo transexual y transgénero, con una mirada desestereotipada y plural que integre nuevas perspectivas y marcos teóricos, a la vez que se busca encontrar evidencias de nuevas formas de ser y sentir en esta población. Y todo ello con el propósito final de mejorar la calidad de vida, la visibilidad y socialización de este colectivo.

Como complemento a esta investigación, y con el objetivo de brindar herramientas con las que contribuir al conocimiento de las personas transexuales y transgénero se va a realizar una validación al castellano del instrumento de medición de la congruencia *Transgender Congruence Scale* de Kozee et al. (2012). Esta validación se realizará administrando a la muestra de estudio, además de los instrumentos de medida necesarios para el análisis de las variables y comprobación de hipótesis, la escala *Satisfaction with Life Scale* (Diener, Emmons, Larson, y Griffin, 1985) en su versión validada al castellano (Escala de Satisfacción con la Vida) por Atienza, Pons, Balaguer, y García-Merita (2000). Esta escala fue una de las pruebas administradas por Kozee et al. (2012) en el estudio original de validación del *Transgender Congruence Scale*, motivo por el que es seleccionada para la validación al castellano.

## MÉTODOS:

### *Participantes.*

Participaron en el estudio un total de 56 personas trans ( $n = 56$ ), distribuidas en tres grupos: 1) G1: personas transexuales sometidas a cirugía genital, 2) G2: personas transgénero no sometidas a la cirugía genital y 3) G3: personas con otras identidades trans (agénero, género no binario y género fluido) no sometidas a cirugía genital. Del total de la muestra, 25 personas se identificaban con el género femenino (H-M), 20 con el masculino (M-H) y 11 con otras identidades trans (agénero, género no binario y género fluido). Todos los participantes eran personas mayores de edad, con edades comprendidas entre los 18 y los 55 años ( $M = 30,46$ ,  $DT = 10,96$ ), que accedieron al cuestionario de forma online, de manera completamente anónima y confidencial. Se accedió a la muestra poblacional a través del contacto con las siguientes entidades: Fundación Daniela, Imagina Más, Colectivo LGTB de Madrid (COGAM), Asociación española de transexuales Transexualia, Asociación Arcópoli, Fundación 26 de Diciembre, Hospital Clínico de Barcelona, Transexualidad Euskadi, Berdindu, Defrente, Canarias Gayles LGTB, Federación estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (FLGTB), D.G. Promoción de Igualdad y No Discriminación del Ayuntamiento de Madrid y Programa LGTB de la Comunidad de Madrid

### *Variables.*

El estudio examinó y relacionó la congruencia con la apariencia física y la sexualidad de las personas transexuales y transgénero. Dichos conceptos se operativizaron en tres variables: congruencia cuerpo-identidad, salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a. La *congruencia cuerpo-identidad* se definió como el grado en el que la persona siente armonía, autenticidad y comodidad con su apariencia y presencia externa, aceptando su identidad genuina más allá de los convencionalismos sociales (Kozee et al., 2012). La variable *salud sexual* recoge componentes básicos de la sexualidad humana y se definió como el grado de deseo sexual, excitación, intensidad orgásmica y satisfacción post-relación sexual que experimenta la persona. La *vivencia de la genitalidad ante el otro/a* se definió como el grado de desinhibición en la exposición de los genitales propios en el contexto de la interacción sexual con el otro/a (conceptualizado como pareja).

En relación a la validación al castellano del *Transgender Congruence Scale* de Kozee et al. (2012), se incorporó una cuarta variable, *satisfacción con la vida*, que, si bien no ha formado parte de los objetivos e hipótesis principales de este estudio, al haber sido evaluada para el proceso complementario de validación, se ha considerado interesante informarla igualmente en los resultados de la investigación. La *satisfacción con la vida* se definió como el grado de bienestar subjetivo percibido en relación a la propia vida (Diener et al., 1985).



### *Instrumentos.*

*El Transgender Congruence Scale* (TCS; Kozee et al., 2012) fue empleado para evaluar la congruencia cuerpo-identidad de los participantes. Se trata de una escala de 12 ítems evaluados a través de una escala Likert de 5 puntos, que puntúan de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones de los ítems son promediadas, siendo las puntuaciones más altas indicativas de mayor congruencia. La escala recoge dos subescalas: 1) congruencia con la apariencia (ítems 1-9; ej: “*Mi físico expresa adecuadamente mi identidad de género*”) cuyo rango de valores es de 9 a 45 puntos y 2) aceptación de la identidad de género (ítems 10-12; ej: “*Acepto mi identidad de género*”) cuyo rango de valores es de 3 a 15 puntos. En el presente estudio se utilizó la subescala congruencia con la apariencia (SCA) para la evaluación de la congruencia cuerpo-identidad. El TCS correlaciona positivamente con la presencia de significado y satisfacción vital y de manera negativa con ansiedad, depresión e insatisfacción corporal, variables que fueron evaluadas y relacionadas con la congruencia en el estudio original de Kozee et al. (2012). La escala presenta una alta fiabilidad con un valor de alfa de Cronbach de ,92 para el total de la escala (,94 para congruencia con la apariencia y ,77 para aceptación de la identidad de género) (Shulman et al., 2017).

Para el adecuado desarrollo del estudio se realizó una traducción al español del TCS, cuyo contenido y correcta redacción y significado fueron validados por la Directora de la Unidad de Género del Hospital Clínico de Barcelona. Como complemento al estudio y con el objetivo de ofrecer una versión de esta herramienta en español al colectivo de personas transexuales y transgénero, se consideró oportuno realizar una validación de la versión traducida al español del TCS.

El *Cuestionario de Comportamiento Sexual para Transexuales de Málaga* (CSTM; Bergero et al., 2012) fue utilizado para evaluar la salud sexual y la vivencia de la genitalidad ante el otro/a. Este instrumento consta de 73 ítems de distinto formato que incluyen tanto preguntas de respuesta dicotómica, como de elección múltiple y también algunas abiertas. La escala recoge distintas dimensiones: fuentes de información y formación sexual en la infancia (4 ítems), experiencias sexuales traumáticas o estresantes (7 ítems), primeras sensaciones sexuales (4 ítems), masturbación (8 ítems), orientación sexual (3 ítems), sueños sexuales (4 ítems), deseo sexual (1 ítem), historia de relaciones de pareja (3 ítems), fantasías sexuales durante la relación (1 ítem), comportamiento sexual durante la relación (18 ítems), excitación sexual (3 ítems), orgasmo (6 ítems), dolor en las relaciones (1 ítem), satisfacción tras la relación (3 ítems), pareja estable (3 ítems) y expectativas respecto a los efectos del tratamiento en la vida sexual (3 ítems). A partir de estas dimensiones el CSTM permite obtener índices cuantitativos muy interesantes para la clínica. Para el presente estudio se calcularon dos índices que se corresponden con las variables

evaluadas. Para la medición de la salud sexual se utilizó el índice global de salud sexual (IGSS) (ítems 31, 56, 62 y 65; ej: *¿Cuánta intensidad de orgasmo experimenta?*) y para la medición de la vivencia de la genitalidad ante el otro/a se empleó el índice de desinhibición en la relación de pareja (IDRP) (ítems 40,41 y 42; ej: *¿Permite que su pareja mire sus genitales?*). Las puntuaciones de los ítems son sumadas, siendo las puntuaciones más altas indicativas de altos índices. El rango de valores del IGSS es de 0 a 20 puntos, el del IDRP, de 3 a 9 puntos. Tanto el índice global de salud sexual (alfa de Cronbach = ,74) como el de desinhibición en la relación de pareja (alfa de Cronbach = ,83) presentan alta fiabilidad en estudio original realizado por Bergero et al. (2012) con una muestra de 260 personas transexuales. El cuestionario fue construido desde un marco teórico que defiende la heterogeneidad de las personas transexuales y lo diverso de sus experiencias y expresiones sexuales y consta de una variedad de ítems que cubren un amplio espectro de ámbitos de la sexualidad (dimensión temporal, histórico personal, contexto, respuesta conductual y cognitiva). Es un instrumento cuya definición vino motivada por las deficiencias existentes en la evaluación de la sexualidad en la población transexual y está enriquecido con la práctica clínica cotidiana desarrollada en el Hospital Carlos Haya de Málaga (España).

El *Satisfaction with Life Scale* (SWLS; Diener et al., 1985) en su versión validada al castellano (Escala de Satisfacción con la Vida) por Atienza et al. (2000) fue empleado para realizar la validación al castellano del TCS. El SWLS es una escala de 5 ítems (ej: *“Estoy satisfecho con mi vida”*) evaluados, en su versión en castellano, a través de una escala Likert de 5 puntos, que puntúan de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones de los ítems son promediadas, siendo las puntuaciones más altas indicativas de mayor satisfacción con la vida. El rango de valores del SWLS, en su versión en castellano, es de 5 a 25 puntos. Diener et al. (1985) en el estudio original del SWLS aplicado a una muestra de estudiantes universitarios, dieron evidencia de la validez de esta escala, con correlaciones positivas con bienestar subjetivo ( $r = ,68$ ) y negativas con depresión ( $r = -,72$ ) y afecto negativo ( $r = -,31$ ), y de su fiabilidad (alfa de Cronbach = ,85). Igualmente, Atienza et al. (2000) en su estudio de validación al castellano del SWLS, aplicado a una muestra de estudiantes adolescentes, dieron evidencias de la validez de esta escala en su versión en castellano, con correlaciones positivas con satisfacción en el ámbito escolar ( $r = ,32$ ) y sentimientos de felicidad ( $r = ,46$ ), y negativas con sentimientos de soledad ( $r = -,31$ ), así como de su fiabilidad (alfa de Cronbach = ,84).

#### *Procedimiento.*

Se establecieron los contactos necesarios con organizaciones, instituciones y particulares relacionados con el colectivo de las personas transexuales y transgénero para la socialización del estudio y la solicitud de colaboración en orientación y acceso a la muestra. Se creó un formulario

on-line a través de Google Formularios que contenía un total de 24 ítems (TCS: 12 ítems, SWLS: 5 ítems y CSTM: 7 ítems) y cuatro preguntas: a) edad, b) género (masculino/femenino/otro), c) género asignado al nacer (hombre/mujer/intersexual) y d) cirugía genital realizada (sí/no) que permitieron distribuir los sujetos en grupos. El formulario contenía además instrucciones básicas de cumplimentación así como datos generales del estudio del que formaba parte. Las entidades colaboradoras fueron las encargadas de hacer llegar el formulario por email y redes sociales a sus bases de datos. Recogidos los resultados de los cuestionarios, éstos fueron codificados y analizados con la consiguiente extracción de información y conclusiones.

#### *Análisis estadístico.*

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para conocer las características de la muestra, así como análisis de las edades de los participantes. Igualmente se realizaron los análisis estadísticos pertinentes para la comprobación de hipótesis para los que se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en las escalas TCS (subescala SCA) y CSTM (índices IGSS e IDRP). Atendiendo a los tamaños de los distintos grupos que componían la muestra se optó por pruebas no-paramétricas para el análisis. Los resultados obtenidos se sometieron a la prueba H de Kruskal Wallis para más de dos muestras independientes en donde los grupos (G1: personas transexuales sometidas a cirugía genital, G2: personas transgénero no sometidas a la cirugía genital y G3: personas con otras identidades trans no sometidas a cirugía genital) fueron la variable independiente y las variables estudiadas (congruencia cuerpo-identidad, salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a) fueron las variables dependientes. Para analizar las diferencias entre grupos se realizó la prueba no-paramétrica  $U$  de Mann-Whitney. Se utilizó la prueba no-paramétrica  $\rho$  de Spearman para analizar la relación entre variables (congruencia cuerpo-identidad, salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a). Para analizar las diferencias entre personas de género femenino (H-M) y masculino (M-H) en el grupo de personas transexuales sometidas a cirugía genital (G1) se realizó un análisis cualitativo de los resultados. Para analizar las diferencias entre personas de género femenino (H-M) y masculino (M-H) en el grupo de personas transgénero no sometidas a la cirugía genital (G2) se realizó la prueba no-paramétrica  $U$  de Mann-Whitney. Para la validación al castellano de la escala TCS se administró a los sujetos la escala SWLS en su versión en castellano, cuyos resultados fueron igualmente informados. Se analizó el supuesto de normalidad con la prueba Kolmogorov-Smirnov y, tras los resultados obtenidos, se correlacionaron las puntuaciones de las escalas TCS y SWLS con el estadístico no-paramétrico  $\rho$  de Spearman. Se realizó un análisis factorial exploratorio de los ítems del TCS.

## RESULTADOS:

Participaron en el estudio 56 personas transexuales y transgénero ( $n = 56$ ) con una media de edad de 30,46 años ( $DT = 10,96$ ) con edades comprendidas entre los 18 y los 55 años. Del total de la muestra, 25 (44,6%) se identificaban con el género femenino, 20 (35,7%) con el masculino y 11 (19,6%) con otras identidades trans (agénero, género no binario y género fluido). En relación con el género asignado al nacer, 25 (44,6%) habían nacido con un sexo biológico de mujer y 31 (55,4%) de hombre. Del total de los participantes, 10 (17,9%) se habían sometido a la cirugía genital y 46 (82,1%) no.

La muestra se dividió en tres grupos: 1) G1: 10 (17,9%) personas transexuales sometidas a cirugía genital, 2) G2: 35 (62,5%) personas transgénero no sometidas a la cirugía genital y 3) G3: 11 (19,6%) personas con otras identidades trans no sometidas a cirugía genital.

La media de edad del G1 era de 40,70 años ( $DT = 8,20$ ). De las 10 personas que componían este grupo, 8 (80%) se identificaban con el género femenino (habiendo nacido con un sexo biológico de hombre) y 2 (20%) con el masculino (habiendo nacido con un sexo biológico de mujer). En el G2 la media de edad era de 29,40 años ( $DT = 11,18$ ). De sus 35 integrantes, 17 (48,6%) se identificaban con el género femenino (habiendo nacido con un sexo biológico de hombre) y 18 (51,4%) con el masculino (habiendo nacido con un sexo biológico de mujer). La media de edad del G3 era de 24,54 años ( $DT = 5,26$ ). Los integrantes del G3 no se identificaban con la clasificación binaria de género femenino y masculino. De sus 11 integrantes, 5 (45,5%) habían nacido con un sexo biológico de mujer y 6 (54,5%) de hombre.

Los resultados obtenidos con el Test  $H$  de Kruskal Wallis ( $p < ,05$ ) revelaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medias de edad de los tres grupos ( $p = ,003$ ). Los resultados obtenidos *a posteriori* a través del Test  $U$  de Mann-Whitney ( $p < ,017$ ), revelaron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos G1 y G2 ( $p = ,005$ ), y G1 y G3 ( $p > ,001$ ). Entre los grupos G2 y G3 no se encontraron diferencias de medias de edad estadísticamente significativas ( $p = ,408$ ). La media de edad del G1: 40,70 años ( $DT = 8,20$ ) era superior a las medias de edad de los grupos G2: 29,40 años ( $DT = 11,18$ ) y G3: 24,54 años ( $DT = 5,26$ ).

En la siguiente tabla se muestran las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en las escalas TCS (subescala SCA) y CSTM (índices IGSS e IDRP) para cada uno de los grupos:

Tabla 1. *Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de las escalas TCS (subescala SCA) y CSTM (índices IGSS e IDRP) en función del grupo.*

	G1		G2		G3	
	M	DT	M	DT	M	DT
Congruencia cuerpo-identidad	40,60	4,47	27,25	9,84	25,63	10,28
Salud sexual	12,30	2,66	13,22	5,15	12,36	3,82
Vivencia de la genitalidad ante el otro/a	8,40	1,26	6,80	2,36	8,09	1,37

n = 56;  $p < ,017$

Como se puede observar en la Tabla 1, las puntuaciones de los miembros del G1 en la subescala SCA y en el índice IDRP indicaron una muy alta congruencia cuerpo-identidad y una satisfactoria vivencia de la genitalidad ante el otro/a, no existiendo excesiva variabilidad entre sus miembros. Sus puntuaciones en el IGSS indicaron una salud sexual moderada-buena. Los integrantes del G2 obtuvieron puntuaciones medias-altas en las tres escalas, lo cual apuntó a niveles medios de congruencia cuerpo-identidad, a una buena salud sexual y a una vivencia de la genitalidad ante el otro moderadamente satisfactoria en este grupo. En el caso del G3, las puntuaciones obtenidas por sus integrantes en las escalas evaluadas, apuntaron a una congruencia cuerpo-identidad media, una salud sexual moderada-buena y a una satisfactoria vivencia de la genitalidad ante el otro/a. Cabe destacar que los altos valores de las desviaciones típicas de los grupos G2 (DT = 9,84) y G3 (DT = 10,28) en las puntuaciones de congruencia cuerpo-identidad, estarían apuntando a una importante variabilidad dentro de estos dos grupos en relación a dicha variable.

Los análisis estadísticos realizados con el Test  $H$  de Kruskal Wallis ( $p < ,05$ ) revelaron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la congruencia cuerpo-identidad ( $p > ,001$ ). Sin embargo, en la variable salud sexual ( $p = ,424$ ) y en la variable vivencia de la genitalidad ante el otro/a ( $p = ,050$ ) no se encontraron evidencias que permitan afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los análisis hechos *a posteriori* a través del Test  $U$  de Mann-Whitney ( $p < ,017$ ) señalaron que las diferencias en la variable congruencia cuerpo-identidad eran estadísticamente significativas entre los grupos G1 y G2 ( $p > ,001$ ), y G1 y G3 ( $p = ,001$ ). La puntuación media obtenida en la escala TCS (subescala SCA) por parte de las personas integrantes del G1 fue de 40,60 (DT = 4,47), las de los grupos G2 y G3 fueron 27,25 (DT = 9,84) y 25,63 (DT = 10,28) respectivamente. Se calculó el tamaño del efecto entre la congruencia cuerpo-identidad y los grupos obteniendo el estadístico eta cuadrado ( $\eta^2 = ,257$ ). Atendiendo a los puntos de corte para clasificar el tamaño del efecto, establecidos por Cohen (1988), se pudo considerar que la fuerza de asociación entre la congruencia cuerpo-identidad y los grupos era mediana.

Los resultados obtenidos a partir de la Correlación  $\rho$  de Spearman ( $n = 56, p \leq ,01$ ) revelaron que existía una relación estadísticamente significativa entre salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a ( $\rho = ,368, p = ,005$ ). Sin embargo no se encontraron evidencias que permitieran afirmar que existía una relación estadísticamente significativas entre congruencia cuerpo-identidad y salud sexual ( $\rho = ,108, p = ,426$ ) y entre congruencia cuerpo-identidad y vivencia de la genitalidad ante el otro/a ( $\rho = ,182, p = ,178$ ).

En la siguiente tabla se muestran las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en las escalas TCS (subescala SCA) y CSTM (índices IGSS e IDRP) de los grupos G1 y G2, que si aceptan la clasificación binaria de género femenino y masculino, distribuidas en función del género con el que se identifican sus integrantes:

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de las escalas TCS (subescala SCA) y CSTM (índices IGSS e IDRP) de los grupos G1 y G2 en función del género con el que se identifican sus integrantes.

	G1				G2			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Congruencia cuerpo-identidad	41,50	4,59	37,00	0,00	26,58	10,00	27,88	9,92
Salud sexual	12,75	2,81	10,50	0,70	10,88	5,14	15,44	4,18
Vivencia de la genitalidad ante el otro/a	9,00	0,00	6,00	0,00	6,64	2,66	6,94	2,09

G1 (n = 10); G2 (n = 35) ;  $p < ,025$

En el caso del G1, y teniendo en cuenta las limitaciones que su tamaño ( $n = 10$ ) suponía para la aplicación de una prueba cuantitativa que compara las puntuaciones entre personas del género femenino ( $n = 8$ ) y las personas de género masculino ( $n = 2$ ) se realizó un análisis cualitativo de los datos para conocer si existían diferencias entre las personas de ambos géneros. Los resultados de este análisis apuntaron a la existencia de diferencias entre las personas de género femenino y las personas de género masculino en la variable vivencia de la genitalidad ante el otro/a. La media de esta variable entre las personas de género femenino era de 9,00 (DT = 0,00) lo que indicaba que las 8 personas de género femenino obtuvieron una puntuación máxima en los niveles de esta variable, manifestando una satisfactoria vivencia de la genitalidad ante el otro/a. Todas las personas de género femenino del G1 respondieron de forma unánime “Sí” a las tres preguntas del IDRP (*¿Te desnudas completamente delante de tu pareja?*, *¿Permites que tu pareja mire tus genitales?*, *¿Permites que tu pareja te acaricie tus genitales?*). Sin embargo las 2 personas de género masculino obtuvieron una media de 6,00 (DT = 0,00), lo que apuntó a una vivencia de la genitalidad ante el otro/a moderadamente satisfactoria. La respuesta de estas 2 personas a estas tres mismas preguntas fue, en ambos casos, “A veces”. La comparación entre ambas medias y la observación de la naturaleza de sus respuestas informó de diferencias en la vivencia de la genitalidad ante el otro/a relacionadas con el género con el que se identificaban las personas de este grupo. En relación a la variable salud sexual, si bien las medias de las puntuaciones de las

personas de género masculino ( $M = 10,50$ ,  $DT = 0,70$ ) y femenino ( $M = 12,75$ ,  $DT = 2,81$ ) fueron en ambos casos indicativas de una salud sexual moderada-buena, se observó que la media de las personas de género masculino eran algo más baja que las del femenino. A pesar de ello, y a partir del análisis cualitativo de estos resultados, no se pudieron encontrar evidencias de que existan diferencias significativas entre personas de género femenino y masculino en relación a la salud sexual. Ni el análisis de puntuaciones medias ni el análisis cualitativo de las respuestas a los ítems del TCS, permitieron señalar que existan diferencias significativas entre personas de género femenino y masculino en relación a la congruencia cuerpo-identidad en el G1.

En el grupo G2, el tamaño del mismo ( $n = 35$ ) sí permitió la realización de análisis estadísticos con el Test  $U$  de Mann-Whitney ( $p < ,025$ ) para el análisis de diferencias entre géneros. En este grupo los resultados revelaron que existían diferencias significativas entre las personas de género femenino ( $n = 17$ ) y las personas de género masculino ( $n = 18$ ) en la variable salud sexual ( $p = ,004$ ). La puntuación media obtenida en el IGSS de las personas de género femenino fue de 10,88 ( $DT = 5,14$ ) y la de las personas de género masculino fue de 15,44 ( $DT = 4,18$ ). Sin embargo, en relación a las variables congruencia cuerpo-identidad ( $p = ,858$ ) y vivencia de la genitalidad ante el otro/a ( $p = 1,000$ ) no se encontraron evidencias que permitieran afirmar que existían diferencias estadísticamente significativas entre las personas de género femenino y masculino en este grupo.

En el caso del grupo G3, al no identificarse con la clasificación binaria de género, no se pudo realizar un análisis comparativo entre géneros femenino y masculino.

Se llevó a cabo una validación de la escala TCS al castellano. Para ello, las puntuaciones obtenidas por los sujetos ( $n = 56$ ) en el TCS fueron correlacionadas con las puntuaciones obtenidas en la escala SWLS (Dienet et al., 1985) en su versión en castellano validada por Atienza et al. (2000). El SWLS fue una de las pruebas administradas por Kozee et al. (2012) en estudio original de validación del TCS, motivo por el cual fue seleccionado también en este caso. Como Kozee et al. (2012) hicieron en el estudio original en inglés, se correlacionaron las puntuaciones obtenidas en ambas escalas. En este caso y al no cumplirse el supuesto de normalidad en ninguno de los dos casos, calculado a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov ( $p < ,001$ ), se empleó para el cálculo de la correlación el estadístico Correlación  $\rho$  de Spearman ( $n = 56$ ,  $p \leq ,01$ ), en vez de la Correlación  $r$  de Pearson que los autores emplearon en el estudio original. Los resultados obtenidos permitieron afirmar que existía una correlación estadísticamente significativa y positiva entre las puntuaciones obtenidas en las escalas TCS y SWLS ( $\rho = ,632$ ,  $p > ,001$ ) en sus versiones en castellano, coincidiendo con los resultados que Kozee et al. (2012) obtuvieron en el estudio original. La fiabilidad de la consistencia interna de la escala TCS en castellano, para la muestra del presente estudio, resultó ser muy alta (alfa de Cronbach = ,91).

Se realizó un análisis factorial exploratorio de los ítems correspondientes a la escala utilizando como método de extracción: máxima verosimilitud, sin establecer *a priori* el número de factores a extraer. A continuación, se muestra la solución obtenida en la Tabla 3. Como se puede observar la estructura factorial es similar a la de la herramienta original.

Tabla 3. *Pesos factoriales.*

Ítem	Factor 1	Factor 2
1. Mi apariencia exterior representa mi identidad de género.	0,277	0,764
2. Experimento un sentimiento de unidad entre mi identidad de género y mi cuerpo.	0,174	0,862
3. Mi físico expresa adecuadamente mi identidad de género.	0,423	0,845
4. Generalmente me complace el género que los demás me atribuyen cuando me ven.	0,271	0,629
5. Mi cuerpo representa mi identidad de género.	0,442	0,868
6. La apariencia actual de mi cuerpo no representa mi identidad de género.	0,060	0,663
7. Estoy feliz con la forma en que mi cuerpo expresa mi identidad de género.	0,486	0,891
8. No siento que mi apariencia refleje mi identidad de género.	0,190	0,794
9. Siento que mi mente y mi cuerpo son congruentes el uno con el otro.	0,457	0,771
10. No estoy orgulloso/a de mi identidad de género.	0,299	0,247
11. Estoy feliz con mi identidad de género.	0,791	0,354
12. Acepto mi identidad de género.	0,979	0,232

n = 56

Método de extracción: máxima verosimilitud.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.

La correlación entre los factores fue de:

Tabla 4. *Matriz de correlaciones factorial.*

Factor	1	2
1	1,000	0,346
2	0,346	1,000

n = 56

Método de extracción: máxima verosimilitud.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.

En la siguiente tabla se muestran las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en la escala SWLS para cada uno de los grupos:

Tabla 5. *Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de la escala SWLS en función del grupo.*

	G1		G2		G3	
	M	DT	M	DT	M	DT
Satisfacción con la vida	18,90	2,84	15,40	5,88	13,09	3,64

n = 56;  $p < ,017$



Las puntuaciones de los integrantes del G1 en la escala SWLS indicaron una alta satisfacción con la vida. En los grupos G2 y G3, las puntuaciones, en ambos casos, apuntaron a una satisfacción con la vida media.

Los análisis estadísticos realizados con el Test  $H$  de Kruskal Wallis ( $p < ,05$ ) revelaron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la satisfacción con la vida ( $p = ,015$ ). Los resultados obtenidos *a posteriori* a través del Test  $U$  de Mann-Whitney ( $p < ,017$ ) señalaron que las diferencias en la variable satisfacción con la vida eran estadísticamente significativas entre los grupos G1 y G3 ( $p = ,001$ ). Entre los grupos G1 y G2 ( $p = ,065$ ), y G2 y G3 ( $p = ,124$ ) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Atendiendo a los puntos de corte para clasificar el tamaño del efecto establecidos por Cohen (1988), se pudo considerar que la fuerza de asociación entre la satisfacción con la vida y los grupos era pequeña ( $\eta^2 = ,115$ ). Los resultados obtenidos a partir de la Correlación  $\rho$  de Spearman ( $n = 56, p \leq ,01$ ) revelaron que existía una relación estadísticamente significativa entre satisfacción con la vida y congruencia cuerpo-identidad ( $\rho = ,632, p > ,001$ ). No se encontraron evidencias que permitieran afirmar que existía una relación estadísticamente significativas entre satisfacción con la vida y salud sexual ( $\rho = ,196, p = ,148$ ) y entre satisfacción con la vida y vivencia de la genitalidad ante el otro/a ( $\rho = ,226, p = ,094$ ).

## DISCUSIÓN:

El propósito de este estudio es ofrecer una mirada objetiva y plural acerca del comportamiento y relación de variables como la congruencia entre cuerpo e identidad, la salud sexual y la vivencia de la propia genitalidad en personas transexuales y transgénero, analizando la relación que con todas ellas pueda tener el que la persona se someta o no a la cirugía genital. Esta investigación busca promover el respeto y reflejar la coexistencia de la diversidad como base para entender la condición trans, así como combatir la desinformación y discriminación existente respecto al colectivo.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la congruencia cuerpo-identidad entre el grupo de personas sometidas a la cirugía genital y los grupos que no se han sometido a tal intervención, lo que permitiría concluir que la congruencia cuerpo-identidad es una variable que sí se relaciona con los distintos grupos de forma significativa. Los datos apuntarían a que la realización de procesos quirúrgicos que supongan una adecuación de los caracteres genitales primarios al género con el que se identifica la persona transsexual, favorecería mayores niveles de congruencia cuerpo-identidad. Estos resultados serían contextualizables con el tradicional enfoque médico-biologicista, predominante en la evaluación de variables relacionadas con las personas transexuales y transgénero hasta la actualidad, siendo coherentes con otros resultados obtenidos por autores que afirmaban que las personas transexuales, tras la cirugía genital, mostraban una mayor congruencia entre apariencia e identidad y un mejor funcionamiento psicológico (Michel et al., 2002; Smith et al., 2005). Estos datos estarían informando del valor que la adecuación física del cuerpo a las conceptualizaciones tradicionales de hombre y mujer tendría para que las personas transexuales y transgénero pudieran tener una experiencia más auténtica y armónica de sí mismas. Y de una forma más amplia, estaría señalando, a su vez, el valor que la sociedad da a los atributos físicos de la persona, y la necesidad y exigencia de transformarlos, en caso de divergencia, para adecuarse a los convencionalismos sociales.

Por otro lado, se encontró que existían diferencias significativas entre las medias de las edades de las personas trans sometidas a la cirugía genital respecto a las que no, siendo la media de las primeras, 40,70 años, sensiblemente superior a las de las segundas, 29,40 años y 25,54 años. El proceso de reasignación sexual, y todas las evaluaciones, tratamientos e intervenciones que implica, es una transformación que se dilata en el tiempo, muy costosa económicamente, por lo que parece razonable que las personas que han realizado todo ese proceso tengan más edad. Otro aspecto a señalar en relación a esta diferencia, es que hasta la emergencia de las teorías *queer* y el fenómeno transgénero, la tendencia a realizarse la cirugía genital era predominante (siempre y cuando se contara con los medios), algo que en las últimas décadas viene siendo cuestionado por

postulados como los *queer*, y que también estaría relacionado con las diferencias de edad entre los grupos. Las personas con otras identidades trans son las que tienen la menor media de edad (25,54 años).

A partir de la relación de ambos hallazgos, los mayores niveles de congruencia cuerpo-identidad y la edad superior de las personas transexuales sometidas a la cirugía genital, parece importante cuestionarse qué aspecto pudiera tener mayor relación con el desarrollo de una mayor congruencia cuerpo-identidad, si la realización de la cirugía genital, o la edad más madura de los miembros de este grupo. ¿Presentan las personas transexuales operadas más congruencia cuerpo-identidad por haberse realizado la cirugía genital o por su mayor recorrido vital? Aunque el estudio no permite responder a esta pregunta, sí ha conducido a su planteamiento. Profundizar en relación a este respecto, pudiera ser una importante línea de investigación en el futuro.

En relación a la salud sexual y la vivencia de la genitalidad ante el otro/a, los resultados obtenidos no permitirían confirmar que exista relación estadísticamente significativa entre estas dos variables y los grupos, un hallazgo que apuntaría a que la realización de la cirugía genital no tendría una relación significativa con la salud sexual y la vivencia de la propia genitalidad ante el otro/a en las personas transexuales y transgénero. Éste es un resultado que contradice a la mayoritaria literatura científica existente a favor de los beneficios de la cirugía genital para la sexualidad de las personas transexuales (De Cuypere et al., 2005; De Vries et al., 2010; Kraemer et al., 2008). Cabría valorar si las características de los tamaños de los grupos del estudio pudieran estar en relación con esta contradicción. Por otro lado, las edades medias de los grupos no sometidos a la cirugía genital (29,40 años y 25,54 años) y el hecho de que uno de estos dos grupos haya estado compuesto por personas con otras identidades trans, son aspectos de la muestra de este estudio que podrían estar relacionados con la naturaleza de los datos obtenidos y con su mayor coherencia con postulados del movimiento *queer*, como los señalados por Vendrell (2009) y Lamas (2009), que consideran que la modificación corporal es más una respuesta a los convencionalismos sociales que un imperativo para mejorar la vida sexual de las personas trans. Estos datos estarían informando de un cambio en la concepción de la sexualidad en las personas transexuales y transgénero, como parte de un cambio de la noción de sexualidad en nuestra sociedad en general. El desarrollo de una sexualidad libre del peso atribuido tradicionalmente a las características genitales primarias, parece estar reclamando su espacio. Una sexualidad donde lo que prime sea la aceptación y el aprecio por el propio cuerpo y la atracción por la otra persona, con independencia del sexo biológico. El hecho de que, en la muestra de este estudio, no se haya encontrado relación estadísticamente significativa entre la sexualidad y los grupos, podría estar apuntando al desarrollo de una concepción más plural y diversa de la sexualidad entre las personas trans, una sexualidad para cuyo adecuado desarrollo y experiencia, la modificación corporal ya

no pareciera ser la única alternativa, sino una opción más, ni imprescindible, ni necesariamente la más oportuna, dando espacio a otros factores que se relacionen con la sexualidad, como una aceptación del propio cuerpo libre de los convencionalismos sociales.

Teniendo en cuenta estos resultados, la primera hipótesis de este estudio: *los valores en congruencia cuerpo-identidad, salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a se relacionarán con los distintos grupos*, se vería confirmada para la congruencia cuerpo-identidad pero no para la salud sexual y la vivencia de la genitalidad ante el otro/a.

En cuanto al propósito de conocer si existe relación entre la congruencia cuerpo-identidad y la sexualidad (salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a) en las personas transexuales y transgénero, los resultados obtenidos no permiten afirmar que exista una relación estadísticamente significativa entre dichas variables, con lo cual no ha sido posible confirmar la segunda hipótesis de la investigación: *las puntuaciones en congruencia cuerpo-identidad se relacionarán con los niveles de salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a*. La falta de evidencias que permitan afirmar la existencia de tal relación es coherente con el hecho de que los grupos, diferenciándose en congruencia, no se diferencian en salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a. La literatura científica sobre la congruencia entre cuerpo e identidad en personas transexuales y transgénero no es extensa, pero en la existente, la tendencia es afirmar que la congruencia se relaciona positivamente y de manera significativa con aspectos tan relevantes como la calidad de vida (Kozee et al., 2012) o las relaciones sociales con iguales (Mitchel et al., 2013). A pesar de que se entiende la congruencia como un sentimiento subjetivo, parecería razonable pensar que los modelos sociales puedan tener algún tipo de relación con la forma de ser “congruentemente hombre” o “congruentemente mujer” que ha calado en la sociedad. En el contexto de esta conceptualización de la congruencia, la cirugía genital tendría un peso mayor. Sin embargo en lo relativo a la sexualidad, en la muestra de este estudio no se han encontrado evidencias de que la cirugía genital tuviera un papel específico en su mejor o peor desarrollo. Esta divergencia podría estar relacionada con que no se haya podido encontrar una relación estadísticamente significativa entre dichas variables. Teniendo en cuenta todo esto, se considera importante seguir investigando sobre la congruencia cuerpo-identidad de las personas transexuales y transgénero, así como en su relación sobre otras variables, con investigaciones que pueden trascender las limitaciones del presente estudio, especialmente las relativas a la muestra.

Los datos obtenidos muestran la existencia de una relación estadísticamente significativa y positiva entre salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a, las dos dimensiones de la sexualidad evaluadas en el estudio, orientando hacia la importancia de la vivencia subjetiva de los propios caracteres genitales en relación con la salud sexual en este colectivo, como señalaban

Albornoz (2014) y Godás (2006), y como, a su vez, la salud sexual se relaciona con dicha vivencia. Este hallazgo apuntaría a una experiencia de los órganos genitales que trascendería los convencionalismos sociales en relación a la genitalidad propiamente masculina y femenina, señalando la importancia que la propia aceptación de las características genitales y su vivencia más libre de estigmas, tendría para poder disfrutar de una sexualidad plena. No sería el contar con los genitales “adecuados”, sino el sentirse a gusto con el propio cuerpo, y aceptarlo y vivirlo como único y genuino, lo que favorecería el desarrollo de buena salud sexual.

El estudio buscaba conocer si existían diferencias significativas entre hombres (M-H) y mujeres (H-M) transexuales o transgénero en relación a las variables evaluadas. Este análisis se llevó a cabo en los dos grupos de personas que se identificaban con la clasificación binaria de género masculino y femenino, el G1 (personas transexuales sometidas a cirugía genital) y el G2 (personas transgénero no sometidas a la cirugía genital).

En el caso del G1 (n = 10), el análisis cualitativo de los datos permitió apuntar a diferencias en la vivencia de la genitalidad ante el otro/a entre personas del género femenino y masculino. Las mujeres transexuales (H-M) sometidas a la cirugía genital presentaban una vivencia de la propia genitalidad más satisfactoria, y de forma unánime manifestaron una completa desinhibición a la hora de mostrar sus genitales y de permitir la interacción del otro/a con ellos. Este resultado sería coherente con el de Lewins (2002), que señalaba que las mujeres transexuales (H-M) se sentían más cómodas en la interacción sexual cuando habían modificado sus características genitales a través de la cirugía y con los de De Vries et al. (2010) que señalaron incrementos significativos en la masturbación y sexo oral recibidas por otro/a en las mujeres transexuales (H-M) tras la cirugía, debido a una mejor vivencia de los nuevos caracteres genitales tras la intervención.

Sin embargo, en el caso de los dos hombres transexuales (M-H) sometidos a la cirugía genital, los niveles de desinhibición en la interacción sexual con el otro/a eran menores, y los participantes informaron de que no siempre, sino que solo “a veces”, mostraban sus genitales y dejaban que otras personas interaccionaran con ellos, evidenciando una vivencia de la genitalidad menos satisfactoria que en el caso de las mujeres (H-M), algo que De Vries et al. (2010) también señalaron en su estudio, encontrando un menor porcentaje de prácticas sexuales recibidas por el otro/a en los hombres transexuales (M-H) respecto a las mujeres (H-M), una diferencia que los autores atribuían a la insatisfacción e inseguridad que en algunos casos generaría la falta de un pene completamente funcional. Este estudio no permite señalar si son las limitaciones de la funcionalidad del nuevo órgano sexual lo que generaría una vivencia de la genitalidad menos satisfactoria, un aspecto que se considera como una interesante línea de investigación para el futuro. Otro aspecto a señalar, que este estudio no contempla, y que también podría constituir una

interesante línea de trabajo, sería conocer con más en detalle si la naturaleza de la operación que las personas transexuales masculinas (M-H) se han realizado, metoidoplastia (que no permite la penetración) o faloplastia (que puede permitir la penetración), tendría una posible relación sobre la vivencia de la genitalidad en estas personas. Este análisis en mayor profundidad permitiría poder validar o refutar los resultados que De Cuypere et al. (2005) y Wierckx et al. (2011) encontraron en relación a la faloplastia y su positivo efecto sobre la sexualidad. Aunque es evidente que la información proporcionada por dos personas no permite extrapolar conclusiones, sin embargo, sí orienta al ahora de buscar variables que sería interesante controlar en estudios futuros.

Los procesos de cirugía de reasignación sexual son muy diferentes en los casos de mujeres (H-M) y hombres transexuales (M-H). Y los resultados de tales procesos implican también una apariencia y funcionalidad de los órganos genitales muy distinta en función del género, siendo tradicionalmente más positivas para las mujeres transexuales (H-M). Este hecho que podría estar directamente relacionado con su mejor vivencia de la genitalidad ante el otro/a.

En relación a la variable salud sexual, el análisis cualitativo de las respuestas no ha permitido identificar diferencias entre mujeres (H-M) y hombres transexuales (M-H) sometidos a la cirugía genital. En este caso, el análisis apunta a conclusiones distintas a las tradicionalmente obtenidas por estudios del marco médico-biologicista como los de Klein y Gorzalka (2009) y De Vries et al. (2010). Esta divergencia podría ser atribuible a las limitaciones de la muestra del G1. A partir de los resultados obtenidos tampoco se pudieron encontrar evidencias de que existieran diferencias significativas entre personas transexuales de género femenino y masculino sometidas a la cirugía genital, en relación a la variable congruencia cuerpo-identidad.

En el caso del G2 (n = 35), el análisis cuantitativo de los datos señaló la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre mujeres (H-M) (n=17) y hombres (M-H) (n=18) en relación a la salud sexual, siendo los hombres transgénero (M-H) los que presentaban mejores puntuaciones en esta variable. Este resultado se correspondería con lo afirmado por De Vries et al. (2010) en su estudio, en el que estos autores señalaron que las mujeres transgénero (H-M) no sometidas a la cirugía genital presentaban poca cantidad de relaciones sexuales y escasa satisfacción con las mismas con anterioridad a la intervención. El análisis de la sexualidad de las personas transgénero no sometidas a la cirugía genital es un campo de investigación donde aún quedaría mucho trabajo por realizar. Sería interesante profundizar en cómo variables como la libre voluntad, el miedo a la intervención, así como otros factores económicos, sociales, etc., afectarían diferencialmente a las personas trans no operadas y a su proceso de decisión.

Tanto en el caso de las personas trans sometidas a la cirugía genital, como en las que no, y en relación a las diferencias encontradas entre mujeres (H-M) y hombres (M-H), un aspecto importante a tener en cuenta sería la orientación sexual de la persona trans, y si sus interacciones sexuales son con personas de género femenino y/o masculino y/u otros géneros. Este aspecto no se ha analizado en el presente estudio pero se considera una variable importante a tener en cuenta y sobre la que profundizar en futuras investigaciones. Parece razonable pensar que el desarrollo de una buena salud sexual y de una vivencia satisfactoria de la propia genitalidad ante el otro/a puedan tener relación con quién es ese/a otro/a con el que se comparte la interacción sexual.

En relación a la congruencia cuerpo-identidad y a la vivencia de la genitalidad ante el otro/a, los resultados obtenidos no permitieron afirmar que existieran diferencias estadísticamente significativas entre las personas de género femenino y masculino en este grupo (G2).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente descrito para los grupos G1 y G2 podemos considerar que la tercera hipótesis: *se encontrarán diferencias significativas entre hombres (M-H) y mujeres (H-M) en los niveles de congruencia cuerpo-identidad, salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a, en los dos grupos que aceptan la clasificación binaria de género (masculino-femenino): el grupo de personas transexuales sometidas a cirugía genital y el grupo de personas transgénero no sometidas a cirugía genital*, se ha visto cumplida de manera parcial. El análisis cualitativo de las respuestas de los integrantes del G1, personas transexuales sometidas a la cirugía genital, apuntó a la existencia de diferencias entre hombres (M-H) y mujeres (H-M) en la vivencia de la genitalidad ante el otro/a en este grupo. En el grupo de personas transgénero no sometidas a la cirugía genital (G2), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en salud sexual. En el resto de comparaciones no se encontraron diferencias significativas entre géneros.

En el caso del G3 (n = 11), compuesto por otras identidades trans, los resultados apuntaron a un nivel de congruencia cuerpo-identidad medio, con una amplia variabilidad, así como a una salud sexual moderadamente buena y una satisfactoria vivencia de la genitalidad ante el otro/a. La variabilidad encontrada en este grupo, próximo a las teorías *queer* señaladas por Vendrell (2009), sería coherente con la diversidad de sus expresiones. Igualmente lo es el hecho de que tengan una experiencia satisfactoria de su propia genitalidad, ya que la aceptación del propio cuerpo, en contraposición a la modificación genital, es una parte importante de su credo.

En relación a la validación al castellano de la escala TCS de Kozee at al. (2012), los resultados obtenidos permitieron afirmar que existía una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las puntuaciones de las escalas TCS y SWLS, resultado que se correspondía con el obtenido por Kozee at al. (2012) en el estudio original. El análisis factorial exploratorio de los ítems

permitió observar que su estructura factorial era similar a la de la herramienta original. Igualmente, se obtuvieron datos de la alta fiabilidad de esta escala en su versión en castellano. A partir de estos resultados, se podría afirmar que la versión del TCS en castellano fue correctamente validada. Se considera importante señalar que, en el caso de este estudio, el número de participantes (n = 56) fue menor que en el estudio original de Kozee et al. (2012) (n = 162), así como que el no cumplimiento del supuesto de normalidad en este estudio, obligó al uso de un estadístico de correlación no-paramétrico, siendo paramétrico el usado por los autores en el estudio original. Se considera conveniente señalar estos dos aspectos como posibles limitaciones de esta validación. Como línea de trabajo en el futuro, podría ser interesante realizar una nueva validación al castellano del TCS, con una muestra superior de participantes, y correlacionando las puntuaciones obtenidas con las 6 pruebas administradas en el estudio original.

Los resultados obtenidos en la escala SWLS, empleada para la validación al castellano del TCS, permitieron informar acerca de la variable satisfacción con la vida. Los datos obtenidos apuntaron a la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación a esta variable, aunque con un efecto de asociación pequeño. El grupo de personas transexuales sometidas a la cirugía genital (G1) obtuvo altos índices de satisfacción con la vida, respecto a los grupos de personas no operadas (G2 y G3) que puntuaron de forma media. Las personas con otras identidades trans (G3) fueron las que obtuvieron una puntuación menor. Estos resultados serían coherentes, como ya se señaló en el caso de la congruencia cuerpo-identidad, con el postulado mayoritario que sostiene que la cirugía genital mejora la calidad de vida y satisfacción de las personas trans. Además, en la muestra de este estudio, se encontró igualmente una relación estadísticamente significativa entre congruencia cuerpo-identidad y satisfacción con la vida, ambas variables con mayores índices entre las personas sí sometidas a la cirugía genital. Al analizar los datos obtenidos en relación a la satisfacción con la vida, parece igualmente interesante preguntarse si las mayores puntuaciones obtenidas por parte de las personas sí operadas en esta variable, tendrían más que ver con la intervención quirúrgica o, nuevamente, con la mayor edad y recorrido vital de los integrantes del G1. En relación a la menor satisfacción con la vida en el caso de las personas con otras identidades trans, la falta de conocimiento y socialización de su condición, la desatención a sus necesidades y la tradicional invisibilización e incompreensión de su forma de ser y sentir, podrían estar relacionados con que éste sea el grupo con menor satisfacción con la vida en general.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente y con el objetivo de concluir si la cirugía genital afecta a las variables objeto de estudio (congruencia cuerpo-identidad, salud sexual y vivencia de la genitalidad ante el otro/a), se podría señalar, a partir de los resultados obtenidos, que la cirugía tendría una relación significativa con el sentimiento de congruencia entre cuerpo e



identidad en las personas trans, sentimiento que mejoraría tras la intervención quirúrgica al adecuar las características genitales al género sentido. Sin embargo, no se podría señalar que la cirugía genital tuviera una relación significativa con la sexualidad de las personas transexuales o transgénero, siendo éste uno de los resultados más novedosos y relevantes del estudio, resultado alineado con los postulados de las teorías *queer*.

Por otro lado, los resultados no permiten afirmar que exista una correlación significativa entre congruencia cuerpo-identidad y sexualidad en el colectivo de las personas trans, algo que no resultaría sorprendente al encontrar una relación significativa de la cirugía con la congruencia, pero no con la sexualidad. Según el estudio una no se relacionaría con la otra.

Los resultados de este estudio serían, en sí mismos, reflejo de la controversia existente en relación a la modificación genital mediante cirugía. Algunos de los resultados se alinearían con la tradición médico-biologicista partidaria de la cirugía genital, otros se acercaría más a los postulados más transgresores de las teorías *queer*.

Ha resultado sorprendente la menor participación de personas sometidas a la cirugía genital en el estudio, frente a las no operadas. Esto ha supuesto una limitación para la investigación. Este hecho podría hablarnos de la existencia de un mayor número de personas trans que, o bien no desean realizar dicha intervención, o bien presentan otras limitaciones personales, económicas o sociales para hacerlo. También podría orientarnos a un menor deseo de las personas trans sometidas a la cirugía genital de participar en investigaciones. Algunas de las personas transexuales que han realizado el proceso de reasignación sexual completo, cirugía genital incluida, identificándose como mujeres u hombres, no desean recordar su pasado transexual, siendo reticentes a la participación en estudios como éste. Hubiera sido interesante, y se propone como posible línea de investigación en el futuro, profundizar en estas motivaciones.

Se considera que la variedad de experiencias y expresiones de ser persona trans queda claramente reflejado en los resultados, siendo uno de los aspectos más interesantes de este estudio. Profundizar en el conocimiento y socialización de formas plurales de ser persona transexual o transgénero podría ser una importante e interesante línea de investigación de cara al futuro, una línea de trabajo con la que buscar sustituir la controversia sobre la cirugía genital por la integración de una pluralidad de formas de ser persona trans, donde la diversidad cohabite en el respeto y responda a las necesidades individuales.

La aparición de nuevas identidades trans es una realidad que no puede ni debe ser obviada. Las personas trans no binarias, agénero, de género fluido, etc., reclaman su espacio en la

conceptualización de la transexualidad y abogan por formas alternativas de ser que confronten los convencionalismos sociales. Se considera que estas voces deben ser también escuchadas, y, aunque con limitaciones de muestra, así se ha tratado de hacer en este estudio. Tener en cuenta las nuevas identidades trans como grupo de estudio ha sido uno de los aspectos más novedosos de esta investigación, ya que este grupo viene siendo tradicionalmente obviado en la investigación científica tradicional. Desde luego, el de las nuevas identidades trans es un interesantísimo campo sobre el que profundizar, una línea de investigación muy interesante a desarrollar.

Como en otros muchos aspectos relacionados con la condición humana, especialmente si se abordan aspectos tan sensibles como la congruencia y la sexualidad, la controversia está asegurada. En el estudio se ha buscado profundizar especialmente sobre la controversia relativa a cirugía genital, pero se han encontrado, durante los procesos de definición y evaluación del mismo, otras divergencias. Algunas de ellas dentro del propio colectivo trans, donde se han encontrado diversas opiniones, acuerdos y desacuerdos acerca de la propia condición transexual y de su relación con la cirugía y otros tratamientos de modificación corporal. A partir de la investigación realizada, se podría considerar que la evaluación de aspectos relacionados con la genitalidad y la sexualidad de las personas transexuales y transgénero es un tema especialmente espinoso que genera, en determinados casos, ciertas suspicacias y rechazo hacia investigaciones de esta naturaleza. Muchos/as integrantes del colectivo trans manifiestan estar cansados de las investigaciones al respecto y parece importante escuchar esta queja. Ésta habría sido también una limitación de este estudio en lo que a acceso a la muestra se refiere.

Igualmente no existe un acuerdo generalizado entre el colectivo de personas trans en lo relativo a las clasificaciones binarias de género y las concepciones biológicas de hombre y mujer, así como en lo relativo al peso que uno (género) y otro (sexo) tienen en la construcción de la identidad. También se han encontrado divergencias en cuanto a la terminología empleada para referirse a distintos aspectos relacionados con la transexualidad y el transgénero.

Concluido el estudio, se considera que la diversidad de identidades, expresiones y opiniones dentro del colectivo de las personas trans ha quedado reflejada, mostrando la riqueza que ofrece este grupo. Los seres humanos somos diversos, cambiantes y portadores de una gran potencial, y las personas trans son fiel reflejo de esta pluralidad. Respetar, atender y visibilizar la diversidad, permitirá tener una visión más profunda, realista y enriquecedora del ser humano, así como una existencia más plena y libre.

## REFERENCIAS:

- Albornoz, A. (2014). *Afectividad y sexualidad: una mirada autobiográfica de personas transexuales que ejercen comercio sexual* (tesis de pregrado). Universidad del Bio-Bio, Chile. Recuperado de <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/211>
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/296.pdf>
- Bartolucci, C., Gómez-Gil, E., Salamero, M., Esteva, I., Guillamón, A., Zubiaurre, L., y Montejo, A. L. (2015). Sexual quality of life in Gender-Dysphoric Adults before genital sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 180-188. doi: 10.1111/jsm.12758
- Bergero, T., Ballester, R., Gornemann, I., Cano, G. y Asiain, S. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación del comportamiento sexual de los transexuales: el CSTM. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(1), 11-30. Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/02\\_2012\\_n1\\_bergero\\_ballester\\_gornemann\\_cano\\_asiain.pdf](http://www.aepcp.net/arc/02_2012_n1_bergero_ballester_gornemann_cano_asiain.pdf)
- Bowman, C. y Goldberg, J. M. (2006). Care of the patient undergoing sex reassignment surgery. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 135-165. doi: 10.1300/J485v09n03\_07
- Chrysallis (s.f.). *Prevalencia*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2017 de <http://chrysallis.org.es/informacion/prevalencia/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York: Hillsdale, NJ Erlbaum.
- Costantino, A., Cerpolini, S., Alvisi, S., Morselli, P. G., Venturoli, S. y Merigiola, M. C. (2013). A prospective study on sexual function and mood in female-to-male transsexuals during testosterone administration and after sex reassignment surgery. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(4), 321-335. doi: 10.1080/0092623X.2012.736920
- De Cuypere, G., TSjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebek, P., ... y Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 34(6), 679-690. doi: 10.1007/s10508-005-7926-5
- De Vries, A. L., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. y Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression followed by cross-sex hormones and gender reassignment surgery: A Prospective follow-up of gender dysphoric adolescents into adulthood. *Gender dysphoria in adolescents*, 91-106. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/aee3/a08e34c4579af14cd5f8aea070c36b48834a.pdf>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N. y Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885. doi: 10.1371/journal.pone.0016885
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901\_13

- Fundación Daniela (s.f.). *Descubre. Glosario de términos relacionados con la transexualidad*. Recuperado de <http://www.fundaciondaniela.org/wp-content/uploads/pdf/terminos.pdf>
- Godás, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (78), 21-23. Recuperado de [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/23657124/reprc\\_transx.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1524329268&Signature=cj8HPldc3dtv85uZ8hHg8fsi7WA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRepercusiones\\_personales\\_familiares\\_soci.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/23657124/reprc_transx.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1524329268&Signature=cj8HPldc3dtv85uZ8hHg8fsi7WA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRepercusiones_personales_familiares_soci.pdf)
- Hurtado, F., Gómez, M. y Donat, F. (2005). Transexualismo y sexualidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (76), 16-28.
- Klein, C. y Gorzalka, B. B. (2009). Continuing medical education: Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922-2939. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Koyama, E. (2003). The transfeminist manifesto. En R. Dicker y A. Piepmeier (Eds.), *Catching a wave: Reclaiming feminism for the twenty-first century* (pp. 244-261). Boston, MA: Northeastern University Press.
- Kozee, H. B., Tylka, T. L. y Bauerband, L. A. (2012). Measuring transgender individuals' comfort with gender identity and appearance: Development and validation of the Transgender Congruence Scale. *Psychology of Women Quarterly*, 36, 179-196. doi: 10.1177/0361684312442161
- Kraemer, B., Delsignore, A., Schnyder, U. y Hepp, U. (2008). Body image and transsexualism. *Psychopathology*, 41(2), 96-100. doi: 10.1159/000111554
- Lamas, M. (2009). El fenómeno trans. *Debate feminista*, 39, 3-13. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/42625541>
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 34(2), 147-166. doi: 10.1007/s10508-005-1793-y
- Lewins, F. (2002). Explaining stable partnerships among FTMs and MTFs: a significant difference? *Journal of Sociology*, 38(1), 76-88. Recuperado de [http://www.elspethbrown.org/sites/default/files/imce/2002\\_-\\_explainingstablepartnershipsamongftmsandmtfsasigniretrieved\\_2014-06-11.pdf](http://www.elspethbrown.org/sites/default/files/imce/2002_-_explainingstablepartnershipsamongftmsandmtfsasigniretrieved_2014-06-11.pdf)
- Michel, A. , Ansseau, M. , Legros, J. J. , Pitchot, W. y Mormont, C. (2002). The transsexual: What about the future? *European Psychiatry*, 17, 353-362. doi: 10.1016/S0924-9338(02)00703-4
- Mitchel, R. C., Halstad, M. P., Delise, J. y Galupo, M. P. (2013). *Transgender friendships and rumination: An examination of Gender Identity Congruence*. Conferencia presentada en Association for Psychological Science, 25th Annual Convention Washington May 23-26. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/264346283\\_Transgender\\_Friendships\\_and\\_Rumination\\_An\\_Examination\\_of\\_Gender\\_Identity\\_Congruence\\_Towson\\_University](https://www.researchgate.net/publication/264346283_Transgender_Friendships_and_Rumination_An_Examination_of_Gender_Identity_Congruence_Towson_University)

- OMS (2006): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Geneva. Recuperado de [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
- Reisner, S. L., Vettes, R., Leclerc, M., Zaslów, S., Wolfrum, S., Shumer, D. y Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *Journal of Adolescent Health, 56*(3), 274-279. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.264
- Richards, C. Bouman, W.P., Seal L., Barker, M. J., Nieder T.O. y Sjoen G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 95-102. doi: 10.3109/09540261.2015.1106446
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centred framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (vol. 3, pp. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Serano, J. (2007). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Berkeley, C.A.: Seal Press.
- Shulman, G. P., Holt, N. R., Hope, D. A., Mocariski, R., Eyer, J. y Woodruff, N. (2017). A review of contemporary assessment tools for use with transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4*(3), 304-313. doi: 10.1037/sgd0000233
- Slabbekoorn, D., Van Goozen, S. H. M., Gooren, L. J. y Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Effects of cross-sex hormone treatment on emotionality in transsexuals. *International Journal of Transgenderism, 5*(3). Recuperado de [https://www.atria.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtv05no03\\_02.htm](https://www.atria.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtv05no03_02.htm)
- Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J. y Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine, 35*(1), 89-99. doi: 10.1017/S0033291704002776
- Souza, M. C. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva, 6* (3), 251-261. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>
- Vendrell, J. (2009) ¿Corregir el cuerpo cambiar el sistema? La transexualidad ante el orden de género. *Sociológica, 24*(69), 61-78. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732009000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732009000100004)
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'sjoen, G., Heylens, G., ... y Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine, 6*(3), 752-760. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., ... y T'sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine, 8*(12), 3379-3388. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x

## ANEXO A

### ESCALA DE CONGRUENCIA PARA PERSONAS TRANS

Para las siguientes afirmaciones, por favor, selecciona la opción que mejor describe tu experiencia. Se entenderá identidad de género como el género con el que te identificas, no con el asignado al nacer.

#### 1. Mi apariencia exterior representa mi identidad de género.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

#### 2. Experimento un sentimiento de unidad entre mi identidad de género y mi cuerpo.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

#### 3. Mi físico expresa adecuadamente mi identidad de género.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

#### 4. Generalmente me complace el género que los demás me atribuyen cuando me ven.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

#### 5. Mi cuerpo representa mi identidad de género.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

#### 6. La apariencia actual de mi cuerpo no representa mi identidad de género.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**7. Estoy feliz con la forma en que mi cuerpo expresa mi identidad de género.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**8. No siento que mi apariencia refleje mi identidad de género.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**9. Siento que mi mente y mi cuerpo son congruentes el uno con el otro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**10. No estoy orgulloso/a de mi identidad de género.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**11. Estoy feliz con mi identidad de género.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**12. Acepto mi identidad de género.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Puntuación: Ítems de puntuación inversa: 6, 8 y 10 (donde 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1).

Para obtener la puntuación total de la escala se promedian las respuestas a los 12 ítems.

Para obtener la puntuación de la subescala congruencia con la apariencia se promedian las respuestas a los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.

Para obtener la puntuación de la subescala aceptación de la identidad de género se promedian las respuestas a los ítems 10, 11 y 12.