

Guadalupe Cano Oncala, Trinidad Bergero Miguel, Isabel Esteva de Antonio, Francisco Giraldo Ansio, Marina Gómez Banovio, Isolde Gorneman Schaffer

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO EN PACIENTES TRANSEXUALES¹

GENDER IDENTITY CONSTRUCTION IN TRANSSEXUAL PATIENTS¹

■ RESUMEN

Se presenta un estudio de la forma de comienzo y el curso de los síntomas principales de la transexualidad en 200 pacientes pertenecientes a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del HR. Carlos Haya de Málaga (España). El análisis exhaustivo de variables psicopatológicas y sociofamiliares asociadas al trastorno así como las diferencias encontradas entre pacientes hombre-a-mujer y pacientes mujer-a-hombre en el proceso de cambio de sexo, resultan fundamentales para el correcto diagnóstico y abordaje psicoterapéutico de la transexualidad.

Palabras clave: Transexualidad, variables psicopatológicas, variables sociofamiliares, diagnóstico y abordaje psicoterapéutico.

■ SUMMARY

A study is presented of the onset and course of the main symptoms of transsexuality in 200 patients from the Gender Identity Disorder Unit of Carlos Haya hospital, Malaga, Spain. Detailed study of the psycho-pathological, social and family variables associated with the disorder is necessary. Furthermore, understanding differences between male-to-female and female-to-male patients during the course of sex change are fundamental for the correct diagnosis and psychotherapy of transsexuality.

Key words: Transsexuality. Psychopathological variables, Social variables. Family variables. Diagnosis. Psychotherapeutic approach.

1. La realización de este trabajo ha contado con la ayuda FIS 01/0447
This study was supported by the grant FIS 01/0447

■ INTRODUCCIÓN

La transexualidad es la forma de presentación más grave de los trastornos de la Identidad de género (1).

El paciente transexual sabe que biológicamente es un varón o una mujer, pero se muestra incapaz de identificarse con aquellos comportamientos, actitudes y rasgos de personalidad que la sociedad designa como masculino o femenino y que son más apropiados o más típicos del rol masculino o femenino (2).

En una sociedad que prepara a los hombres y a las mujeres para comportamientos de rol de género muy distintos y específicos, el paciente transexual ha de adquirir nuevos patrones de comportamiento diferentes más tarde en la vida (3).

La construcción de la identidad de género del otro sexo, causará a la persona transexual una profunda perturbación psicológica que en mayor o menor medida estará presente durante toda su vida.

La falta de incorporación de esta patología a la red sanitaria pública española ha condicionado en gran medida la escasez de publicaciones que evalúen o comparen resultados. Desde 1999 el Hospital Carlos Haya de Málaga cuenta con un equipo multidisciplinar que asiste a pacientes transexuales de forma pública.

El estudio exhaustivo de la forma de comienzo y el curso de los síntomas, la edad de comienzo del trastorno y las variables sociofamiliares asociadas al mismo, son fundamentales para diagnosticar y elaborar objetivos de tratamiento realistas y ajustados a las necesidades de los pacientes transexuales, que además acuden a la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (en adelante UTIG) de Málaga para recibir asistencia a edades cada vez más tempranas.

De particular interés ha sido encontrar diferencias entre pacientes hombre-a-mujer y pacientes mujer-a-hombre en diversas variables analizadas. Los hallazgos encontrados respecto a las diferencias en la adquisición de la identidad de género en ambos grupos de pacientes, merece ser examinada no sólo por razones teóricas, sino porque tienen importantes consecuencias para la práctica clínica.

■ MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

El estudio está compuesto por 200 pacientes con diagnóstico clínico de transexualidad que están siendo atendidos en la UTIG del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. La muestra está constituida por 125 pacientes hombre-a-mujer y 75 pacientes mujer-a-hombre con edades comprendidas entre los 15 y 61 años para la muestra hombre-a-mujer y entre los 18-45 años para la muestra mujer-a-hombre.

Los criterios de exclusión para el estudio fueron 4: 1) Psicosis, 2) Trastorno de personalidad grave, 3) Adicciones y 4) Rechazo a participar en el estudio.

Procedimiento

Una vez confirmado el diagnóstico de transexualidad por la psicóloga de la UTIG, se concertó una entrevista con los pacientes en la que se informó de los objetivos del proyecto y se pidió la participación voluntaria y confidencial a través del consentimiento informado por escrito. Este documento fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Carlos Haya de Málaga.

Material

Se ha elaborado un cuestionario estructurado explorando datos del comienzo y curso de los síntomas de la transexualidad que incluye: «Pensamiento, sentimiento y deseo de pertenecer al otro sexo»; «Adopción del rol del otro sexo en la intimidad y en el entorno social»; «Comunicación de la transexualidad al entorno sociofamiliar»; «Factores de estrés percibidos» y datos que revelan la situación de sufrimiento psíquico que se traducen en: «Antecedentes de utilización de servicios de salud mental»; «Ideación e intentos autolíticos»; «Agresiones y maltrato recibidos» (5-12).

Estadística utilizada

Se han analizado los datos con pruebas de diferencias de medias T de Student para muestras independientes con $\alpha=0.05$ y Pruebas Chi-cuadrado para testar asociación entre datos cualitativos con $\alpha=0.05$.

■ RESULTADOS

1. Pensar, sentir y desear con intensidad pertenecer al otro sexo:

Los datos referidos al comienzo y establecimiento de los síntomas de debut de la transexualidad muestran que los 200 pacientes evaluados *pensaron* con intensidad que querían pertenecer al sexo opuesto. La edad media estimada a la que pensaron esto por primera vez es de 9.51 años ($Sx \pm 3.11$) para el grupo hombre-a-mujer y a los 8.85 años ($Sx \pm 2.43$) para el grupo mujer-a-hombre. El 100% de los pacientes refieren que este pensamiento se establece de forma permanente a los 13.46 años ($Sx \pm 3.83$) para el grupo hombre-a-mujer y a los 12.50 años ($Sx \pm 4.71$) para el grupo mujer-a-hombre.

Los 200 pacientes transexuales evaluados *sintieron* con intensidad que querían pertenecer al sexo opuesto. El grupo hombre-a-mujer sintió con intensidad que quería ser una mujer a los 10.95 años ($Sx \pm 4.31$) y se estableció de forma permanente este sentimiento con 13.97 años ($Sx \pm 3.95$). El grupo mujer-a-hombre siente que quiere ser un varón con una media de edad estimada de 10.48 años ($Sx \pm 4.07$), estableciéndose este sentimiento con 12.28 años ($Sx \pm 5.04$).

Todos los pacientes hombre-a-mujer del estudio refieren que desearon adoptar el aspecto físico de una mujer por primera vez con una media de edad estimada de

14.20 años ($Sx \pm 3.67$). Se establece de forma definitiva este deseo a los 16.27 años ($Sx \pm 3.96$). Los 73 pacientes hombre-a-mujer evaluados desearon adoptar la apariencia externa de un varón por primera vez con una media de edad estimada en 12.53 años ($Sx \pm 3.97$) y fue definitivo este deseo con una media de edad de 14.93 años ($Sx \pm 5.04$). La $P=0.08$ establece que son dos muestras independientes respecto al deseo de adoptar el aspecto físico del otro sexo.

La totalidad de los pacientes del estudio refieren que rechazan, sienten repulsión o desearían que los genitales y/o mamas según el caso, no formaran parte de su persona. La edad media estimada a la que fueron conscientes de que rechazaban sus genitales se estima en 12.53 años ($Sx \pm 4.47$) en la muestra de pacientes hombre-a-mujer y de 11.31 años ($Sx \pm 3.14$) en la muestra de pacientes mujer-a-hombre. (Hay que tener en cuenta en la muestra mujer-a-hombre que se incluye el rechazo a las mamas).

2. Adopción del rol del otro sexo en la intimidad y en el entorno social:

El 97% de los pacientes entrevistados refieren que comenzaron a poner en práctica el conjunto de conductas de rol del otro sexo, como hablar, moverse, vestirse, imaginarse situaciones, etc., primero en *la intimidad del hogar*. En el grupo de pacientes hombre-a-mujer, la edad media a la que empiezan a adoptar estas conductas en la intimidad de forma intermitente se sitúa a los 13.81 años ($Sx \pm 4.17$) y se establece como una conducta habitual para este grupo con una media de edad de 16.96 años ($Sx \pm 4.10$). El grupo de pacientes mujer-a-hombre comienza a adoptar las conductas de rol del sexo masculino en la intimidad del hogar de forma intermitente con una media de edad estimada de 11.36 años ($Sx \pm 3.73$), estableciéndose de forma definitiva con 12.95 años ($Sx \pm 4.04$).

Existen diferencias significativas entre las dos muestras de pacientes en la variable «edad a la que comienzan a adoptar las conductas de rol del otro sexo en la intimidad del hogar» y en «la edad a la que se establece este comportamiento» con una $P=0.001$.

También se objetivan diferencias significativas respecto a la edad a la que comienza cada grupo a desempeñar el comportamiento (forma de vestir, maneras, roles, etc.) del otro sexo entre familiares, amigos, y público en general y la edad a la que cada grupo establece este comportamiento. En el grupo de pacientes hombre-a-mujer la edad media a la que adoptan el comportamiento de una mujer en el contexto sociofamiliar se estima en 17.49 años ($Sx \pm 4.08$), estableciéndose de forma definitiva con una media de edad de 18.18 años ($Sx \pm 4.22$). El grupo mujer-a-hombre comienza a adoptar el comportamiento de un varón con una edad media establecida en 13.95 años ($Sx \pm 5.17$), y se establece definitivamente con 14.75 años ($Sx \pm 4.97$). La $P=0.001$ nos indica que nos encontramos con dos muestras independientes respecto a estas variables.

El grupo de pacientes hombre-a-mujer inicia y establece el rol femenino en el contexto laboral con una media de edad estimada en 18.60 años ($Sx \pm 3.81$). El grupo de pacientes mujer-a-hombre comienza y establece el rol de varón en el contexto laboral con 17.40 años ($Sx \pm 3.70$). Existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes con una $P=0.047$

3. Búsqueda de ayuda para cambio de sexo:

Antes de acudir a nuestra Unidad, el 56.9% de pacientes hombre-a-mujer y el 45.5% de mujer-a-hombre se había sometido a intervenciones quirúrgicas y/o seguían un tratamiento hormonal prescrito por un profesional médico. La media de edad estimada para el grupo hombre-a-mujer en tratamientos profesionales previos es de 21.81 años ($Sx \pm 5.95$) y de 26.24 años ($Sx \pm 5.51$) en el grupo mujer-a-hombre. Existen diferencias significativas entre ambas muestras de pacientes con una $P=0.001$.

Se han sometido a tratamientos estéticos y cosméticos para adquirir la apariencia externa del otro sexo el 74.1% de pacientes del grupo hombre-a-mujer y el 50% del grupo mujer-a-hombre. Las medias de edad estimadas a la que se someten a tratamientos estéticos son: 17.88 años ($Sx \pm 4.77$) para el grupo hombre-a-mujer y 17.06 ($Sx \pm 6.09$) para el grupo mujer-a-hombre.

El 47.4% del grupo hombre-a-mujer se han sometido a tratamiento hormonal por su cuenta sin control médico para adquirir la apariencia externa de una mujer. La edad media estimada para esta conducta se sitúa en los 17.52 años ($Sx \pm 3.28$). Respecto al grupo mujer-a-hombre, el 4.4% de la muestra se ha autotratado con hormonas. La media de edad a la que se someten a tratamiento hormonal sin prescripción médica se sitúa para este grupo de pacientes en los 22 años ($Sx \pm 8.48$).

4. Comunicación de la transexualidad al entorno sociofamiliar:

El grupo de pacientes hombre-a-mujer comunica por primera vez a la familia su situación personal con una media de edad estimada en 17.80 años ($Sx \pm 5.03$), el grupo mujer-a-hombre con 19.85 años ($Sx \pm 5.86$). Existen diferencias significativas entre ambas muestras de pacientes respecto a esta variable ($P=0.022$).

La edad media estimada que tenían cuando comunican a los amigos su situación es de 17.07 años ($Sx \pm 5.04$) para el grupo hombre-a-mujer y de 18.09 años ($Sx \pm 5.88$) para el grupo mujer-a-hombre.

Respecto a la edad que tenían cuando comunicaron su situación a una persona que les atraía, el grupo hombre-a-mujer tenía una media de edad de 19.08 años ($Sx \pm 4.65$) y el grupo mujer-a-hombre 18.82 años ($Sx \pm 4.80$).

5. Factores de estrés percibidos:

Las situaciones de estrés valoradas de mayor a menor preocupación/angustia por el grupo hombre-a-mujer son: «el crecimiento del vello facial; la relación diaria con

el propio cuerpo (ducharse, vestirse); presentar documentación en persona donde se identifique el nombre original; esperar la intervención quirúrgica y los trámites legales para el cambio de sexo».

Para el grupo de pacientes mujer-a-hombre las situaciones más estresantes la constituyen: «la relación diaria con el propio cuerpo; que se aprecien las mamas; esperar las intervenciones quirúrgicas; comunicar a la familia su condición transexual y presentar documentación en persona».

6. Antecedentes de utilización de servicios de salud mental:

69 pacientes del grupo hombre-a-mujer (57%) y 54 pacientes del grupo mujer-a-hombre (43%) han acudido alguna vez en sus vidas a servicios de salud mental. El 22% fue atendido por psiquiatras, en un 56% por psicólogos y en el 22% restante por ambos profesionales. El motivo de consulta fue en todos los casos la transexualidad. De los pacientes hombre-a-mujer que acudieron a salud mental, 40 fueron diagnosticados de transexualidad y el resto de diversas patologías, principalmente trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Respecto al grupo mujer-a-hombre, 28 pacientes recibieron el diagnóstico de transexualidad, el resto igual que en el grupo hombre-a-mujer.

7. Ideación e intentos autolíticos:

Los datos sobre ideación e intentos autolíticos evaluados en ambos grupos de pacientes muestran que el 59.3% de pacientes hombre-a-mujer y el 40.7% de pacientes mujer-a-hombre refieren haberse sentido tan decaídos y tan tristes que *pensaron* alguna vez en suicidarse. La media de edad que tenían cuando pensaron por primera vez en suicidarse se estima en 17.97 años ($Sx \pm 6.28$) para el grupo hombre-a-mujer y en 17.72 años ($Sx \pm 5.79$) para el grupo mujer-a-hombre. 37 pacientes hombre-a-mujer y 23 pacientes mujer-a-hombre han intentado suicidarse a lo largo de su vida. Algunos de estos pacientes, más de una vez (media estimada de intentos autolíticos 2.15 veces $Sx \pm 1.63$)

La media de edad estimada para el primer intento autolítico se establece con 20.75 años ($Sx \pm 5.65$) para pacientes hombre-a-mujer y con 19.90 años ($Sx \pm 5.65$) para pacientes mujer-a-hombre. Se refieren como causas de los intentos autolíticos: la fuerte conflictividad familiar como consecuencia de la transexualidad, la dificultad para cambiar el cuerpo, el rechazo social que sentían y por último pensar que no existía solución para su problema. Siete pacientes hombre-a-mujer y cinco pacientes mujer-a-hombre han ingresado alguna vez en su vida en unidades de agudos de Psiquiatría por intentos autolíticos.

8. Agresiones y maltrato recibidos:

El 68.1% de pacientes hombre-a-mujer refieren haber sufrido alguna vez en su vida situaciones de violencia y maltrato. Alegan haber sido maltratados principalmente a consecuencia de la transexualidad. Las agresiones procedían en primer lugar de desconocidos, en segundo lugar de conocidos y amigos del entorno y en tercer lugar del padre. Refieren la adolescencia como el período de sus vidas en el que más fueron maltratados o agredidos.

El 31.9% de pacientes mujer-a-hombre han sufrido alguna vez en su vida situaciones de agresiones o maltrato. La causa de la agresión recibida fue principalmente la transexualidad. La agresión fue llevada a cabo en primer lugar por desconocidos, en segundo lugar por el padre y en tercer lugar por parte de la pareja. Refieren la proporción más alta respecto a la frecuencia de agresiones recibidas «durante toda la vida» y en segundo lugar en «la adolescencia».

Existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en la variable agresiones y maltrato recibidos ($X^2=0.020$).

■ DISCUSIÓN

Los resultados estadísticos muestran que no existen diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en los ítems de evaluación referidos a la presencia y permanencia de pensamientos y sentimientos de inadecuación al propio género, así como los referidos al rechazo de genitales. La bibliografía es concluyente en el supuesto de que el deseo temprano y persistente de vivir plenamente en el papel del sexo opuesto permite a los pacientes transexuales una mayor facilidad para adquirir el nuevo rol e identidad sexual necesario para cumplir su deseo inicial y básico de llegar a ser una verdadera persona (3). Asimismo la sensación de miedo o aversión a los genitales es común a hombres y mujeres (5).

El grupo de pacientes mujer-a-hombre se muestra más precoz que el grupo hombre-a-mujer en el deseo de adoptar el aspecto físico de un varón e inician y establecen antes el rol masculino en la intimidad del hogar, entre familiares y amigos y en el contexto laboral.

Un aspecto importante a señalar respecto a estas importantes diferencias se refiere a las creencias sociales en torno al género. La sociedad es más tolerante hacia las mujeres que visten o se comportan como hombres que hacia hombres que se comportan como mujeres (2).

Respecto al apoyo familiar percibido por ambos grupos de pacientes durante el proceso de cambio de sexo, encontramos que la calidad de las relaciones con los padres y hermanos es mejor para el grupo mujer-a-hombre (13,14). Esto tiene consecuencias muy favorables para estos pacientes, ya que el aprendizaje de las conductas de rol masculinas son considerablemente facilitadas por el entorno sociofamiliar.

Las situaciones de agresiones y maltrato recibidas en la muestra hombre-a-mujer alertan que el entorno relacional de este grupo tiene dificultades para reconocer al paciente en su rol femenino y estas actitudes pueden tener como consecuencia que el proceso de adquisición de la identidad de género femenina sufra interrupciones y dificultades. El escaso reconocimiento y aceptación por parte de la comunidad del rol femenino que comienzan a desempeñar dificulta la construcción de su identidad como mujer.

El grupo hombre-a-mujer comienza a una edad más temprana los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas (mamoplastia, principalmente) para conseguir la apariencia física de una mujer (15). Eliminar los caracteres secundarios del sexo masculino y adquirir los del aspecto físico femenino resulta especialmente complejo para este grupo. Una vez que se ha completado el desarrollo puberal, el tratamiento hormonal feminizante no consigue revertir el desarrollo del esqueleto, la forma de la mandíbula, el tamaño y forma de manos y pies o la estrechez de la pelvis ni siempre se alcanza el grado de desarrollo mamario deseado por la paciente (15,16). Tampoco logra la eliminación del vello facial (15,17), que constituye de forma significativa la mayor causa de sufrimiento para la paciente hombre-a-mujer, aún después de la cirugía (15). Debido a la urgente necesidad de adoptar la apariencia externa de una mujer, así como las dificultades que encuentran para ser tratadas por el sistema sanitario, recurren al autotratamiento hormonal con efectos secundarios para su salud (18).

Los tratamientos con andrógenos producen en el paciente mujer-a-hombre un completo y llamativo desarrollo masculino (16), constituyendo un aspecto fundamental en la construcción de la identidad de género de este grupo de pacientes.

Gran número de personas que demandan asistencia sanitaria por transexualidad no son correctamente diagnosticados y tratados debido a que han sido confundidos con otras condiciones como homosexualidad, transvestismo o estados intersexuales patológicos (16). Muchas formas de transexualidad mujer-a-hombre tienden a ser poco visibles culturalmente, especialmente para los servicios de salud mental (16). Asimismo la intensidad del sufrimiento del cuadro puede mantenerse oculto debido al temor a las consecuencias que pueda tener en su entorno (5).

Esta compleja situación propicia que muchos pacientes transexuales presenten una mortalidad por suicidio mayor que la población general (10,20).

■ CONCLUSION

Los resultados obtenidos confirman la precocidad en el comienzo del problema y la necesidad de que los profesionales sanitarios en general y de salud mental en particular, se encuentren atentos a estos síntomas, sobre todo los que trabajan con niños y adolescentes.

Resulta importante el diagnóstico precoz, diagnósticos diferenciales y el correcto abordaje, así como el conocimiento exhaustivo de los factores que dificultan y facilitan la adquisición del nuevo género en cada grupo transexual.

La prevención de posibles dificultades que puedan acontecer en el contexto familiar, escolar y laboral, se erigen como importantes objetivos terapéuticos de cara a paliar el elevado impacto emocional que conlleva la transexualidad para el paciente y su familia.

Los datos expuestos nos acercan a la comprensión de cómo las diferencias en la adquisición de la identidad de género entre ambos grupos de pacientes se ve facilitada por el apoyo del entorno social y los cambios físicos producidos por el tratamiento hormonal. Estas diferencias tienen implicaciones clínicas fundamentales, ya que cada grupo posee factores de riesgo y factores de protección específicos en su proceso de cambio de sexo.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Chiland, C., *Cambiar de sexo*, Madrid, Ed. Biblioteca nueva, 1999.
2. Herman,-Jeglinska, A y otros, «Masculinity, femininity, and transsexualism», *Arch-Sex-Behav*, 2002, 31(6): 527-534
3. Rehman, J y otros, «The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients», *Arch-Sex-Behav*, 1999, 28 (1): 534-572
4. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), *The Standards of care for Gender Identity Disorders. (Sixth version)*, Mineapolis, HBIGDA, 2001.
5. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
6. OMS, *CIE-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research*, 1992.
7. Hales RE; Yudofsky SC; Talbott JA., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ed. Ancora, 1996.
8. Roberts JE; Gotlib IH., «Lifetime episodes of dysphoria: gender, early childhood loss and personality», *British J. Clinical Psychology*, 1997, 36:195-208.
9. Weinrich, J.D. Y otros, «Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in a HIV sample. HNRC Group», *Arch. Sex. Behav.*, 1995, 24 (1): 55-72.
10. Levine, S.B., «Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery», *J. Sex Marital Therapy*, 1980, Fall, 6 (3): 164-73.
11. Cole, C.M. y otros, «Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses», *Arch-Sex-Behav*, 1997, 26(1): 13-26.
12. Becker, S. y otros, German Standards for the Treatment and Diagnosis Assessment of Transsexuals. IJT 1998, 2(4), <http://www.symposion.com/ijt/ijt0603.htm>

13. Wolfradt, U. y Neumann, K., «Depersonalization, self-Esteem and Body Image in Male-to-Female Transsexuals compared to Male and Female controls», *Arch-Sex-Behav*, 2001, 30 (3): 301-310
14. Fabris B; Trombetta C; Belgrano E., *Il Transsexualismo: identificazione di un percorso diagnostico e terapeutico*, Milano, Kurtis editrice. 1999.
15. Esteva de Antonio, I y otros, «Evaluación endocrinológica y tratamiento hormonal de la transexualidad en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género en Andalucía de Málaga», *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*. 2001, Vol. 27. Nº 4 :273-280
16. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Grupo de Trabajo sobre Trastornos de la identidad de Género, «*Trastornos de la identidad de género: Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento*», Mayo 2002.
17. Meyer III, W. y otros, Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association *The Standards of care for Gender Identity Disorders- Sixth Version*. 2001, IJT 5(1), http://www.symposion.com/ijt/soc_01/index.htm
18. Blanchard, R. y otros, «Pronostic factors of regret in postoperative transsexuals», *Canadian Journal of psychiatry*, 1989, 34(1): 43-45.
19. Bergero Miguel, T. y otros, » Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (Málaga)», *Cir. Plást. Iberlatinamer*. 2001, Vol 27 Nº 4: 263-272.
20. Cohen Kettenis P.; Van Gooren S., »Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36(2): 263-276

Guadalupe Cano Oncala, Trinidad Bergero Miguel. *Psicóloga. Servicio de Psiquiatría. Hospital Carlos Haya. Málaga*

Isabel Esteva de Antonio. *Endocrinóloga. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Carlos Haya. Málaga.*

Francisco Giraldo Ansio. *Cirujano Plástico. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital Carlos Haya. Málaga.*

Marina Gómez Banovio. *Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Carlos Haya. Málaga*

Isolde Gorneman Schaffer. *Epidemióloga. Responsable del Área de Proyectos. Fundación Hospital Carlos Haya. Málaga*

La correspondencia debe dirigirse a:
 Trinidad Bergero Miguel
 C/. Las Palmeras, 4 - 29018 Málaga