

Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales.

An approach to socio-demographic reality of transsexuals.

María Fernández^a y Elena García-Vega^b

^a Psicóloga clínica. Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (U.T.I.G.P.A.). Hospital San Agustín de Avilés y Centro de Salud Mental I “La Magdalena”.

^b Profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo.

Resumen: La transexualidad es un fenómeno universal y natural consustancial a la condición humana que, sin embargo, ha sido tratado como una “enfermedad”. En este artículo pretendemos acercarnos un poco más al conocimiento de esta realidad. Específicamente analizamos algunas diferencias sociodemográficas entre 19 transexuales femeninas (TF) y 14 transexuales masculinos (TM) que han realizado una demanda por disforia de género en la Unidad del Principado de Asturias. Los resultados establecen que la razón por género sentido es de 1,36 a favor de las TF. La media de edad es superior en las TF. La mayoría de la muestra son españoles, tienen estudios primarios y realizan trabajos de baja cualificación. Mientras que ningún TM se dedicaba o se había dedicado a la prostitución, más de la mitad de las TF si lo habían hecho y por último, realizaron el cambio registral un 27,7%, correspondiéndole el mayor porcentaje a los TM (35,7%).

Palabras clave: Transexualismo, trastorno de la identidad de género, disforia de género.

Abstract: The transsexuality is a universal and natural phenomenon and inherent in the human condition. The purpose of this study is to analyze some socio-demographic variables of a sample of 19 female transsexuals (FT) and 14 male transsexuals (MT) who have made a claim for gender dysphoria at the Principado de Asturias Unit. The outcomes state that the felt gender ratio goes 1.36 in favor of FT. In spite of the mean age being superior in FT, both MT and FT pursue assistance from UTIGPA at early ages. They are mostly born in Spain, have attended primary school, and they actually work in low qualification jobs. Whereas no MT was involved or had ever involved in prostitution, more than half of our FT did. Finally, 27.7% of FT pursued and achieved registry sex change, being the highest change rate for MT (25.7%).

Key words: Transsexuality, Gender identity disorder, gender dysphoria.

Introducción

Si cada sociedad fuese el producto de cómo ha tratado a las personas con disforia de género, la nuestra quedaría bastante mal parada. Dentro del modelo biomédico occidental, la transexualidad es considerada como una “enfermedad”, en un paradigma sexo/género digital, que corresponde a categorías dimórficas y duales: hombre/mujer,

normal/desviado (1). Sólo recientemente este daño puede estar reparándose al ir permitiéndoles formar parte de nuestra sociedad como personas “dignas” y con plenos derechos y no como pervertidos o delincuentes objeto de persecución y rechazo. El desarrollo de las identidades de género se ve impactado por el sistema de creencias que predominan en una sociedad, aludiendo a la importancia

que cobra la cultura y el periodo histórico determinado (2). Ahora bien, el sistema sexo/género digital es manifiesto en las personas con disforia de género cuya máxima obsesión es adecuar su cuerpo al género con el que se identifican, perpetuando de este modo el dimorfismo sexual.

La transexualidad se manifiesta en ambos sexos. En la nomenclatura psiquiátrica y psicoanalítica tradicional se llama Transexual Masculino a una persona nacida biológicamente varón y Transexual Femenino a una persona nacida biológicamente mujer. Sin embargo en la presente investigación, nos hemos apropiado de las definiciones utilizadas por las propias asociaciones y colectivos de transexuales, como por ejemplo la Federación Estatal de Lesbianas, Gays y Transexuales (FELGT), que invierten totalmente los términos anteriores. Otros investigadores y estudiosos del tema contemporáneos tratan de evitar las posibles confusiones utilizando la terminología completa, transexual de hombre a mujer (HaM), para referirse a aquella persona que “es anatómicamente varón, pero interiormente se considera mujer” y transexual de mujer a hombre (MaH), a la persona que “es anatómicamente mujer pero muestra actitudes, conductas y aficiones típicamente masculinas” (3).

A lo largo de la investigación cuando hagamos referencia a los hombres transexuales los denominaremos Transexuales Masculinos (TM), refiriéndonos a una persona nacida biológicamente mujer (con genitales femeninos), pero que piensa, siente y actúa como un hombre. Su trato se hará en masculino como a los demás hombres. Igualmente cuando hagamos referencia a las mujeres transexuales, las denominaremos Transexuales Femeninas (TF), su trato se hará en femenino como a las demás mujeres.

No existen muchas investigaciones sobre las características sociodemográficas de este colectivo, exponemos a continuación algunas de ellas relacionadas con las variables estudiadas. Así, respecto de la razón de la demanda, en el Hospital Clinic de Barcelona (4) y en el Hospital Carlos Haya de Málaga (5), obtienen una razón de 2,5 y 2,4 respectivamente a favor de las TF y además, ambas coinciden con los datos obtenidos en Holanda (6). Datos de otras investigaciones tienden a disminuir e incluso igualar esta diferencia. Mientras que en países europeos, USA y Singapur, tam-

bién se mantiene la proporción entre dos o tres TF por cada TM (7,8), otros estudios internacionales como las llevadas a cabo en Alemania, Bélgica y Canadá (7) demuestran que la predominancia de las TF sobre los TM es cada vez menor (1,2-1,7/1).

Estudios españoles (4,5) obtienen que la edad media a la que solicitan consulta las personas transexuales es ligeramente mayor que en otros países europeos (9,10,11). Así, por ejemplo el estudio llevado a cabo en Barcelona (4) obtiene que la media a la que acuden por primera vez solicitando atención fue de 29,8 años para las TF y de 26,34 años para los TM, siendo la edad media de petición de consulta 28,07.

Datos españoles ponen de manifiesto porcentajes relevantes de personas transexuales procedentes de otros países (4), incrementándose estos valores, en investigaciones suecas u holandesas (12, 8, 13).

La formación académica y el desempeño posterior de un puesto de trabajo son pilares básicos de nuestra sociedad que alimentan la dignidad de la persona. La Constitución Española (1878) recoge en el artículo 27 y 35 respectivamente, el derecho a la educación y al trabajo sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo.

Utilizando el término de trastorno de la identidad de género en vez de transexualismo, el DSM-IV-TR (2000) (14), establece que “los adultos con trastorno de la identidad de género muestran el deseo de vivir como miembros del otro sexo”. De manera precisa estos son los cuatro criterios del DSM-IV-TR:

- Identificación acusada y persistente con el otro sexo.
- Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.
- La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.
- La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Las investigaciones ponen de manifiesto que el nivel de estudios en la población transexual suele



ser menor que en la población general, obteniendo la mayoría de estas personas estudios medios (15). Estos resultados coinciden con las investigaciones llevadas a cabo en nuestro país (4, 16) donde concluyen que las personas transexuales alcanzan sobre todo estudios primarios y los primeros cursos de la enseñanza secundaria. Esto no nos sorprende debido a las dificultades que tienen las personas con disforia de género para integrarse en el ámbito escolar. Prácticamente todas los sujetos de nuestra muestra recuerdan su paso por la escuela como “un infierno”. Las actitudes no siempre comprensivas del profesorado junto con las burlas y los insultos de los propios compañeros, dificultan el aprendizaje y en ocasiones, provocan el abandono de los estudios. Una investigación llevada a cabo en Andalucía con adolescentes puso de manifiesto que el 35% había abandonado la escolarización (17).

Con un bajo nivel de escolaridad y en un contexto socio-laboral bastante tipificado sexualmente, las personas transexuales se enfrentan a situaciones duras de adaptación y exclusión social. Estudios españoles (4, 18) e internacionales (15) ponen de manifiesto que las personas transexuales mayoritariamente alcanzan empleos de baja cualificación laboral y que los TM alcanzan mayor nivel de cualificación laboral (4) y mejor integración socio-laboral que las TF (19, 11, 20). La situación de exclusión social que sufre este colectivo se manifiesta fundamentalmente en las TF. Investigaciones españolas establecen que el 33,3% de las TF han trabajado en el espectáculo sexual o en la prostitución (4) y otras de ámbito internacional también han concluido que un tercio de las personas transexuales declaran haber estado relacionadas (en el presente o pasado) con el negocio de la prostitución o comercio sexual (21).

Tanto las TF como los TM expresan las grandes dificultades que tienen para encontrar trabajo aunque sea de baja cualificación laboral, llegando incluso a no presentarse a una demanda de empleo por miedo a ser rechazados. Su imagen corporal, en muchas ocasiones ya no da cuenta del nombre que se le ha puesto al nacer, y el descubrimiento de esta disonancia no suele ser bien aceptada por los contratantes. La antropóloga Margaret Mead (1961) (22), nos recuerda que en todas las sociedades conocidas la humanidad ha

elaborado la división biológica del trabajo entre los dos sexos.

La “Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas” (23), reconoce el derecho de las personas transexuales a cambiar su sexo legal y que éste se corresponda con la identidad que reclaman como propia. Esto supone que en todos sus documentos oficiales va a constar un nombre, elegido por ellas y que se corresponde con el género sentido. Para llevar a cabo esta modificación deben cumplir unos requisitos (informes médicos y psicológicos), pero no es necesario que tengan realizada la cirugía genital.

El protocolo del proceso transexualizador que tiene más aceptación general entre los distintos equipos de tratamiento está basado en los estándares propuestos desde la década de los 80 por la Asociación Internacional de Disforia de Género “Harry Benjamin”, que recomienda la terapia triádica (psicológica, hormonal y quirúrgica), marcando criterios específicos de elegibilidad y adicionales de disposición de obligado cumplimiento tanto para la terapia hormonal como quirúrgica (24,25).

Para aplicar la terapia hormonal y realizar la cirugía genital y mamaria en personas transexuales adultas, se contempla la realización de la experiencia de la vida real como uno de los criterios de elegibilidad. Para tener acceso a la terapia hormonal se da la opción de haber realizado un periodo de psicoterapia o documentar que realiza la experiencia de la vida real al menos tres meses antes de empezar con la administración de hormonas y para realizar la cirugía (genital o mamaria), establece el cumplimiento de doce meses de exitosa y continua experiencia de la vida real a tiempo total.

Hablamos de experiencia de la vida real para referirnos al hecho de que las personas transexuales adopten en la vida cotidiana los roles propios de la identidad de género con la que se identifican. Este movimiento suele tener consecuencias no deseables en los distintos ámbitos donde la persona se desenvuelve. Por tanto, la decisión de cuándo y cómo comenzar la experiencia de la vida real debe ser de la persona implicada pese a las recomendaciones de vivir de

acuerdo al género sentido como paso previo a la terapia hormonal y sobre todo a la quirúrgica.

El objetivo de esta investigación será analizar algunas variables socio-demográficas de una muestra de transexuales, y ver si existen diferencias en estas variables entre transexuales femeninas (TF) (de hombre a mujer) y transexuales masculinos (TM) (de mujer a hombre) que han realizado una demanda por disforia de género en la Unidad de Tratamiento de Identidad de género del Principado de Asturias (UTIGPA).

Método

Participantes

La muestra estudiada está compuesta por 19 Transexuales Femeninas (TF) y 14 Transexuales Masculinos (TM) que solicitan consulta en la UTIGPA por manifestar una identidad de género discordante con su sexo biológico y demandan iniciar o continuar (ya que algunos ya han iniciado tratamientos feminizantes o masculinizantes) un proceso de reasignación de sexo (CRS) como forma más adecuada de resolver su conflicto de identidad y mejorar su calidad de vida. La selección de los sujetos se realizó tras ser diagnosticados de transexualismo según los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV-TR y cumplir los estándares asistenciales de la Asociación Internacional de Disforia de Género "Harry Benjamin" (24,25). Ninguna persona ha realizado cirugía de reasignación genital completa (sólo un caso ha realizado una orquiectomía) aunque varios de ellos están propuestos y en lista de espera para realizar una genitoplastia. El rango de edad estaba entre los 16 y los 79 años.

Instrumentos

Además de la entrevista clínica, dentro del protocolo de evaluación, se realizan dos entrevistas estructuradas (26) que tienen como finalidad la recopilación tanto de datos socio-demográficos como apoyo en el diagnóstico del trastorno de Identidad de género. Los datos relativos a las variables objeto de estudio han sido extraídos de dichos cuestionarios.

Procedimiento

La selección de los sujetos se realizará mediante muestreo consecutivo en los dos primeros años de funcionamiento de la UTIGPA. Son descarta-

dos otros trastornos de identidad de género o aquellas personas que, aún cumpliendo criterios diagnósticos, presenten comorbilidad psiquiátrica asociada grave.

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

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0. Se realizaron análisis descriptivos para obtener los porcentajes de la variable, tanto de la muestra total como de las submuestras. El tamaño de la muestra no permite la ejecución correcta de los estadísticos de prueba en muchas de las variables, cuando procedió se utilizó la prueba U de Mann Whitney y chi-cuadrado para comparación de grupos. El nivel de significación en estos casos fue $p < 0,05$.

Resultados

Del total de la muestra (N=33), 19 son Transexuales Femeninas (TF) (57,58%) y 14 son Transexuales Masculinos (TM) (42,42%). La razón por género sentido entre los dos grupos, TF/TM, es de 1,36 TF por cada TM (1,36/1).

El rango de edad está entre los 16 y los 79 años. La edad mínima en las TF es de 16 años y casi similar a la de los TM que es de 17 años. La edad máxima de las TF es de 79 años frente a los 45 como edad máxima de los TM.

La edad media para la muestra total es de 33,69 años (D.T.= 12,6). La edad media para las TF es de 38,42 años (D.T.=13,35) y para los TM es de 27,28 (D.T.=9,13). Hay diferencias significativas entre ambos grupos de edades (U de Mann Whitney = 62,500, $p = 0,010$).

La UTIGPA es centro de referencia para toda la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias y por lo tanto se supone que todas las personas viven en dicha comunidad. Nos ha parecido más interesante tener en cuenta su país de procedencia. Para ello hemos hecho tres grandes grupos: España, Latino América y Centro Europa.

La mayor parte de la muestra, es decir diecisiete personas, son nativos de España (81,8%) (ver tabla 1).

Tabla 1. Porcentajes de las variables tipo de transexualidad, país de procedencia y nivel de estudios

Variables	TF		TM		Totales	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tipo de Transexualidad	19	(57,58)	14	(42,42)	33	(100)
País de procedencia España	16	(84,2)	11	(78,6)	27	(81,8)
País de procedencia Latino América	3	(15,8)	2	(14,3)	5	(15,2)
País de procedencia Centro Europa	0	(0)	1	(7,1)	1	(3,0)
Nivel de estudios Primarios	12	(63,2)	7	(50,0)	19	(57,6)
Nivel de estudios Secundarios	6	(31,6)	4	(28,6)	10	(30,3)
Nivel de estudios Universitarios	1	(5,3)	3	(21,4)	4	(12,1)

Tanto las TF (63%) como los TM (50%) han cursado prioritariamente Estudios Primarios (ver tabla 1). Para el análisis estadístico de esta variable, se ha aglutinado en dos categorías, por un lado Estudios Primarios y por otro lado, Estudios Secundarios y Universitarios. Aunque no se encontraron diferencias significativas (chi cuadrado= 0,571, g.l.= 1, p= 0,450), observamos que con respecto a los estudios universitarios, la tendencia apunta hacia un mayor nivel educativo en los TM.

El mayor porcentaje corresponde a personas con una baja cualificación laboral (39,4%), de las cuales el 47,4% corresponde a las TF y el 28,6% a los TM. Obtienen un porcentaje del 10,5% las TF y un 21,4% los TM en puestos de media cualificación, no encontrándose ninguna persona del grupo que esté desempeñando una actividad laboral considerada de alta cualificación. El análisis entre personas de baja cualificación y media no es es-

tadísticamente significativo (chi cuadrado= 1,298, g.l.= 1, p= 0,255). El número de personas que está en paro también es considerable (24,2%), siendo el 26,3% en las TF y el 21,4% en los TM. Los estudiantes son el 15,2%, por lo que es mayor el número de TM que estudian (28,6%), frente a solo el 5,3% de TF. Mientras que ningún TM está jubilado o es pensionista, el 10,5% de las TF está en esta situación laboral, aunque la tendencia es que los TM estén más en el circuito laboral o que aún tienen el estudio como trabajo, y que han conseguido trabajos algo más cualificados que las TF. El análisis de estas categorías no puede realizarse debido al tamaño de la muestra.

Hemos intentado evaluar su estado civil, considerando con quién conviven habitualmente, dado que esta es su principal red de apoyo social. Sólo un 24,2% de ellos viven en pareja, y en igual proporción el TF y el TM (tabla 2).

Tabla 2. Porcentajes de la variable convivencia

Variable Convivencia	TF		TM		Totales	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pareja	4	(21,1)	4	(28,6)	8	(24,2)
Familia de origen	4	(21,1)	4	(28,6)	8	(24,2)
Familia extensa	1	(5,3)	2	(14,3)	3	(9,1)
Amigos/compañeros	0	(0)	2	(14,3)	2	(6,1)
Prisión	3	(15,8)	0	(0)	3	(9,1)
Solo	7	(36,8)	2	(14,3)	9	(27,3)

Un 30,3% manifiestan que se dedican o se han dedicado a la prostitución y la mayoría de las

personas transexuales no habían realizado el cambio registral (72,7%) (tabla 3).

Variables	TF		TM		Totales	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Prostitución SI	10	(52,6)	0	(0)	10	(30,3)
Prostitución NO	9	(47,4)	14	(100)	23	(69,7)
Realizó cambio registral SI	4	(21,1)	5	(35,7)	9	(27,3)
Realizó cambio registral NO	15	(78,9)	9	(64,3)	24	(72,7)

Discusión y conclusiones

En nuestro trabajo solamente una parte de la demanda que pidió consulta en la UTIGPA está siendo objeto de estudio, por lo tanto, la razón obtenida no será la razón de la demanda vista y diagnosticada de transexualismo. A pesar de esta importante limitación, podríamos permitirnos hacer alguna extrapolación respecto a la predominancia de un grupo sobre otro.

Mientras otras investigaciones de ámbito nacional e internacional (4-6) obtienen mayores diferencias, en nuestra muestra, la razón por género sentido es de 1,36 a favor de las TF. Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones que obtienen una tendencia que iguala la proporción de TF y TM que piden consulta en las unidades especializadas (7,8). Probablemente, que hubiera una proporción mayor a favor de las TF solo demostraría que acuden con más frecuencia a los centros de tratamiento y no que hubiese una población mayor de TF.

Posiblemente estemos entrando en una era donde la apertura y tolerancia social estén permitiendo por igual a las TF y a los TM pedir ayuda. La asequibilidad y proximidad de los recursos asistenciales favorece su utilización y aunque los TM parece que pasan más desapercibidos y en consecuencia tienen menos presión social y menos necesidad de adecuar su cuerpo al género sentido, no excluye, aunque sus demandas sean distintas, la conveniencia de ser atendidos en los centros especializados. Además, esta proporción puede estar igualándose porque cada vez más,

las TF están en el circuito asistencial y no producen esa eclosión de la demanda al ponerse en marcha una unidad de tratamiento.

La edad que hemos tenido en cuenta en nuestro análisis ha sido la que tenían las personas transexuales en los dos primeros años de funcionamiento de la UTIGPA, por este motivo, puede ser considerado también un índice aproximado de la edad en que solicitan consulta. En nuestro estudio la edad media de las TF (38,42 años) es significativamente superior a la de los TM (27,28 años). Estos resultados coinciden solo en parte con los obtenidos en el Hospital Clinic de Barcelona (4). Mientras que nuestro grupo de TM obtiene una media de edad parecida, las TF obtienen una media de edad superior, lo que hace ascender la media de edad para ambos grupos. Las hipótesis que tenemos al respecto son: en primer lugar, que con la puesta en marcha de la Unidad comenzaron a llegar un grupo de TF que necesitaban asistencia porque ya estaban siendo tratadas de forma aislada por distintos especialistas (fundamentalmente psicólogos, psiquiatras o endocrinos) o porque realizaban autotratamientos y además ya habían realizado algún tipo de cirugía o tratamiento estético feminizante. Esta población de más edad y con experiencia desde hacía años, nosotros las denominamos “históricas”. En segundo lugar, observamos que la edad máxima de las TF (79 años) es superior a los TM (45 años), si eliminamos a esta persona que se desvía de forma importante de la muestra, la media de edad sería para las TF, 36,16 (16-52 años) y se aproximarían

algo más a la edad de los TM, aunque sigue habiendo importantes diferencias.

Aunque la media de edad es superior en las TF, tanto TF como TM hacen uso de la UTIGPA a edades tempranas (16 y 17 años). La edad a la que acuden, posiblemente sea una de las variables que más se modifique en el futuro. Lo que sí parece coincidir es que tanto en los estudios nacionales (4, 5, 16), como en el nuestro, la edad media a la que solicitan consulta es ligeramente mayor que en otros países europeos (9-11). Posiblemente el motivo sea la escasez de recursos sanitarios. Cuando finalmente son atendidos y entran en las estadísticas ya tienen un largo recorrido y, en consecuencia más edad.

Nuestros datos revelan que la mayor parte de las personas transexuales son nativas de España y además, con porcentajes similares para el grupo de TF y de TM. Por el contrario, los estudios españoles realizados desde la perspectiva de análisis de la demanda, han obtenido porcentajes relevantes de personas transexuales procedentes de otros países (4), incrementándose estos valores, en investigaciones suecas u holandesas (8, 12, 13).

Aunque nuestra investigación no contempla un análisis de la demanda y además, no incluye a toda la población transexual que ha pedido consulta en la UTIGPA, hemos empezado a observar que se están incrementando el porcentaje de personas transexuales procedentes sobre todo de Latinoamérica.

En las evaluaciones se hace explícita la gran persecución y rechazo de la que son víctima en sus países de origen y que junto a la mala situación económica que padecen, les lleva a tomar la determinación de emigrar.

En nuestra investigación, aunque explícitamente no hemos tenido en cuenta el abandono de la escolarización, si observamos que tanto las TF (63%) como los TM (50%) han realizado prioritariamente estudios primarios. Estos resultados son equivalentes a otros llevados a cabo en nuestro país (4). Aunque nosotros hemos incluido los que estaban realizando estudios universitarios sin haberlos finalizado aún, nuestros datos son bastante similares a esta investigación nacional y a otras internacionales, que obtienen que la mayoría de

las personas transexuales tiene estudios medios (15), y que sólo un 9% de las TF y un 13% de los TM alcanzan estudios universitarios (12).

Al igual que en estudios nacionales (4, 16, 18) el mayor porcentaje de nuestra muestra corresponde a personas con una baja cualificación laboral, de los cuales el 47,4% corresponde a las TF y el 28,6% a los TM. El porcentaje total de personas que trabaja es de 54,6%, y se acerca bastante a otros estudios que sitúan la ocupación laboral entre el 60 y el 70% (12), siendo además de baja cualificación (15). Ninguna persona de nuestra muestra desempeña una actividad laboral de alta cualificación, al igual que en los datos del Hospital Clinic de Barcelona (4) donde el grupo de TM mantenía significativamente una cualificación profesional más elevada. Nosotros encontramos que los TM presentan ligeramente un mayor grado de cualificación laboral, que están menos en paro y además un número considerablemente mayor está estudiando, mientras que las TF están más en paro o jubiladas. Parece que son los TM los que se mantienen más en el circuito laboral y formativo. Con respecto a estos resultados, los distintos estudios se contradicen, mientras que en población holandesa, americana y china encuentran que la integración socio-laboral es mejor en los TM (19, 20) otros estudios belgas y suecos no encuentran estos resultados (12, 27).

El apoyo social es muy importante en el proceso de cambio de sexo, es uno de los mejores predictores de satisfacción postquirúrgica. En nuestra muestra los porcentajes de personas que conviven con pareja o que conviven con familia son similares para los TF y los TM, otros estudios señalan que hay el doble de TM que de TF que tienen pareja estable (61,5% frente a 30,8%) (28). La uniformidad de la muestra en nuestro caso puede deberse a diferentes causas, por una parte el tener pareja no implica convivir con ella, y por otra ninguna persona había realizado la genitoplastia, que parece ser un factor que influye en una mayor estabilidad en las relaciones de pareja (29). En todo caso, son los TF quienes muestran un porcentaje mayor de vivir solos, o estar en instituciones penitenciarias.

Mientras que ningún TM se dedicaba o se había dedicado a la prostitución, más de la mitad de las TF sí lo habían hecho (52,6%). Cuando tenemos

en cuenta los resultados globales de los dos grupos (TF y TM) el porcentaje es del 30,3%, coincidente con otras investigaciones nacionales que obtuvieron que el 33,3% de las TF han trabajado en el espectáculo sexual o en la prostitución (4), o internacionales donde también un tercio de las personas transexuales declaran haber estado relacionadas (en el presente o pasado) con el negocio de la prostitución o comercio sexual (21).

Del 27,7% que si realizó el cambio registral, el mayor porcentaje le correspondió a los TM (35,7%) frente a un 21,1% de las TF. Probablemente esta diferencia se deba a que los TM llevaban más tiempo con tratamientos hormonales prescritos por algún facultativo, facilitando el cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley. El cambio registral favorece la experiencia de la vida real, por lo tanto, esta ley evita, en gran medida, la exclusión social en todos los ámbitos de su vida y muy especialmente en el mundo laboral. Hay pues algunas variables diferenciales, a saber, el bajo nivel de estudios y de cualificación laboral de las TF, junto con el rechazo y la falta de apoyo socio-familiar conlleva a estilos de vida cada vez más marginales y de mayor riesgo de exclusión social. Los TM socialmente pasan más desapercibidos y la actitud de rechazo por parte del entorno socio-familiar es mucho menor. Todo esto, junto con su mejor nivel formativo y laboral, amplía sus opciones para ganarse la vida sin tener que recurrir a la prostitución.

Las personas transexuales declaran que una de las situaciones que les producen más estrés es la presentación de documentos oficiales cuando

así lo requiere alguna situación como por ejemplo enseñar el D.N.I., el carnet de conducir o la tarjeta sanitaria. Esta disonancia entre la información que consta en los papeles y su apariencia física provoca gran sorpresa en el receptor y en las personas transexuales desencadena sentimientos de malestar e incluso de vergüenza. De nuevos son las TF las que menos se adecuan a esta variable.

Finalmente, en las entrevistas de evaluación y psicoterapéuticas queda constancia de que ninguna de las TF que se dedica (o se dedicó) a la prostitución ha sido como elección propia, por el contrario, se ven abocadas a ejercer esta actividad como único medio de subsistencia, que en ocasiones alternan con trabajos de baja cualificación y en malas condiciones laborales.

Dentro de las limitaciones del estudio cabe destacar que el reducido tamaño de la muestra no nos ha permitido realizar análisis estadísticos más específicos y además, al haber sido seleccionada por muestreo consecutivo y no de forma aleatoria, no se pueden generalizar los resultados a la población transexual.

Confiamos que en un futuro próximo, cuando se haga extensible en el territorio español la asistencia a las personas transexuales, el perfil tanto socio-demográfico como clínico se vea modificado contribuyendo a la disminución de la estigmatización y de la marginalidad y favoreciendo, por tanto, la normalización y la integración social de este colectivo.

Contacto

María Fernández Rodríguez
C/ Valdés Salas, nº 4 • 33400 Avilés • Asturias
maria.fernanezr@sespa.princast.es • Tel. 985 547 166

Elena García-Vega
Plaza Feijoo s/n • 33003 Oviedo • Asturias
elenagv@uniovi.es • Tel. 985 104 178

- Recibido: 17/12/2013.
- Aceptado: 15/01/2014.



Referencias bibliográficas

1. Gómez Suárez A. Los sistemas sexo/género en distintas sociedades: modelos analógicos y digitales. *Rev Esp Invest Sociol* 2010; 130, 61-96.
2. Rocha-Sánchez TE y Díaz-Loving R. Desarrollo de una escala para la evaluación multifactorial de la identidad de género en población mexicana. *Rev psicol Soc* 2011; 26(2), 191-206.
3. Gómez Gil E, Esteva I y Bergero T. La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto. En E. Gómez Gil e I. Esteva (eds.). *Ser transexual*. Barcelona: Glosa; 2006.
4. Gómez Gil E. La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínic de Barcelona en los últimos años. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* 2006; 78, 55-64.
5. Esteva I, Giraldo F, Bergero T, Cano G, Crespillo C, Ruíz de Adana S, Rojo G y Soriguer F. Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cir plast iberolatinoam* 2001; 27, 273-280.
6. Landen M, Walinder J y Lundström B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scan* 1996; 93, 221-223.
7. Garrels L, Kockott G, Michael N, Preuss W, Renter K, Schmidt G, Sigusch V y Windgassen K. Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three decades. *Acta Psychiatr Scan* 2000; 102, 445-448.
8. Olsson SE y Moller AR. On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002. *Arch Sex Behav* 2003; 32, 381-386.
9. Rakic Z, Starcevic V, Maric J y Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patient of both sexes. *Arch Sex Behav* 1996; 25, 515-525.
10. Tsoi WF. Developmental profile of 200 male and 100 female transsexuals in Singapore. *Arch Sex Behav* 1990; 19, 595-605.
11. Tsoi WF. Male and female transsexuals: a comparison. *Singapore Med J* 1992; 33, 182-185.
12. Landen M, Walinder J y Lundström B. Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr Scan* 1998; 97, 189-194.
13. Van Kesteren PJ, Gooren LJ y Megens JA. An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Arch Sex Behav* 1996; 25, 589-600.
14. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4^a ed. rev. Washington, DC: APA; 2000. (trad. cast.: Barcelona, Masson; 2002).
15. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE y Meyer W J. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav* 1997; 26, 13-26.
16. Hurtado F, Gómez M y Donat F. Transexualismo y salud mental. *Rev Psicopatol Psicol Clín* 2007; 12(1), 43-57.
17. Esteva I, Gonzalo M, Yahyaoui R, Domínguez M, Bergero T, Giraldo F, Hernando V y Soriguer F. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* 2006; 78, 65-70.
18. Bergero T, Cano G, Esteva I, Giraldo F, Gornemann I y Álvarez Ortega P. Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga). *Cir plast iberolatinoam* 2001; 27, 263-272.
19. Dixin JM, Maddever M, Van Maasdam J y Edwards PW. Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Arch Sex Behav* 1984; 13, 269-276.
20. Verschoor AM y Poortinga J. Psychosocial differences between dutch male and female transsexuals. *Arch SexBehav* 1988; 17, 173-178.
21. Sörensen T y Hertoft P. Sexmodifying operations on transsexuals in Denmark in the period 1950- 1977. *Acta Psychiatr Scan* 1980; 61, 56-66.
22. Mead M. *El hombre y la mujer*. Buenos Aires: Fabril; 1961.
23. Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa

- al sexo de las personas. Boletín Oficial del Estado 15 de marzo de 2007.
24. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The standards of care for gender identity disorders (5^a version). Minneapolis: HBGDA; 1998.
 25. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The standards of care for gender identity disorders (6^a version). Minneapolis: HBGDA; 2001.
 26. Cano C y Bergero T. Intervención psicológica en una unidad de trastornos de la identidad de género: un desafío sanitario. En Remor E, Arranz P y Ulla S (eds.). El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003, p. 729-745.
 27. De Cuypere G, Janes C y Rubens R. Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 991, 180-184.
 28. Hurtado F, Gómez M y Donat F. Transexualismo y sexualidad. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* 2005-2006; 76-77, 16-28.
 29. Kockott G y Fahrner EM. Male to female and female to male transsexuals: a comparison. *Archi Sex Behav* 1988; 15, 187-210.