

## **¿QUÉ ES LA TRANSEXUALIDAD?**

La sexualidad es uno de los derechos existenciales mas cuestionados actualmente, esta no es el resultado de una opción del sujeto, sino de unas circunstancias (sean físicas, psíquicas, sociales, culturales, etc.) que le son extrañas, exteriores, que se le imponen.

La transexualidad es uno de los aspectos de la sexualidad y uno de los temas que la doctrina y la jurisprudencia mas han desarrollado, debido a que es el que ofrece las cuestiones en su grado extremo.

Este derecho existencial es objeto de ataques particulares y encarnizados en la mayoría de las sociedades, inclusive en aquellas que proclaman la defensa de la igualdad y están en oposición con la discriminación étnica, cultural, etc.

La palabra transexual es una expresión que califica a un determinado tipo de personas, y el primer problema que presenta, es ponerse de acuerdo acerca de qué significa. Si hacemos un poco de historia, el transexualismo entró en la literatura médica en 1853 cuando Frankel describió el caso de Screfakind Blank, cuyo cuerpo examinó post mortem. Blank se había suicidado ahogándose antes de ser detenido por la policía. Desde niño había sentido la necesidad de disfrazarse de mujer y había estado en la cárcel por su tendencia a seducir jóvenes y contagiarles enfermedades venéreas.

Posteriormente, Krafft-Ebing describió en 1894 algunos casos de transexuales y Hirschfeld en 1925 utilizó por primera vez el término “transvestismo” (hoy sabemos que se equivocó) y lo diferencio de la homosexualidad. Havelock Ellis en 1936 los llamó “invertidos sexoestésicos” o “eonistas”, en referencia al caballero Eon, que vivió la mitad de su vida como mujer.

Pero la etimología del término es un neologismo introducido a comienzos de los años cincuenta por el psicoterapeuta norteamericano Harry Benjamín. En 1953 habla de la diferencia entre transvestismo y transexualismo y publica en 1966 un trabajo con una muestra de 172 pacientes (125 hombres y 20 mujeres) sobre el “fenómeno transexual”. En las décadas de 1960 y 1970 se empleó el término transexual verdadero. Dicho término se refería a una persona con una trayectoria característica de desarrollo atípico de identidad de género que predecía una vida mejor mediante una secuencia de tratamiento que culminara en intervención quirúrgica genital. Se consideraba que los transexuales verdaderos tenían:

- Identificaciones transgéneras (con el otro género) en la niñez, la adolescencia y en la etapa adulta.
- Excitación sexual mínima o ausente ante el uso de vestimenta transgénera.
- Carencia de interés heterosexual en relación a su sexo anatómico.

En 1951 se realizó la primera intervención quirúrgica de adaptación morfológica genital, que alcanzó difusión internacional. Dicha operación se produjo en una clínica de Copenhague (Dinamarca), el cirujano fue Christian Hamburger y el paciente un ex soldado que había luchado en la segunda guerra mundial, quien había decidido adaptar sus genitales a su sexo psíquico.

Hoy en día se considera que la transexualidad es una disforia de género, es decir, un desacuerdo profundo entre el sexo biológico y el sexo psico-social o, dicho de otra forma, entre el sexo con el que se nace y aquel otro que la persona siente como propio. Un/a transexual es una persona que se siente dentro de un cuerpo de otro género (su cuerpo le dice “soy un hombre”, pero su mente le dice “soy una mujer”, y al revés en el caso de la mujer).

La transexualidad se da en ambos sexos pero las estadísticas, sin embargo, hablan de más hombres que se sienten mujeres que al revés. Aproximadamente, uno de cada 50.000 hombres se siente mujer, y una de cada 100.000 mujeres se siente hombre.

Este sentimiento es experimentado habitualmente desde muy temprana edad y condiciona absolutamente la vida del individuo, impidiendo el normal desenvolvimiento en todo tipo de situaciones hasta que se consigue el cambio corporal necesitado.

El fenómeno transexual hay que diferenciarlo de la homosexualidad y el travestismo. El primero, se siente atraído por individuos de su mismo sexo, pero no desea modificar su cuerpo. Se siente y vive como hombre o mujer, psíquica y físicamente, pero le gustan las personas de su mismo sexo. El travestido o travestí se viste y se arregla como si fuese del otro sexo (normalmente son hombres que se visten de mujer), pero se identifica como una persona de su sexo físico (habitualmente hombre). El transexual también se viste con ropas del otro sexo, pero mientras ese disfraz es para el travestí un fin para el transexual es solo un medio (Benjamín). Un travestido puede ser homosexual, pero no es un transexual.

Los/as transexuales están convencidos/as de que la naturaleza ha cometido un error en su caso e intentan rectificarlo (Mason McCall Smith).

## **¿LA TRANSEXUALIDAD ES UN TRASTORNO PSICOLOGICO?**

La opinión de la psiquiatría oficial es que se trata de un trastorno, un síndrome profundo que causa gran malestar, e intentan buscar las causas en determinados desarreglos de hormonación durante el embarazo o en alteraciones de la conducta durante la infancia.

La transexualidad es una condición ampliamente reconocida en tratados internacionales relacionados con la salud como el Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders (DSM-IV) y Internacional Clasification of Diseases (ICD-10), avalado por la OMS (Organización Mundial de la salud), éste último.

El diagnóstico de transexualismo fue introducido en el DSM-III en 1980 para personas con disforia de género que demostraban al menos dos años de interés continuo en transformar el sexo de su cuerpo y su estatus de género social.

En 1994, el comité del DSM-IV cambió el diagnóstico de transexualismo por el de trastorno de identidad de género. Dependiendo de su edad, a aquellos con identificación transgénerica fuerte y persistente, e incomodidad persistente con su sexo o sensación de ser inadecuados en su rol de género de dicho sexo, se les diagnóstico que sufrían de un Trastorno de Identidad de Género de la Niñez, la Adolescencia o la Etapa Adulta.

Para aquellos/as que no cumplían con los criterios anteriores, se determinó que era correcto usar el término Trastorno de Identidad de Género no Especificado de Otra Manera. En esta categoría estaban aquellos individuos que deseaban únicamente la castración o la penectomía, sin un deseo de desarrollar mamas, quienes deseaban terapia hormonal y mastectomía sin reconstrucción genital, aquellos/as con afección intersexual congénita, aquellos/as con transvestimenta transitoria y relacionada con el estrés, y aquellos/as con ambivalencia considerable acerca de ceder su estatus de género. Los/as pacientes que se diagnosticaban de esta forma, deberían subclasificarse de acuerdo con su orientación sexual: atraídos/as hacia los hombres, atraídos/as hacia las mujeres, atraídos/as hacia ambos, o que no sentían atracción por ninguno de ellos.

En el ICD-10, se encuentran especificados cinco diagnósticos para los trastornos de identidad de género:

- El **transexualismo**, el cual tiene tres criterios:
  - El deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, generalmente acompañado por el deseo de que el propio cuerpo sea tan congruente como sea posible con el sexo preferido a través de intervención quirúrgica y tratamiento hormonal.
  - Que la identidad transexual haya estado presente de manera persistente cuando menos durante dos años.
  - Que el trastorno no sea un síntoma de algún otro trastorno mental o anomalía cromosómica.
  
- El **transvestismo de rol dual**, que tiene tres criterios:
  - Que el individuo use ropa del sexo opuesto para experimentar la membresía temporal en el sexo opuesto.
  - Que no haya motivación sexual para el uso de transvestimenta.
  - Que el individuo no tenga deseo de cambiar permanentemente al sexo opuesto.
  
- El **trastorno de identidad de género de la niñez**, el cual tiene criterios para niños y niñas:
  - Para niñas:
    - La niña muestra sufrimiento persistente e intenso acerca de ser de sexo femenino y ha formulado el deseo de ser varón (no solo el deseo de recibir cualquiera de las ventajas culturales percibidas de ser un varón) o insiste en que ella es un varón.
    - Debe de estar presente cualquiera de los siguientes:

- Aversión marcada y persistente hacia las ropas femeninas normativas e insistencia en usar ropas masculinas estereotípicas.
  - Repudio persistente de las estructuras anatómicas femeninas, evidenciado por lo menos por alguno de los siguientes: Afirmación de que ella tiene un pene o que le crecerá; rechazo a la micción en posición sentada y/o afirmación de que ella no desea que le crezcan las mamas o tener la menstruación.
  - Que la niña aún no haya llegado a la pubertad.
  - El trastorno debe haber estado presente por lo menos durante seis meses.
- Para niños:
    - El niño muestra sufrimiento persistente e intenso acerca de ser niño, tiene deseo de ser de sexo femenino, o con frecuencia mucho menor, insiste en que él es una niña.
    - Debe de estar presente cualquiera de los siguientes factores:
      - Preocupación por las actividades femeninas estereotípicas, demostrada por una preferencia, ya sea por uso de transvestimenta, o simulación de los atuendos femeninos, o por un intenso deseo de participar en los juegos y actividades de las niñas y un rechazo de los juguetes masculinos, juegos y actividades estereotípicas.
      - Repudio persistente de las estructuras anatómicas masculinas, evidenciado por lo menos por alguna de las siguientes afirmaciones repetidas: Que al crecer se transformará en mujer; que su pene o testículos son desagradables o desaparecerán y/o que sería mejor no tener pene o testículos.
    - Que el niño no haya llegado a la pubertad.

- El trastorno debe haber estado presente por lo menos durante seis meses.
- **Otros trastornos de identidad de género**, el cual no tiene criterios específicos.
- El **trastorno de identidad de género inespecífico**, que no tiene criterios específicos. Cualquiera de los dos diagnósticos previos podría usarse en aquellas personas con afección intersexual.

Para calificar como trastorno mental un patrón de comportamiento, éste debe dar lugar a una desventaja de adaptación significativa para la persona y provocar sufrimiento mental. El DSM-IV y el ICD-10 han definido cientos de trastornos mentales que varían en su inicio, duración, patogénesis, discapacidad funcional y susceptibilidad de ser tratados. La designación de los trastornos de identidad de género como trastornos mentales, no constituye una licencia para la estigmatización o para la privación de los derechos fundamentales de estos/as pacientes. El uso de un diagnóstico formal a menudo es importante para ofrecer alivio, suministrar cobertura de seguros para la salud y orientar la investigación con el fin de lograr tratamientos más eficaces en un futuro.

## ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA TRANSEXUALIDAD?

El sexo del feto está establecido por qué se juntan dos cromosomas, uno del padre y otro de la madre en el momento de la fecundación. XX para mujeres y XY para hombres. Sin embargo, no es sino hasta más adelante que las diferencias físicas basadas en el género cromosómico del feto se desarrollan. Estas diferencias son estimuladas por una conjunción de hormonas (una de ellas son los andrógenos). Al mismo tiempo, la identidad de género del feto (el género del cerebro) comienza su desarrollo.

Hay diferentes teorías que hablan sobre las posibles causas de la transexualidad, una de ellas habla de que el origen del transexualismo estaría en que el momento del influjo hormonal sería inadecuado o que la mezcla de hormonas es defectuosa, y entonces habría una disparidad entre el género físico y el género mental, es decir, habría un error en la impregnación prenatal hormonal hipotalámica (androgenización o no androgenización hipotalámica) en el desarrollo intrauterino. Otras teorías hablan de un aprendizaje o internalización errónea de la conciencia masculina o femenina (fallo de la identidad de género). Es probable que, en distinto grado, cada uno de estos factores estén presentes en el origen de la transexualidad, aunque la hipótesis biológica tenga mayor resonancia actualmente.

Si profundizamos en la primera hipótesis nos encontramos con que el hipotálamo tiene funciones primordiales en el conjunto de la respuesta sexual, es la estructura más especializada en lo que se refiere a la conducta sexual. Junto con el sistema límbico y el bulbo olfatorio forman un importante paleocircuito de funciones sexuales.

La intervención de dicho circuito en la conducta dimórfica y en las preferencias eróticas es indiscutible. Son centros de verdaderos “acoplamientos”, siendo el núcleo preóptico el encargado del comportamiento masculino y el ventromedial del femenino. Este conjunto se diferenciaría en un período crítico prenatal (del cuarto al séptimo mes).

Neumann en 1970 y Dörner en 1976 hablan de que un bloqueo de la androgenización preóptica o una anormal androgenización ventromedial femenina sería la causa del transexualismo o como mínimo una condición específica que desencadenaría la cadena de eventos que comportan el inicio de las cogniciones y conductas transexuales.

Por todo lo anterior, se describe a la transexualidad como un defecto de nacimiento. Pero, para el/la transexual que trata de ganarse la aceptación de los demás, dicho defecto de nacimiento no tiene efectos visibles. El transexual



parece ser un hombre o una mujer perfectamente normal, con características sexuales primarias y secundarias normales.

A diferencia de las características faciales que distingue al Síndrome de Down, o la falta de control muscular causado por la parálisis cerebral, el transexualismo no puede ser detectado visualmente o bajo otros medios.

Debido a que los demás no pueden ver nada aparentemente erróneo, llegan a la conclusión de que el transexualismo no es un defecto físico, sino más bien un problema mental-emocional. Es una creencia común a la vez que errónea que el/la transexual con un poco de auto-disciplina puede actuar normalmente y aceptar su lugar en la vida.

### **¿CÓMO SE SIENTEN LOS/AS TRANSEXUALES?**

Fundamentalmente se sienten fuera de lugar, frecuentemente expresan sensaciones y sentimientos de estar realizando un rol (papel) para el que no están preparados/as, por ejemplo, al tratar de ser héroes cuando lo que quieren es ser heroínas, o al revés. Pero tienen que adaptarse para sobrevivir, tienen que aprender sus líneas y actuar en coherencia con su cuerpo, no con su mente.

Con el tiempo, aprenden a actuar de esa forma, y llegan a ser hombres o mujeres muy convincentes sin necesidad de tener ni que pensar en ello. El problema está cuando se quedan solos/as consigo mismos/as y saben que realmente no son ni las mujeres ni los hombres que aparentan ser.

Ellos/as no desean otra cosa que ser ellos/as mismos/as, pero no se pueden quitar los disfraces y llevar una vida normal, porque los disfraces son en realidad sus propios cuerpos.

## **¿CÓMO SON LAS RELACIONES PERSONALES DE LOS/AS TRANSEXUALES?**

Los/as transexuales, debido a su extensa experiencia en actuar “normalmente”, mucha gente encuentra difícil el creer que la persona que ellos/as han conocido por tanto tiempo como miembro de un género (masculino o femenino), es en realidad miembro del otro. En casi cada caso, el descubrimiento de esta condición y los cambios físicos que acompañan a la operación de cambio de sexo, vienen como una sorpresa para todos/as. La reacción común entre familiares y amigos/as es de desconcierto, y pueden sentir que han sido engañados/as, e incluso pueden llegar al rechazo hacia la persona transexual.

Aunque la mayoría de los/as transexuales saben que son diferentes a una edad temprana, sienten una intensa presión para adecuarse al rol que la sociedad dicta como adecuado para hombres y mujeres. Como resultado, el/la transexual, a veces niega que es realmente diferente. Este proceso de negación y adaptación frecuentemente involucra la formación de amistades y de relaciones personales en general.

El asumir por parte del/la transexual su identidad de género (género mental) y el inicio en el proceso de tratamiento (operación de cambio de sexo) marca un punto y aparte en las relaciones personales.

Al principio, familiares, amigos y parejas tratan de que el/la transexual sea “curado/a” a través de terapia psicológica debido a que ellos/as no están dispuestos/as a aceptar el resultado inevitable (cambio de sexo), pero cuando se dan cuenta de que esta cura no es válida, entonces la relación entra en una fase de mucha presión. Cuando la relación se basa en otras características aparte del género, está puede continuar con los obvios cambios. Por ejemplo, un buen hijo puede ser igual de bueno como hija, un compañero de trabajo mujer puede ser tan competente como hombre. Pero la realidad es que muchas

de estas relaciones desaparecen, algunas de forma amable pero triste y otras se disuelven con recriminaciones.

Pero, ¿qué pasa con las relaciones que están basadas en el género, es decir, las parejas?. Muchos cirujanos que trabajan en este ámbito, sugieren que el/la transexual esté separado/a o divorciado/a antes de someterse a la operación de cambio de sexo. En muy pocos casos, parejas que son también amigos/as pueden mantenerse juntos en una relación platónica.

Una vez que un/a transexual se ha operado y su cuerpo es coherente con su género mental, ¿qué pasa con las relaciones personales?, pues la mayoría de los/as transexuales post-operados no encuentran necesario el informar a nuevas amistades y parejas que ellos/as antes eran del otro género. Esto es fácil de hacer cuando el/la transexual ha roto definitivamente con su pasado, pero algunos/as transexuales, después de la operación, vuelven a sus vidas en el mismo punto donde las dejaron antes del cambio, conservan el mismo apellido, trabajan en el mismo sitio, mantienen los mismos amigos/as, etc..

Las relaciones sexuales pueden ser problemáticas, incluso para el más abierto/a de los/as transexuales. Por ejemplo, el saber que esa mujer antes era un hombre puede amenazar seriamente una relación heterosexual. Pero no todos/as los/as transexuales quieren tener una relación heterosexual después de la cirugía. No es raro que un/a transexual se declare lesbiana o gay. Este tipo de relaciones también pueden ser muy difíciles, ya que algunas lesbianas y gays tienen profundos prejuicios contra los/as transexuales, al igual que los tienen muchos heterosexuales. Por último, nos podemos encontrar con transexuales que no son sexualmente activos para nada.

Toda esta gama de orientación sexual es debido a que orientación e identidad sexual son dos cosas diferentes. Mientras que la identidad se expresa frecuentemente a través del género, la sexualidad no está determinada por ello.

## **¿QUÉ TIPO DE SOLUCIÓN PUEDE TENER EL PROBLEMA DE LA TRANSEXUALIDAD?**

A lo largo de la historia de la transexualidad se han planteado dos posibles soluciones; la primera fue la expuesta por psiquiatras y psicólogos que intentaron orientar a estas personas para que aceptaran su cuerpo físico. Dicha solución ha resultado ser insatisfactoria porque no hay ni un solo caso que haya respondido positivamente a este tipo de solución. Tanto la psiquiatría como el psicoanálisis, la psicología y la psicoterapia han demostrado ser impotentes para cambiar la inclinación mental y adecuarla a los atributos físicos.

En 1950 aparece la segunda solución, de la mano del psiquiatra y endocrinólogo, el Dr. Harry Benjamín, quien decidió aplicar sus dos especialidades al tratamiento de la transexualidad. Si la mente no puede ser cambiada para adaptarse al cuerpo, pensó él, entonces habrá que cambiar al cuerpo para que se adapte a la mente. Así fue como nació la operación de cambio de sexo.

Ya hemos visto que la primera solución no resulta ser muy eficaz para solucionar este problema, pero ¿la operación si es una solución satisfactoria?. Lo que nos tenemos que plantear para poder contestar a esta pregunta es lo siguiente: La cuestión es si estas personas que están atrapadas en un género físico que difiere de su género psíquico deberían ser operadas para que estos dos géneros coincidan. Posteriormente, y si la respuesta es positiva, debemos analizar que tipo de inconvenientes se pueden presentar en estas operaciones, no solo física y psíquicamente, sino también socialmente, y cuales serían las consecuencias de dicha operación en la vida de estas personas. Por último, debemos observar como la realización de este tipo de operaciones produce una serie de inconvenientes en el ejercicio de determinados derechos como el de contraer matrimonio, el de adoptar, e incluso el problema de identidad en los documentos legales.

A pesar de todo lo anterior, hay que tener en cuenta que la mayoría de los y las transexuales no se someten a la intervención de cambio de sexo, bien porque tienen miedo, o porque resulta muy caro (en la mayoría de los casos no lo cubre la seguridad social) o, simplemente, porque no quieren. En este último caso estaríamos hablando de los/as llamados/as transgeneristas, son personas con disforia de género pero que no sienten la necesidad de cambiar sus genitales, pero si cambian otras características como el vello, la voz, la vestimenta, los pechos, etc..

Una vez que un/a transexual decide pasar por este tipo de operación, debe de ir salvando diferentes etapas que son las siguientes:

- Una primera de estudio psicológico para poder establecer con claridad que la persona en cuestión es transexual y no otra cosa (hay que diferencia la transexualidad de los trastornos de personalidad, de los estados intersexuales, de la homosexualidad no aceptada, etc....). Dentro de esta etapa estaría lo que se denomina “Experiencia de la vida real en el rol que se desea” (lo describiré con más detalle en un apartado posterior).
- Una segunda de hormonación, donde se les administran a los/as pacientes estrógenos o andrógenos, que hacen que en el hombre que cambia a mujer aparezcan los pechos y se produzcan otros cambios menores; y en la mujer que cambia a hombre aparece la barba, el vello y cambia la voz.
- Una tercera y última etapa de intervención quirúrgica que puede ser más o menos completa, y de la que hablare con más detalle más adelante.

Lo anterior es lo que se llama Terapia Triádica que se puede realizar de las siguientes formas en relación con el orden de realización:

- Hormonas; experiencia de la vida real; intervención quirúrgica.
- Experiencia de la vida real; hormonas; intervención quirúrgica.

- Algunas mujeres biológicas prefieren que sea: cirugía de mamas; experiencia de la vida real.

Los/as clínicos cada vez tienen más claro que no todas las personas transexuales desean o necesitan los tres elementos de la terapia triádica.

## **DESCRIPCIÓN DE LA PRIMERA ETAPA: ESTUDIO PSICOLÓGICO**

Los/as psicólogos/as y psiquiatras que trabajan con personas transexuales tienen las siguientes responsabilidades:

- Diagnosticar con exactitud el trastorno de género de la persona.
- Diagnosticar con exactitud cualquier trastorno psiquiátrico o psicológico que aparezca junto al trastorno de género y vigilar que reciba el tratamiento adecuado.
- Dar orientación a la persona sobre la gama de opciones terapéuticas y sus implicaciones.
- Realizar psicoterapias.
- Comprobar la experiencia de vida real y si la persona está preparado/a para la terapia hormonal y la intervención quirúrgica.
- Ser miembro de un equipo de profesionales con intereses comunes en trastornos de identidad de género.
- Dar educación a los miembros de la familia acerca de la transexualidad.

### **Los trastornos de identidad de género en niños/as y adolescentes:**

Los trastornos de identidad de género en niños/as y adolescentes son diferentes de los que se observan en adultos/as porque en los/as primeros se realiza un proceso de desarrollo rápido y dramático (físico, psicológico y sexual). Son trastornos complejos.

Una persona joven puede experimentar que su sexo físico es incongruente con su sensación de identidad de género y a menudo experimentará mucho sufrimiento, particularmente en la adolescencia y con frecuencia presentará dificultades emocionales y de comportamiento asociadas al trastorno. Hay una gran variabilidad en los resultados, sobre todo en los/as niños/as pre-púberes. Sólo algunos/as de ellos/as se transforman en transexuales, aunque sí muchos de ellos/as desarrollan tarde o temprano una orientación homosexual.

Existe una diferencia cualitativa entre la manera en que los/as niños/as y adolescentes expresan que su cuerpo no es el que debiera ser y la presentación de ilusiones y otros síntomas psicóticos. Las creencias ilusivas acerca de su propio cuerpo y género pueden ocurrir en trastornos psicóticos, pero son diferenciables de un trastorno de identidad de género.

La tarea del/la profesional de salud mental especialista en niños/as es suministrar una evaluación y un tratamiento que cumplan de manera amplia con los siguientes requisitos:

- El/la profesional debe reconocer y aceptar el problema de identidad de género. La aceptación y la eliminación del secreto puede producir un alivio considerable.
- La evaluación debe explorar la naturaleza y características de la identidad de género del/la niño/a o adolescente. Se realizará una evaluación psicológica y psiquiátrica completa. La evaluación debe incluir una evaluación de la familia, porque es muy común que haya

otros problemas emotivos y de comportamiento, y a menudo hay presentes problemas sin resolver en el entorno del sujeto.

- La terapia debe enfocarse hacia reducir cualquier problema comórbido (junto con el de identidad de género) en la vida del/la niño/a y reducir el sufrimiento que experimenta por su problema de género y otras dificultades. Se debe dar apoyo al niño/a y a su familia para tomar decisiones difíciles respecto al grado en que se le debe permitir que asuma un rol de género congruente con su identidad de género. Esto incluye problemas respecto a informar a otros/as de la situación del/la niño/a y la manera en que estas personas en contacto con su vida responderán; por ejemplo, el hecho de que el/la niño/a deba asistir a la escuela usando un nombre y ropa opuesta a su asignación de sexo. También se les debe dar apoyo para tolerar la incertidumbre y la ansiedad en relación con la expresión del género del/la niño/a y explicarles la mejor manera de manejarla.

Antes de considerar cualquier tipo de intervención física, se debe realizar una exploración extensa de los problemas psicológicos y sociales de la familia. Este tipo de intervenciones se deben hacer dentro del contexto del desarrollo del adolescente. La evolución de la identidad de género de los/as adolescentes pueden desarrollarse de manera rápida e inesperada.

Puede ocurrir que el/la adolescente se conforme con su género físico principalmente para agradar a su familia, el cual quizá no persista o refleje un cambio permanente de identidad de género, o puede ocurrir que el trastorno se arraigue con fuerza y se exprese fuertemente dando una falsa impresión de irreversibilidad. Por estos motivos, las intervenciones quirúrgicas deben retrasarse siempre y cuando sea clínicamente adecuado.



Las intervenciones físicas se dividen en tres categorías:

- Intervenciones totalmente reversibles: Incluyen el uso de agonistas de LHRH o medroxiprogesterona para suprimir la producción de estrógenos o testosterona, y en consecuencia, retrasar los cambios físicos de la pubertad.
- Intervenciones parcialmente reversibles: Terapia hormonal que masculiniza o feminiza al cuerpo, como la administración de testosterona para las mujeres biológicas y estrógenos para los hombres biológicos. Quizás para invertir estos resultados se necesite intervención quirúrgica.
- Intervenciones irreversibles: Procedimientos quirúrgicos.

Se recomienda un proceso por etapas para mantener abiertas las opciones durante las dos primeras fases. El paso de una etapa a otra no debe ocurrir hasta que haya transcurrido el tiempo necesario para que la persona joven y su familia asimilen totalmente los efectos de las intervenciones tempranas.

### **Los trastornos de identidad de género en adultos/as:**

En este apartado hablaremos fundamentalmente de la importancia de la terapia psicológica o psicoterapia en adultos/as. Lo primero que hay que decir es que muchos adultos/as con trastornos de género encuentran maneras más cómodas y eficaces de vivir que no incluyen todos los componentes de la secuencia de la terapia triádica. Mientras que algunos/as individuos logran esto por sí solos/as, para otros/as la psicoterapia puede ser de mucha ayuda para permitir el descubrimiento y los procesos de maduración que les permita sentirse cómodos/as con ellos/as mismos/as.

No todos los pacientes transexuales requieren psicoterapia para proceder con la terapia hormonal, la experiencia de la vida real, el uso de hormonas o la intervención quirúrgica.

La psicoterapia, en este caso, da información sobre la gama de opciones que anteriormente el paciente no consideraba de manera seria. Enfatiza la necesidad de fijar metas realistas de vida en el trabajo y en las relaciones, y busca definir y aliviar los conflictos del/la paciente que quizás hayan impedido que llevara un estilo de vida saludable y estable. Las metas de esta terapia son ayudar a la persona a vivir más cómodamente con su identidad de género y a afrontar de manera eficaz los problemas no relacionados con el género.

La psicoterapia no tiene la intención, en ningún caso, de “curar” el trastorno de identidad de género. Su objetivo es que el paciente tenga un estilo de vida estable a largo plazo, con oportunidades realistas de tener éxito en las relaciones, la educación, el trabajo y la expresión de su identidad de género.

Los/as pacientes pueden beneficiarse de la psicoterapia en cualquier etapa de la terapia triádica. Esto incluye en el período postquirúrgico, cuando ya existe un sexo físico que coincide con el género mental pero quizás la persona continúa sintiéndose incómodo y carente de habilidades para vivir en su nuevo rol de género.

Hay diferentes opciones de adaptación al género que pretenden que los/as pacientes se encuentren más cómodos/as pero que no significan que la persona no pueda decidir en el futuro seguir una terapia hormonal, tener una experiencia de vida real o una intervención quirúrgica.

Dichas opciones de adaptación al género se dividen en actividades y procesos y son las siguientes:

❖ **Actividades:**

➤ **Hombres biológicos:**

- Transvestimenta de manera no intrusiva con prendas interiores femeninas.
- Cambios del cuerpo a través de eliminación del vello por electrólisis o con cera; procedimientos quirúrgicos plásticos de tipo menor.
- Aumento de las habilidades para vestirse, para elegir la ropa adecuada y para la expresión vocal.

➤ **Mujeres biológicas:**

- Transvestimenta de manera no intrusiva con ropa interior masculina.
- Cambios en el cuerpo a través de vendaje de los pechos, levantamiento de pesas para aumentar los músculos, aplicación de vello facial como se acostumbra en el teatro.
- Cojín en la ropa interior o uso de una prótesis peneal.

➤ **Ambos géneros:**

- Educarse acerca de los fenómenos de trasgenerismos, acudiendo a grupos de apoyo, comunicación con otras personas que estén pasando por lo mismo, leyendo la literatura pertinente accesible al público y la literatura profesional sobre los derechos legales en relación al trabajo, las relaciones y la vestimenta en público.
- Participar en actividades recreativas del género deseado.
- Vivir por episodios de manera transgénica (experiencia de la vida real).

❖ **Procesos:**

- Aceptación de las fantasías, ya sean heterosexuales como homosexuales o bisexuales, y los comportamientos sexuales como algo diferente de la identidad de género y de las aspiraciones al rol de género.
- Integración de la conciencia de los géneros masculino y femenino en la vida cotidiana.
- Identificación de los factores que ocasionan un incremento del deseo transgénérico y atención eficaz a los mismos; por ejemplo, desarrollar mejores habilidades de autoprotección, autoafirmación y vocacional para progresar en el trabajo y resolver las luchas interpersonales con el fin de reforzar relaciones claves.

**DESCRIPCIÓN DE LA SEGUNDA ETAPA: TERAPIA HORMONAL Y EXPERIENCIA DE LA VIDA REAL**

**La terapia hormonal en adultos/as:**

Los tratamientos hormonales desempeñan un papel importante en el proceso de transición de género en adultos/as seleccionados/as de forma correcta con trastornos de identidad de género. Las hormonas mejoran la calidad de vida y evitan las consecuencias psiquiátricas que a menudo acompañan a una falta de tratamiento. Cuando los/as médicos administran andrógenos a mujeres biológicas y estrógenos, progesterona y agentes bloqueadores de la testosterona a hombres biológicos, los/as pacientes se sienten y adquieren una apariencia más similar a los miembros de su género deseado.

Para administrar hormonas existen tres criterios que hay que tener en cuenta:

- Que el/la paciente tenga dieciocho años.
- Que tenga conocimientos demostrables de lo que las hormonas pueden hacer y no pueden hacer desde un punto de vista médico y sus beneficios y riesgos sociales.
- Y cualquiera de los siguientes:
  - o Que haya tenido una experiencia de vida real documentada por lo menos tres meses antes de la administración de las hormonas o..
  - o Un período de psicoterapia con la duración especificada por un profesional de salud mental tras la evaluación inicial (generalmente, un mínimo de tres meses).

Los criterios para decir que una persona está preparada para tomar hormonas son los siguientes:

- Que el/la paciente haya tenido una consolidación más amplia de la identidad de género durante una experiencia de la vida real o psicoterapia.
- Que el/la paciente haya realizado ciertos progresos para superar otros problemas identificados que conduzcan a mejorar o a continuar con una salud mental estable (esto incluye el control satisfactorio de problemas como abuso de sustancias, psicosis e ideas suicidas).
- La probabilidad de que el/la paciente tome hormonas de manera responsable.

Los efectos físicos máximos de las hormonas quizás no se hagan evidentes hasta después de dos años de tratamiento continuo. La herencia limita la respuesta a las hormonas y ésta no se puede vencer aumentando la

dosis. El grado de efectos que se logran en realidad varía de un/a paciente a otro/a.

Los hombres biológicos tratados con estrógenos pueden esperar de manera realista que el tratamiento de cómo resultado: desarrollo de las mamas, cierta redistribución de la grasa corporal para semejarse al hábito corporal femenino, reducción de la fuerza en la región superior del cuerpo, ablandamiento de la piel, reducción del vello corporal que haga más lenta o detenga la caída del cabello, reducción de la fertilidad y el tamaño de los testículos, y erecciones menos frecuentes y menos firmes. La mayoría de estos cambios son reversibles, aunque el aumento del tamaño de las mamas no se invierte en su totalidad tras interrumpir el tratamiento.

Las mujeres biológicas tratadas con testosterona pueden esperar los siguientes cambios permanentes: voz profunda, leve aumento del tamaño del clítoris, atrofia de las mamas, incremento del vello facial y corporal, un patrón masculino de calvicie. Los cambios reversibles incluyen aumento de la fuerza en la región superior del cuerpo, aumento de peso, incremento del interés sexual y la excitabilidad y reducción de la grasa en las caderas.

Los/as pacientes con problemas médicos o que tienen riesgo de afecciones cardiovasculares tendrán más probabilidades de experimentar consecuencias graves o mortales con los tratamientos hormonales transexuales. Las tasas de riesgo-beneficio deberán ser consideradas en colaboración por el/la paciente y el/la médico que lo/a trate.

Los efectos secundarios en hombres biológicos tratados con hormonas pueden incluir:

- Aumento de la predisposición a la coagulación sanguínea (trombosis venosa con riesgo de embolia pulmonar mortal).
- Desarrollo de prolactinomas pituitarios benignos.
- Infertilidad.
- Aumento de peso.
- Labilidad emocional.

- Afecciones hepáticas.
- Formación de cálculos biliares.
- Somnolencia.
- Hipertensión.
- Diabetes Mellitus.

Los efectos secundarios en mujeres biológicas tratadas con hormonas son las siguientes:

- Infertilidad.
- Acné.
- Labilidad emocional.
- Aumento del deseo sexual.
- Desplazamiento de los perfiles de lípidos hacia patrones masculinos con aumento del riesgo de afecciones cardiovasculares.
- Predisposición a desarrollar tumores hepáticos benignos y malignos.
- Disfunciones hepáticas.

Las hormonas deben ser prescritas por un/a médico y no deben administrarse sin una evaluación psicológica y médica adecuada antes y durante el tratamiento.

El tratamiento hormonal, cuando sea médicamente tolerado, debe preceder a cualquier intervención quirúrgica genital, es decir, que tomar hormonas no lleva irremediabilmente a una operación quirúrgica de este tipo pero si se quiere pasar por una operación de cambio de sexo es necesario hacer antes una terapia hormonal.

La satisfacción con los efectos hormonales consolida la identidad de la persona como miembro del género preferido, en cambio, la no satisfacción con los efectos de las hormonas puede indicar ambivalencia acerca del deseo de proceder a la intervención quirúrgica.

El tratamiento hormonal sólo deberá suministrarse a aquéllos/as legalmente capaces de proporcionar su consentimiento informado. Esto incluye

a las personas que han sido declaradas por un tribunal como menores emancipados/as y a las personas encarceladas que se consideren competentes para participar en sus decisiones médicas. Para los/as adolescentes el consentimiento debe incluir un consentimiento del paciente menor y el consentimiento informado por escrito del padre o representante legal.

El consentimiento informado implica que el/la paciente entiende que la administración de hormonas limita la fertilidad y que la eliminación de los órganos sexuales impide la capacidad reproductiva en el caso de la intervención quirúrgica.

### **Experiencia de la Vida Real:**

El acto de adoptar en su totalidad un rol de género o una presentación de género nuevo o en evolución en la vida cotidiana, se conoce como “experiencia de la vida real”. Dicha experiencia es fundamental para la transición a un rol de género que sea congruente con la identidad de género del/la paciente.

Como esta experiencia conlleva consecuencias inmediatas y profundas de tipo personal y social, la decisión de hacer esto debe ir precedida de una conciencia de los probables resultados familiares, vocacionales, interpersonales, educativos, económicos y legales. Los/as profesionales que atienden a estas personas tienen la responsabilidad de discutir estas consecuencias predecibles con sus pacientes.

La experiencia de la vida real puede ser un factor para discriminación en el empleo, divorcio, problemas matrimoniales, de pareja o en las relaciones familiares y de amistad; y restricción o pérdida de los derechos de visita de los/as hijos/as. Éstos representan problemas externos reales que deben ser confrontados para lograr éxito en el nuevo rol de género.



Quizás todas las consecuencias anteriores sean muy distintas de lo que el/la paciente haya imaginado antes de decidir pasar por dicha experiencia, pero no todos los cambios son negativos.

Cuando el/la médico evalúa la calidad de la experiencia de vida de algún/a paciente en el género deseado, revisa las siguientes habilidades:

- Mantener el empleo total o parcialmente.
- Funcionar bien como estudiante/a.
- Adquirir un primer nombre adecuado a su identidad de género.
- Suministrar documentación para que otras personas además del/la terapeuta sepan que el/la paciente funciona en el rol de género deseado.

Aunque los/las profesionales quizás recomienden vivir con el género deseado, la decisión de cuándo y cómo iniciar la experiencia de la vida real es responsabilidad de cada persona. Algunos/as inician esta experiencia y deciden que esta orientación no es la que más les conviene en su vida.

Los/as profesionales describen la experiencia de vida real como una prueba para poder diagnosticar de forma definitiva. Si los/as pacientes evolucionan correctamente en el género deseado, se les confirma como transexuales y cuando deciden abandonar la experiencia, se considera que está claro que no son transexuales.

Esta experiencia prueba la capacidad de la persona para funcionar de acuerdo con el género deseado, y lo adecuado de los apoyos sociales, económicos y psicológicos de los que dispone. En definitiva, dicha experiencia ayuda al/la paciente y al/la profesional a decidir cómo proceder.

Cuando el/la paciente tiene éxito en esta experiencia de vida real, tanto el/la profesional como el/la paciente están más confiados/as y seguros/as para dar otros pasos, como por ejemplo, el de operación de cambio de sexo.

## **DESCRIPCIÓN DE LA TERCERA ETAPA: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Lo primero que hay que decir es que esta etapa constituye el último paso del tratamiento que ha resultado ser más eficaz para las personas transexuales junto con la terapia hormonal y la experiencia de la vida real.

Este tipo de tratamiento, cuando es prescrito o recomendado por médicos cualificados, está indicado médicamente y es médicamente necesario, esto quiere decir, que dicha operación no es ni “experimental”, ni “investigacional”, ni “estética”, ni opcional en ningún caso, sino que constituye un paso más en el tratamiento adecuado y eficaz para el transexualismo.

Los criterios mínimos para poder acceder a la intervención quirúrgica genital son los mismos para hombres biológicos como para mujeres biológicas y son los siguientes:

- Tener 18 años, edad de la mayoría legal en España. En otros países, tener la edad de la mayoría legal.
- Generalmente, 12 meses de terapia hormonal continua para aquéllos/as sin contraindicaciones médicas.
- 12 meses de experiencia de la vida real continua y que haya tenido éxito la persona en dicha experiencia.
- Si el/la profesional de salud mental lo requiere, haber participado de una forma responsable y regular en psicoterapia durante toda la experiencia de vida real.
- Conocimiento por parte del/la paciente del costo económico (cuando lo haya), de la duración de la estancia en el hospital, de las posibles

complicaciones y de los requisitos de rehabilitación posquirúrgica de los diversos métodos quirúrgicos.

Los criterios para decir que una persona está preparada para someterse a este tipo de intervención quirúrgica son los siguientes:

- Progreso demostrable en la consolidación de la propia identidad de género.
- Progreso demostrable en solucionar los problemas de trabajo, familiares e interpersonales que se hayan podido producir, y haber evolucionado satisfactoriamente en problemas mentales relacionados con el trastorno de transexualidad como abuso de sustancias, psicosis e ideas suicidas, por ejemplo, si dichos problemas han estado presentes alguna vez.

### **Procedimientos quirúrgicos para el paciente que cambia de masculino a femenino:**

En estos pacientes el procedimiento de mastectomía (cirugía de mamas) suele ser la primera intervención quirúrgica que se realiza, y en algunos pacientes esta es la única intervención que se realiza.

Las operaciones para aumento de mamas o eliminación de mamas son de tipo común y el público en general se las suele realizar por diferentes motivos, ya sea por salud o por estética.

Aunque la apariencia de la mama es importante como característica sexual secundaria, el tamaño o la presencia de la mama no se incluyen en las definiciones legales de sexo y género, y no son importantes para la reproducción. En consecuencia, la realización de este tipo de operación debe considerarse con las mismas reservas que el inicio de la terapia hormonal, ya que ambas producen cambios relativamente estables en el cuerpo.

Además de la operación para aumento de las mamas, los procedimientos quirúrgicos genitales pueden incluir orquiectomía, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y labioplastia. Se abre con un corte el pene. Parte del tejido del glande es utilizado para formar el clítoris, mientras que la mayor parte de la piel del pene es recolocada para formar las paredes vaginales. La uretra es acortada y redirigida para emerger un poco más abajo, justo por encima de la nueva apertura vaginal. Los testículos son eliminados, pero la piel del escroto que los envolvía así como la piel de las áreas circundantes se utiliza para formar los labios mayores y menores. La vagina se forma estirando, y en alguna ocasión cortando, la base de los músculos de la pelvis e insertando la nueva vagina a través de ellos. Una vez formada, se inserta el material de envoltorio en ella para mantener las caras de la vagina separadas y la vagina en su lugar.

La sensación sexual constituye un objetivo fundamental en la vaginoplastia, junto con la creación de una vagina funcional y conseguir aspectos estéticos aceptables a través de otras intervenciones.

Hay preocupaciones sobre la seguridad y eficacia de la cirugía para la modificación de la voz, por lo que para proteger las cuerdas vocales, los pacientes que elijan este procedimiento deben hacerlo después de completar otras cirugías que requieran de anestesia general con intubación.

### **Procedimientos quirúrgicos para la paciente que cambia de femenino a masculino:**

Los procedimientos quirúrgicos genitales pueden incluir histerectomía, salpingo-ooforectomía, vaginectomía, metoideioplastia, escrotoplastia, uretroplastia, colocación de prótesis testiculares y faloplastia.

Las técnicas actuales para la faloplastia (creación de un pene) son diversas. La elección de la técnica puede verse influida por consideraciones anatómicas o quirúrgicas.

Si los objetivos de la faloplastia son un pene de buena apariencia, capacidad para la micción de pie, sensación sexual y/o capacidad para el coito, es decir, poder tener una erección para penetrar, el paciente debe ser informado con claridad de las diversas etapas de cirugía que existen y de las dificultades técnicas frecuentes que quizás requieran operaciones adicionales.

### **El seguimiento postoperatorio:**

Siempre se recomienda realizar un seguimiento después de las intervenciones quirúrgicas, ya que es uno de los factores que se asocia con buenos resultados psicosociales. El seguimiento es importante tanto para la salud anatómica y médica del/la paciente como para el conocimiento del/la cirujano de los beneficios y limitaciones de este tipo de intervenciones.

Los/as pacientes postoperados quizás en ocasiones no hacen un seguimiento con el/la médico que prescribe las hormonas, sin tener en cuenta que este/a profesional es el/la más capaz de prevenir, diagnosticar y tratar posibles afecciones médicas a largo plazo que son características de los/as pacientes tratados quirúrgica y hormonalmente.

La necesidad del seguimiento se extiende al/la profesional de salud mental, pues este tras pasar un periodo de tiempo prolongado con el/la paciente se encuentra en una posición privilegiada para ayudar en cualquier dificultad que se presente en relación con el ajuste postoperatorio.

## **¿ES LÍCITO REALIZAR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA RECTIFICAR EL SEXO?**

Con respecto a este tema, lógicamente, hay dos posturas. Los/as que piensan que es lícita dicha intervención y los/as que opinan que no es lícita. A continuación expondré los argumentos que esgrimen los/as que defienden cada una de las posturas.

Los grupos que sostienen que la intervención quirúrgica es lícita basan sus razones en los siguientes hechos:

- La situación psicológica es irreversible, por lo que no queda más remedio que realizar la corrección física.
- Sobre todo se defiende la armonía de la persona considerando al componente psicológico como esencial y prioritario, esto lleva irremediablemente a la operación de cambio de sexo.
- La razón, que prevalece en el momento cultural actual, es la de reivindicación de la libertad de la persona en relación a su sexo, igual que se defiende esa misma libertad en el caso del aborto, de la esterilización, de la manipulación genética o de la fertilización in vitro, por poner algunos ejemplos. Por encima de todo se busca el control del sujeto sobre su propio cuerpo.

Los/as que sostienen que la intervención quirúrgica no es lícita, argumentan:

- La licitud de la operación de cambio de sexo no se puede defender aduciendo como razón la irreversibilidad del trastorno de género desde el punto de vista psicológico, ya que no es una irreversibilidad comprobada, algunos/as autores/as consideran que es posible recurrir a los métodos psicoanalíticos con ciertos resultados positivos, aunque

esto todavía hay que estudiarlo con más profundidad. Si se toma como hipótesis comprobada la de la irreversibilidad, el principio moral de la “terapeuticidad” exige condiciones precisas para que se pueda aplicar lícitamente la intervención como son, tener un cierto porcentaje de éxito; debe ser verdaderamente terapéutica, en el sentido que esté dirigida al bien de todo el físico, eliminando la parte enferma y debe remediar una situación actual no curable de otra forma y, por último, debe respetar el bien superior y moral de la persona. Estas condiciones no se verifican, según algunos/as profesionales, en muchos casos (de esto ya hablaré más adelante).

- La segunda razón que aducen quienes opinan que la base de la sexualidad, su componente prioritario y su determinación específica radican en la psique, es que el/la transexual tendría una conciencia que no coincide con los atributos físicos sexuales, y que por lo tanto la realidad corporal es la que tiene que adecuarse a la conciencia personal. En este contexto se habla de la diferencia entre “sexo” y “género”. El/la transexual tiene la conciencia un género que no coincide con el sexo corporal. Se pone en evidencia una visión antropológica y personalista de la sexualidad. Cuando hablan de “conciencia de género” se refieren a un concepto de conciencia psicológica que no coincide con la definición de conciencia moral, basada en la capacidad del intelecto humano para captar la verdad objetiva del propio ser y la norma objetiva del propio actuar. La sexualidad sigue siendo una tarea y una vocación y el crecimiento puede revelar casos patológicos. En tal caso, el remedio está en corregir, si es posible, lo que está desviado y no en suprimir lo que es difícil de armonizar, aunque represente la constitución orientadora del propio ser personal. Consideran que sí es objetivamente ilícito el comportamiento no conforme con el sentido específico de la sexualidad física, inducido por una fuerte tendencia psicológica, más grave es considerar que una intervención quirúrgica que busca cambiar el aspecto físico de la sexualidad para adaptarlo al impulso psicológico, es la solución.

Si nos vamos a la población médica, nos encontramos también con dos posturas enfrentadas:

- La primera posición, negativa con respecto a la intervención quirúrgica, se basa esencialmente en que en el caso del/la transexual no se puede aplicar el concepto de “terapeuticidad”, ya que el órgano en que se ejerce dicha intervención no está enfermo y no causa daño alguno al organismo; pero sobre todo se basa en que el resultado de la intervención consistiría en una verdadera y autentica “castración” del sujeto, es decir, se pierden las gónadas y el aparato reproductor interno, con la pérdida de la capacidad de procrear que existe, al menos potencialmente, en casi todos los sujetos.
- La segunda posición, positiva con respecto a la intervención, se apoya en una interpretación extensiva del concepto de terapéutica, aplicando el principio de totalidad. Los/as que apoyan esta postura justifican en algunos casos la operación, porque sería funcional para el bien de la persona globalmente considerada, incluida la salud psíquica.

El principio de “ética biomédica” de respeto a la autonomía de las personas, implica respeto al derecho de la persona a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Este respeto debe ser activo y no simplemente una actitud. Implica no solo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también en asegurar las condiciones necesarias para que la elección sea autónoma, minimizando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto.

Respetar la autonomía obliga a los/as profesionales a informar, buscar y asegurar la comprensión, la voluntariedad y a fomentar la toma de decisiones adecuadas.

El paradigma básico de la autonomía en la asistencia médica es el consentimiento informado. La competencia para tomar decisiones esta



íntimamente ligado con la toma de decisiones, autónoma y la validez del consentimiento. Toda persona autónoma es necesariamente competente para la toma de decisiones.

Un/a paciente es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material sobre determinado tratamiento o intervención, si es capaz de hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, de pretender alcanzar un determinado objetivo y de exponer sus deseos ante su médico.

Si el/la médico considera que su paciente es competente con relación a la definición antes expuesta, tiene, entonces, el deber de suministrarle toda la información necesaria y suficiente relacionada con el tratamiento de la transexualidad.

Desde el punto de vista médico, debo hablar de otro problema que se puede presentar. Existe un principio médico, el de “no maleficencia”, que establece el deber de no causar daño. Dicho principio da lugar a una serie de reglas morales específicas, entre ellas la de “no incapacitarás a otros/as”.

Esto es un problema, ya que en la operación de cambio de sexo, la extirpación de los órganos genitales ocasiona esterilidad, tanto en el hombre como en la mujer transexual.

Según este principio, si no existen expectativas razonables de obtener beneficios, cualquier dolor o inconveniente resultará excesivo, de manera que en estos casos existe para el/la médico la obligación de no intervenir (ya que existe maleficencia). Pero cuando hay expectativas razonables de obtener beneficios, a pesar de que existan perjuicios, y siempre que los primeros sean mayores que los segundos, es el/la paciente competente quien tiene derecho a decidir si se somete o no a ese tratamiento o intervención evaluando los beneficios e inconvenientes.

En la operación de cambio de sexo, existen expectativas razonables de obtener importantes beneficios de tipo psicológico, que justifican los perjuicios derivados de la extirpación de los genitales, de manera que no es posible sostener que esta operación no debería ser realizada basándose en el principio de maleficencia.

## **¿QUÉ DICE LA LEY ESPAÑOLA SOBRE LA TRANSEXUALIDAD?**

Actualmente se está escribiendo una nueva ley para los/as transexuales, como hay muy pocos datos sobre dicha ley voy a comentar y describir lo que dice la actual ley sobre la transexualidad.

El Tribunal Supremo define la transexualidad como “una operación quirúrgica que ha dado como resultado una morfología sexual artificial de órganos externos e internos practicables similares a los del sexo femeninos, unidos a otros caracteres” [cfr. Sts 2 julio 1987 (J. Civ., 1987, núm. 436)], tales como “el irresistible sentimiento de pertenencia al sexo contrario, rechazo del propio y deseo obsesivo de cambiar la morfología sexual” [cfr. Ssts 2 julio 1987 (J.Civ., 1987, núm. 436); 15 julio 1988 (J.Civ., 1988, núm. 607), 19 abril 1991 (J. Civ., 1991, núm. 287)].

El fenómeno de la transexualidad obliga a replantear cuál debe de ser el último criterio para la determinación legal del sexo de las personas.

En la actualidad se considera que el sexo es una noción compleja dentro de la cual es posible distinguir diversos elementos o componentes: cromosómico (o genético), anatómico, hormonal y psicológico (o psicosocial); de todos, sólo el primero es inmutable, viniendo determinado por el nacimiento. La regla general es que todos los componentes del sexo coincidan en una misma dirección.

El problema se plantea cuando existe una disociación entre el sexo cromosómico y aquél que la persona siente como propio (el psicológico), pretendiendo el/la transexual (que se ha sometido a intervenciones quirúrgicas) el reconocimiento jurídico del pretendido cambio de sexo mediante la pertinente rectificación en el Registro Civil, el derecho al cambio de nombre e, incluso, el derecho a contraer matrimonio.

Hay dos opciones:

- De optar por el criterio cromosómico, el/la transexual podría, quizás, ver reconocido/a el derecho a cambio de nombre, bien por razones de “pietas” (es decir, para evitarle sufrimientos psicológicos, como consecuencia de la falta de concordancia entre el nombre y el sexo con el que se presenta ante la sociedad), bien para tutelar su derecho a la intimidad (evitando que la discordancia entre el sexo cromosómico y el psicológico se haga patente a terceros). Sin embargo, parece que, inexorablemente, habría que negarles el derecho a contraer matrimonio, ya que no existiría el requisito de la diversidad de sexos de los contrayentes.
- Si, por el contrario, se optara por dar preponderancia al componente psicológico, habría que concluir que la transexualidad podría operar un cambio real de sexo. Desde esta perspectiva, sería inevitable el reconocimiento al/la transexual del derecho a contraer matrimonio. Dicho matrimonio sería válido, si se tiene en cuenta que en las modernas legislaciones civiles la procreación no es un fin del matrimonio.

Hay algunos países europeos que incluyen los procesos de cambio de sexo entre las prestaciones gratuitas o semigratuitas de sus sistemas de sanidad pública. Algunos regulan diversos aspectos del cambio de nombre y sexo en los documentos de identidad. También el Parlamento Europeo aprobó en 1989 una Resolución en la que se pedía a los estados miembros que hicieran un esfuerzo por acabar con la marginación que sufren las personas transexuales. Esfuerzo que han hecho muy pocos países.

Hablando de nuestro país, Andalucía aprobó en febrero de 1998 la inclusión de las operaciones de cambio de sexo entre las prestaciones gratuitas del Servicio Andaluz de Salud. En el País Vasco se ha presentado en el Parlamento una proposición por parte de Ezker Batua para conseguir esto mismo y adoptar una serie de medidas que acaben con las marginación de los/las transexuales, proposición que fue aprobada parcialmente, sufriendo un importante recorte mediante una enmienda, finalmente aprobada, presentada por los partidos del gobierno.

Pero no sólo se trata de la gratuidad de los procesos completos de cambio de sexo. Algo muy importante para las personas transexuales es conseguir el cambio de nombre y sexo en su partida de nacimiento, en su carné de identidad, en todos sus papeles, aún antes del cambio quirúrgico. Lo contrario genera discriminación social, marginación laboral y frustración personal.

En 1983 se despenaliza la operación de cambio de sexo, en 1987 el Tribunal Supremo reconoce el derecho de un/a transexual a cambiar de sexo, considerando que el género prevalece sobre el sexo. Después del cambio de sexo se solicita al juez el cambio de nombre y sexo en los documentos legales, si el juez lo estima oportuno se anota estos cambios en la partida de nacimiento, sin que desaparezcan el nombre y sexo originales. No se acepta ni la adopción, ni la pensión de viudedad, derecho al matrimonio, etc....

Las diferentes asociaciones de transexuales piden lo siguiente:

- Tratamiento integral.
- Gratuidad de los procesos completos en todo el Estado.
- Derecho de asilo por persecución trans.
- Adopción.
- Matrimonio.
- Cambio de nombre y sexo en el Registro Civil y en toda la documentación oficial identificativa mediante un procedimiento administrativo.
- Pronunciamiento contra la discriminación.

- Campañas de formación e información.
- Apoyo a la inserción laboral.
- Módulos apropiados en las cárceles.
- No a los criterios de: requisito de mayoría de edad, soltería, esterilización, nacionalidad española.

## ¿QUÉ DICEN LAS LEYES DE OTROS PAISES CON RELACIÓN A LA TRANSEXUALIDAD?

### ITALIA:

La ley italiana del 14 de abril de 1982, n. 164, admite, claramente, que la transexualidad puede operar un cambio de sexo. Así, el art. 3 de dicha ley permite la rectificación de la mención registral del sexo.

En consecuencia, el matrimonio contraído por el/la transexual, posteriormente a la sentencia de rectificación, es válido. Sin embargo, es también legítimo en la doctrina italiana la tesis, según la cual, si el otro/a contrayente, al tiempo de prestar el consentimiento, desconocía que su futuro/a marido o mujer era un/a transexual, puede solicitar la nulidad del matrimonio por error en cualidad personal, al amparo del art. 122 C.c.it., III.1º.

### ALEMANIA:

La ley alemana de 10 de diciembre de 1980 ofrece dos soluciones diversas. Por un lado, la llamada “Kleine Lösung”, que se sustenta en un mero cambio de nombre. Por otro lado, la gran solución, que supone un cambio oficial de sexo, con el consiguiente reconocimiento del “ius connubii” respecto de personas pertenecientes a su sexo originario, lo que sólo es posible mediante el cumplimiento de ciertos requisitos (incapacidad para procrear, irreversibilidad de la nueva situación, modificación de los caracteres sexuales

externos en un individuo mayor de edad y transcurso de un plazo mínimo de tres años en tal situación).

### **FRANCIA:**

En Francia la transexualidad no está regulada por la ley. En un primer momento, la Corte de Casación gala consideró que la transexualidad no podía dar lugar a la mutación del sexo originario, por lo que excluyó la posibilidad de que los/as transexuales pudieran obtener la rectificación registral de la mención de sexo y el consiguiente cambio de nombre [cfr. “arrêt” 21 mayo 1991 (D., 1991, p. 169)]. Obviamente, de tal jurisprudencia se desprende que los/as transexuales tampoco tienen derecho al matrimonio.

Posteriormente, la Asamblea plenaria de la Corte de Casación, en dos sentencias de 11 diciembre 1992 (J.P.C., 1993, II, 21991) ha cambiado radicalmente de orientación, admitiendo, basándose en el respeto a la vida privada, la posibilidad de modificar el estado civil, como consecuencia de la metamorfosis terapéutica del/la transexual. Lo que es interpretado por un sector de la doctrina gala en el sentido de que el/la transexual (que ha obtenido el reconocimiento oficial del cambio de sexo) tiene derecho a contraer matrimonio, aunque anulable por error en cualidad esencial si el otro contrayente desconocía su condición de transexual.

### **ARGENTINA:**

En Argentina, la “transformación quirúrgica de los genitales” en el ámbito penal constituye un delito de lesiones gravísimas, ya que en una operación mutilante de cambio morfológico de los genitales debe mediar la extirpación o modificación de los mismos. “Si la lesión produce un daño corporal o de la capacidad de engendrar o concebir”; Art. 91 del Código Penal, aunque existiera

consentimiento del individuo o de allegados, el mismo carece de validez debido a que la víctima recibirá lesiones que no tienen un fin terapéutico.

## **CONCLUSIONES FINALES**

La cuestión transexual es uno de los temas más polémicos que existen dentro del mundo de la salud y de cara a la opinión pública. Según mi opinión esto es así porque los/as transexuales rompen con conceptos tan inamovibles hasta ahora como son los de “género” y “sexo”.

En el pasado todo estaba muy claro, si tenías pene eras niño y si tenías vulva eras niña, con lo que eso significa, es decir, educación diferenciada, forma de relación diferente, etc., pero, ahora, ya no está tan claro, gracias a los/as transexuales nos hemos dado cuenta que los genitales no son la clave para determinar nuestra identidad de género, no es algo físico lo que nos dice si somos chicos o chicas, sino, que es algo más sutil, es algo más “psicológico”.

Cuando oigo a la gente decir que los/as transexuales se “inventan” lo que les pasa, es decir, que es mentira que se sientan del otro sexo, me pregunto si alguien en su sano juicio pasaría por todo lo que tienen que pasar estas personas; hormonación, prueba de vida real, operación con todos los riesgos que conlleva, postoperatorio con todos los efectos secundarios, etc., sin mencionar la marginación a la que están expuestos/as; simplemente por un capricho, yo realmente lo dudo mucho.

Creo que lo más importante para entender el sufrimiento de estas personas, es hablar con ellas/ellos, es escuchar por todo lo que han pasado y porque hacen lo que hacen, que nos expliquen sus sentimientos, sus ilusiones, sus aspiraciones en la vida, creo que hay que darles la oportunidad de que ellos/as, los/as verdaderos/as protagonistas de toda esta historia hablen con sus propias voces y de sus propias vidas.

Por último, me gustaría hacer una reflexión, ¿quiénes somos cada uno de nosotros/as para decirle a nadie que es hombre o mujer, cuando ellos/as lo tienen tan claro?, ¿Qué derecho tenemos a imponer a nadie como tiene que



vestir, como tiene que relacionarse, etc., en definitiva, como tiene que vivir su vida?, ¿nos gustaría que nos lo hicieran a nosotros/as?.