

Trastorno de la identidad sexual: Aspectos epidemiológicos, sociodemográficos, psiquiátricos y evolutivos

E. Gómez Gil, J.M. Peri Nogués, S. Andrés Perpiñá, J. de Pablo Rabassó

Resumen

El trastorno de la identidad sexual o transexualismo es un trastorno que se caracteriza por un rechazo del sexo anatómico, y por la identificación personal de pertenecer al otro género. El objetivo de este artículo es realizar una revisión de los aspectos epidemiológicos, demográficos y psiquiátricos de este trastorno, y de la adaptación social, laboral y sexual tras el tratamiento de reasignación sexual. En base a la revisión bibliográfica realizada, la incidencia del trastorno de identidad de género se mantiene notablemente constante a lo largo del tiempo, es igual en hombres y mujeres, y oscila entre 0,14 y 0,17 por 100.000 habitantes y año. En contraste, la prevalencia se ha incrementado en los últimos estudios en los que encuentran datos de trastorno de la identidad sexual de hasta uno de cada 11.900 hombres y una de cada 30.400 mujeres. La razón de prevalencia es entre 2,5 y 6 veces mayor en hombres que cambian a mujer que a la inversa. Las características sociodemográficas difieren según las culturas, países y el género. La incidencia de trastornos psiquiátricos mayores es similar a la de la población general. Aunque el trastorno por abuso de sustancias previo al inicio del tratamiento y los trastornos de la adaptación suelen ser los trastornos psiquiátricos asociados con más frecuencia, el transexualismo generalmente es un diagnóstico aislado. Tras el tratamiento de reasignación de género, generalmente presentan una mejor adaptación social, laboral y sexual. Prácticamente todos se encuentran satisfechos de su cambio de género, aunque no todos refieren satisfacción total con la cirugía o su imagen externa tras el tratamiento de reasignación sexual. El motivo principal de realizar el tratamiento de reasignación sexual es el ser miembro del género contrario, y por lo tanto ser aceptado social y legalmente en dicho género.

Palabras clave: Trastorno de la identidad sexual. Trastornos psiquiátricos. Estudios longitudinales. Adaptación.

Summary

Gender dysphoria or transsexualism is a condition involving incongruity between anatomic sex and the personal sense of gender identity. The aim of this study was to review the epidemio-

Correspondencia: Dr. E. Gómez Gil
Instituto de Psiquiatría y Psicología Clínica.
Hospital Clinic.
C/ Villarroel, 170
08036 Barcelona

logical, demographic and psychiatric characteristics of this disorder, and to examine the social, occupational and sexual adjustment following sex reassignment. Review showed that the incidence remains notably constant over time, is of the same magnitude in men and women, and corresponds to 0.14 to 0.17 per 100.000 members of the population and year. In contrast, the prevalence tends to increase in the last reports with an estimation until 1:11.900 for male-to-female and 1:30.000 for female-to-male transsexuals. Thus, the sex ratio in prevalence ranges 2.5-6 men to one woman. Demographic features of this disorder manifest itself differently according cultures, countries, and gender. The incidence of major psychiatric disorder comorbidity is similar to that seen in the general population. Although substance abuse prior to entering treatment and adjustment disorders are the more associated mental disorders, transsexualism is usually an isolated diagnosis and not part of any general psychopathological disorder. After sex reassignment, they are better accepted and had better social, occupational and sexual adjustment. All are satisfied with the change in sex, but not all are satisfied with the surgery or their general appearance. The primary objective to undergo sex reassignment surgery is to become a member of the opposite sex, so that they could be recognized socially and legally.

Key words: Transsexualism. Psychiatric disorders. Longitudinal studies. Adjustment.

INTRODUCCIÓN

El transexualismo o trastorno de la identidad sexual es definido según sendas Clasificaciones Internacionales de Enfermedades CIE-10 y DSM-IV como un trastorno mental caracterizado por una identificación acusada y persistente con el otro sexo, por un malestar persistente con el propio sexo y por un sentimiento de inadecuación con el rol genérico, lo cual provoca un profundo malestar psicológico y alteraciones significativas en el área social, ocupacional o en cualquier otro aspecto importante del funcionamiento. El diagnóstico se establece cuando además se descarta una patología intersexual (Benjamin H, 1966). Por lo tanto, la ausencia absoluta de cualquier alteración cromosómica, gonadal, genital u hormonal es precisamente una de las premisas básicas que caracteriza su diagnóstico (DSM-IV, 1995; Pavon de Paz, 2000). Las teorías más recientes sobre la etiopatogenia de este trastorno apoyan la existencia de un claro substrato biológico (Swaab y cols., 1992; Herman y cols., 1993; Zhou y cols, 1995; Cohen-Kettenis y Van Goozen 1997). El efecto de las hormonas sexuales sobre la diferenciación del cerebro y de los genitales hacia uno u otro género, diferenciación que se lleva a cabo en distintos momentos del desarrollo embrionario, puede seguir cursos diferentes hacia ambos géneros en función de los cambios que se

pueden producir en los niveles hormonales o en otros factores implicados en este proceso.

INCIDENCIA, PREVALENCIA Y RAZÓN DE SEXOS

En una amplia revisión Landén y colaboradores (1996) comparan datos de incidencia y prevalencia en estudios epidemiológicos realizados desde la década de los 60 hasta el año 1992. Otros autores también abordan aspectos epidemiológicos de este trastorno (van Kesteren y cols., 1997), y los hallazgos aportados son de gran interés.

- **La incidencia** del trastorno de identidad sexual parece mantenerse constante a lo largo del tiempo, es similar en hombres y mujeres, y se estima entre 0,14 y 0,17 por cada 100.000 habitantes y año.

- En contraste, **la prevalencia** tiende a incrementarse a lo largo de los años, es de dos a seis veces mayor en los varones biológicos, y oscila entre los datos de los primeros estudios de la década de los 60 que encuentran uno por cada 100.000 hombres y uno por cada 400.000 mujeres, hasta los datos de estudios holandeses del año 1990 que lo estiman en uno de cada 11.000 varones y una de cada 30.000 mujeres. Un estudio reciente de van Kesteren y colaboradores

también encuentran una razón de sexos tres veces mayor para los hombres que cambian a mujer, y un incremento de la demanda hasta mediados de la década de los 80 que posteriormente se estabiliza (van Kesteren y cols., 1997).

El incremento de los datos de prevalencia se ha atribuido a una mayor aceptación por la sociedad en los últimos años, lo cual, ha generado un aumento de las solicitudes de cambio de sexo. En contraste, el que la incidencia se mantenga constante sugiere que el trastorno de la identidad sexual está determinado neurobiológicamente, y explican el inicio de su trastorno en la niñez.

CARACTERÍSTICAS SOCIDEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES QUE SOLICITAN CAMBIO DE SEXO

Diversos estudios han analizado mediante estudios descriptivos las variables sociodemográficas en distintas poblaciones.

- **La edad media de solicitud de demanda de cambio de sexo** suele encontrarse entre los 20 y los 25 años tanto en estudios holandeses como asiáticos (van Kesteren y cols., 1997; Tsoi, 1993). En contraste, en la población sueca la edad media de demanda es mayor, y oscila entre los 29 años para las mujeres que solicitan cambio a hombres y de 32 años para el cambio inverso (Landén y cols, 1998). Con respecto al género, las mujeres solicitan de 3 a 5 años antes el cambio que los hombres (van Kesteren y cols, 1997; Landén y cols, 1998), aunque el hallazgo inverso es encontrado en estudios en población china (Tsoi, 1993). Se ha demostrado una evolución especialmente favorable en pacientes que concluyen el tratamiento quirúrgico entre los 16 y los 18 años (Cohen-Kettenis y van Goozen, 1997), por lo que se prevé una disminución en la edad de solicitud de cambio de género en los estudios recientes.

- **El nivel educativo** alcanzado por estos pacientes suele ser menor que en la población general. La mayoría tiene estudios medios (Cole y cols., 1997), y solo en el 9% de hombres y el 13% mujeres alcanzan estudios universitarios en población sueca (Landén y cols., 1998). Con res-

pecto al sexo, el nivel educativo es menor en el grupo de hombres que solicitan cambio a mujer (Tsoi, 1993), aunque otros estudios no han encontrado diferencias (Cole y cols., 1997).

- **La adaptación sociolaboral** también es peor en estos pacientes. El porcentaje de pacientes con ocupación laboral se sitúa entre el 60 y el 70% en el estudio sueco (Landén y cols., 1998), siendo de baja cualificación y clase media (Cole y cols., 1997). Tras completar el tratamiento quirúrgico la mayoría de los pacientes (95%) han mejorado su actividad laboral, y tienen un trabajo más estable (Tsoi, 1993). Diversos estudios en población holandesa, americana y china encuentran que la integración sociolaboral es mejor en mujeres que cambian a hombre (Dixen y cols., 1984; Verschoor y Poortinga, 1988; Tsoi y cols., 1992), mientras que estudios belgas y suecos no encuentran estos resultados (De Cuyper y cols., 1995; Landén y cols., 1998).

- **El estado civil previo y el tipo de convivencia** es un dato muy variable según la cultura. En el estudio sueco un 23% de los hombres habían contraído matrimonio antes de la demanda de cambio de sexo a mujer, y el 18% habían tenido hijos. De manera similar, el 6% de las mujeres habían contraído matrimonio y tenían hijos (Landén y cols., 1998). En el estudio de Singapur ninguno había estado legalmente casado previo a la cirugía de reasignación sexual, y a los 3 años tras la cirugía, el 32% de los hombres y el 39% de las mujeres habían contraído matrimonio, y el 72% mantenía una relación de pareja (Tsoi, 1993). En el estudio de Cohen-Kettenis y colaboradores (1997), 17 de los 22 pacientes adolescentes vivían de manera independiente, 14% con su pareja y solo el 7% vivían con sus padres. Un elevado porcentaje (79%) nunca había tenido relaciones de pareja. Al igual que en la población general, en la mayoría las relaciones de pareja (92%) son heterosexuales, es decir, sienten atracción hacia individuos del género contrario al que se sienten (Landén y cols., 1998).

Diversos aspectos culturales parecen explicar las diferencias sociodemográficas y en la evolución de la adaptación entre pacientes de distinto país o cultura.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL

La comorbilidad del trastorno de la identidad sexual con otros trastornos psiquiátricos o de la personalidad ha sido evaluada por diversos autores.

- Con respecto a los **trastornos psiquiátricos**, Robins y colaboradores (1984) encuentran en pacientes que han sido diagnosticados de trastorno de la identidad sexual una incidencia de depresión mayor (entre el 2 y 3%), del trastorno bipolar (entre el 1 y el 2%) y de la esquizofrenia (del 0,9%) similar a la de la población general. En consonancia con dichos resultados, Landén y colaboradores (1998) encuentran que en el grupo de hombres que solicitaban el cambio a mujer, un 35% habían recibido tratamiento psiquiátrico previo, un 12% tenían antecedentes de abuso de alcohol o sustancias, el 23% había realizado algún intento de suicidio, y en el momento de la entrevista el 13% presentaba un trastorno afectivo y el 2% un trastorno psicótico. Las tentativas de suicidio eran significativamente más frecuentes en el grupo de mujeres que solicitaban el cambio a hombres. Cole y colaboradores (1997) en un estudio de 435 pacientes encuentra que solo el 9% habían recibido tratamiento psiquiátrico previo, y en el momento de la entrevista presentaban algún trastorno psiquiátrico el 6% de los que solicitaban el cambio a mujer y el 4% de los que cambian a hombre. El diagnóstico más frecuente en este grupo fue el de depresión, seguido del trastorno bipolar y de la esquizofrenia. Aunque en el estudio de Bodlund y colaboradores (1993) con 19 pacientes se encuentra una prevalencia de trastornos psiquiátricos que supera el 50%, hay que tener en cuenta que los diagnósticos realizados por éstos fueron: trastornos de la adaptación en cinco pacientes, trastornos de ansiedad en dos, abuso de alcohol en otros dos y en uno síndrome psicótico. Se ha descrito un caso de anorexia nerviosa tras tratamiento de reasignación mediante mastectomía, histerectomía y ovariectomía en un paciente transexual, lo cual sugiere que los trastornos de la alimentación también pueden ser una expresión de los conflictos asociados al trastorno de la identidad sexual (Fernández Aranda y cols., 2000). En el estudio

de Haraldsen y Dahl (2000) tampoco se encuentra mayor grado de psicopatología detectada mediante el cuestionario SCL-90/90R (The Hopkins Symptom Checklist). En conjunto, todos estos estudios son coherentes entre sí, y sugieren que el trastorno de la identidad sexual no tiene una mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, si excluimos, los trastornos de la adaptación y los trastornos por abuso de sustancias.

- **Los trastornos de personalidad** en los pacientes afectos de un trastorno de la identidad sexual también han sido evaluados por diversos autores. En el estudio de Landén y colaboradores (1998) se encontró que un 15% de los que solicitaban cambio a mujer, y un 7% de los que lo solicitaban a hombre, presentaban características de personalidad inestable, que fueron definidas como inmadurez mental, baja tolerancia a la frustración, inestabilidad emocional, dificultad en el control de los impulsos y conducta agresiva. Cifras mayores han sido descritas por otros autores que en una muestra reducida de 19 pacientes, encuentran que un 37% de pacientes presentan uno o varios trastornos de la personalidad, del cluster B en cinco, y del cluster C en dos (Bodlund y cols, 1993). Mediante el cuestionario de psicopatología MMPI otros autores encuentran puntuaciones altas en escalas de depresión, histeria y psicoticismo y esquizoidía, tanto en el subgrupo de pacientes que se abstienen de relaciones sexuales, como en el subgrupo que utilizan sus genitales para obtener placer sexual. En contraste, el subgrupo considerado como evitativo en cuanto a la utilización de genitales en las relaciones, el cual es el más frecuente en estos pacientes con respecto a dicha conducta sexual, solo presentaron un modesto incremento del nivel de alteraciones psicopatológicas en las escalas de depresión y esquizoidía (Leavitt y Berger, 1990). En concordancia, los resultados de Cole y colaboradores (1997) obtenidos mediante el mismo cuestionario encuentran que estos pacientes en el momento de la evaluación están notablemente libres de psicopatología, y la única escala que refleja diferencias con respecto a la población general era la escala masculinidad-feminidad. Los trastornos de la personalidad

se presentaron entre el 3 y 4% de la muestra, y correspondían a trastornos de la personalidad borderline y esquizoide. Este cuestionario resultó más patológico en el grupo de pacientes que no habían realizado la cirugía de reasignación sexual.

Por lo tanto en conjunto la mayoría de los autores sugieren que el trastorno de la identidad sexual es generalmente un diagnóstico único, y cuando se diagnostica un trastorno mental comórbido, éste puede considerarse como secundario a las dificultades de adaptación inherentes al trastorno que padecen. Los estudios que evalúan personalidad, aunque resultan más contradictorios, también apoyan un bajo porcentaje de trastornos de la personalidad, exceptuando el estudio de Bodlund y colaboradores (1993), en el que se evalúa una muestra muy poco significativa de 17 pacientes.

ASPECTOS EVOLUTIVOS

Son numerosos los estudios de seguimiento descritos inicialmente en USA (Benjamin 1966), y en la actualidad en población de Holanda (Cohen-Kettenis y Van Gooren, 1997), Hungría (Rakic y cols, 1996), Suecia (Bodlund y cols., 1993; Bodlund y Kullgren 1996) y Singapur (Tsoi, 1993; Tsoi, 1995). Varios de estos estudios sugieren que una evolución desfavorable se asocia a un inicio de tratamiento tardío, sobre todo, en hombres que cambian a mujer (Tsoi, 1993), y a la presencia antes del tratamiento de un trastorno de la personalidad, de una autoimagen negativa o de una mayor vulnerabilidad psicológica al estrés (Bodlund y Kullgren 1996; Johnson, 1990).

- En el **estudio holandés** de Cohen-Kettenis y van Goozen (1997) se realiza un seguimiento de 22 pacientes adolescentes que habían sido sometidos a cirugía genital de reasignación. En al menos un año después del inicio del estudio el funcionamiento social y psicológico había mejorado, y se asemejaba al de una población similar no transexual, exceptuando la mayor frecuencia de relaciones sexuales esporádicas en el grupo de hombres que cambian a mujer. La mayoría (89%) referían sentirse aceptados

desde el punto de vista social con el cambio, y se encontró un incremento significativo en las escalas de extraversión social. Este estudio demuestra que la adaptación tras el tratamiento es, claramente favorable, en pacientes en los que se realiza la cirugía de reasignación sexual en la adolescencia.

- En un estudio evolutivo de 32 pacientes de ambos sexos en **población húngara** se encuentra que, tras la cirugía, los pacientes se mostraban más satisfechos de las relaciones interpersonales, tenían más éxito a la hora de encontrar pareja estable, y muchos de ellos habían comenzado a estudiar. Además, se incrementó el número de pacientes con pareja, así como el porcentaje de pacientes que referían orgasmo en las relaciones sexuales (Rakic y cols., 1996).

- En **población sueca**, Bodlund y Kullgren (1996) realizaron un seguimiento a los 5 años, de 19 pacientes a los que se les había aprobado para el cambio de sexo. A los 5 años doce habían completado la cirugía genital, tres esperaban ser sometidas a una faloplastia, uno se había arrepentido de la decisión de cambio, y dos no habían realizado el tratamiento por su edad adulta o por mostrar ambivalencia en la decisión. De los 16 pacientes intervenidos, trece (68%) habían mejorado al menos en dos áreas del funcionamiento, en dos casos los resultados se evaluaron como insatisfactorios, y uno como fracaso. La evolución fue mejor en los que realizaron el cambio a hombre, con respecto, al estatus socioeconómico y al mantenimiento de pareja estable.

- En un estudio longitudinal realizado en **población china** de Singapur en el que se evalúa la evolución de 45 hombres y 36 mujeres transexuales se encuentra que entre los 2 y los 5 años de la cirugía de reasignación sexual el 95% habían mejorado social y financieramente y tenían un trabajo más estable. El 32% se habían casado, y todos referían una vida sexual más satisfactoria incluso en las mujeres que habían sido sometidas a faloplastia no funcional (Tsoi, 1993). No se encontraron diferencias en la adaptación tras la cirugía entre mujeres y hombres, y no hubo ningún caso considerado como de mala adaptación postoperatoria.

• En un estudio posterior en la misma **población china** que incluía sólo 17 transexuales anatómicamente mujeres que habían realizado mastectomía, histerectomía y faloplastia, se encontró que tras el tratamiento, más de la mitad se habían casado, todas habían resuelto sus problemas con los documentos legales, y no existían diferencias en la actividad sexual antes y después de la faloplastia con respecto a la frecuencia de relaciones sexuales. La mayor satisfacción la obtuvieron por el cambio de su género en los documentos legales y por la resolución de sus problemas con los documentos sociales. Su principal motivo de realizar la cirugía fue, el reconocimiento como individuo del otro sexo, tanto en los aspectos sociales como en los legales.

GRADO DE SATISFACCIÓN TRAS EL TRATAMIENTO DE REASIGNACIÓN SEXUAL

La mayoría de estudios que evalúan el grado de satisfacción tras el tratamiento encuentran resultados muy favorables.

• Con respecto a la **satisfacción con el cambio de sexo**, la mayoría de estudios encuentran una satisfacción en el 100% de los pacientes (Tsoi, 1993; Cohen-Kettenis y van Gooren, 1997; Rakic y cols., 1996; Rehman y cols., 1999) exceptuando Boldlund y Kullgren (1996) que encuentran arrepentimiento en un paciente de los 19 de la muestra.

• El grado de **satisfacción con la imagen corporal** y con las características sexuales primarias y secundarias conseguidas, fue favorable en el 100% de los hombres anatómicos que cambian a mujer y en el 60% de las que cambian a hombre (Cohen-Kettenis y van Gooren, 1997). El resultado del tratamiento hormonal adquiere un papel relevante en la imagen corporal conseguida (Benjamin 1985; Cole y cols., 1994; Becerra y de Luis, 1999).

• El grado de **satisfacción con la cirugía de reasignación sexual** varía según el género. En el cambio de hombre a mujer, el grado de satisfacción con la vaginoplastia fue valorado como alto entre el 50% y el 80% (Cohen-Kettenis y van Gooren, 1997; Rakic y cols., 1996; Rehman y

cols., 1999). En la cirugía de reasignación de mujer a hombre es la mastectomía la intervención emocionalmente más relevante, debido a que la faloplastia es una técnica compleja, escasamente desarrollada y de riesgo, y solo un porcentaje de los pacientes concluyen con esta intervención. El grado de satisfacción con la mastectomía se consideró satisfactoria o aceptable entre el 40% y el 90% (Rakic y cols., 1996; Cohen-Kettenis y van Gooren, 1997), mientras que con la faloplastia la satisfacción fue menor (39%) (Tsoi, 1993). En el caso de la faloplastia, las complicaciones por necrosis, la ausencia de funcionalidad, el elevado coste y el dolor de la zona intervenida son factores que motivan que un 59% no repetiría la intervención.

• **La satisfacción en las relaciones sexuales** suele ser considerada satisfactoria incluso en pacientes sometidas a una faloplastia no funcional. Según el estudio de Lief y Hubschman (1993) es posible que el cambio de imagen y de identidad sexual sea suficiente para generar satisfacción en las relaciones íntimas, a pesar de un inadecuado funcionamiento sexual tras la cirugía genital.

En conjunto, la mayoría de estudios de seguimiento han encontrado que la adaptación social, laboral y sexual mejora tras el tratamiento de reasignación sexual, y que prácticamente ninguno se muestra arrepentido de haber realizado el proceso de cambio. No obstante, algunos autores consideran necesario un período de psicoterapia tras la cirugía para afianzar la adaptación al nuevo cambio (Rehman y cols., 1999).

CONCLUSIONES

De la revisión realizada podemos destacar diversos aspectos. La incidencia del trastorno de identidad de género se mantiene constante a lo largo del tiempo y es igual en hombres y mujeres. Ello apoya la hipótesis de que este trastorno está determinado biológicamente. En contraste, la prevalencia se ha incrementado en los últimos estudios, lo cual sugiere que la demanda en los servicios sanitarios se ha incrementado, y han salido a la luz los casos ocultos en épocas previas por las circunstancias sociales más adversas. Las características sociodemográficas difieren según las culturas,

países y género. La edad a la que los pacientes solicitan tratamiento de reasignación sexual se está reduciendo progresivamente, y cada vez son más los transexuales que han completado su proceso de cambio en la adolescencia. El nivel educativo y sociolaboral alcanzado es menor que en la población general, y presentan notables dificultades en las relaciones afectivas antes del tratamiento de reasignación sexual, lo cual implica que un inicio de tratamiento precoz puede favorecer la mejor adaptación en estos ámbitos. El trastorno de la identidad sexual es generalmente un diagnóstico aislado, y la comorbilidad con trastornos psiquiátricos mayores no se ha encontrado mayor que en la población general. Ello refleja que no se puede asemejar el trastorno de la identidad de género con el resto de trastornos mentales de la esfera no sexual. De hecho, se puede considerar incluso cuestionable el incluir este trastorno dentro de los trastornos mentales, pues es el tratamiento hormonal y el quirúrgico orientado a la reasignación de género el que resuelve el problema. En los estudios de seguimiento se demuestra que tras el tratamiento de reasignación de género, generalmente los pacientes presentan una mejoría en la adaptación social, laboral y sexual, y prácticamente todos se encuentran satisfechos de haber realizado el cambio de género. De hecho, se puede considerar que si el diagnóstico es correcto, todos los pacientes sienten la necesidad de este cambio y por lo tanto se muestran satisfechos de haberlo llevado a cabo. La satisfacción con la cirugía o con la imagen externa conseguida no siempre alcanza un grado tan elevado, pues los resultados no siempre son los esperados, sobre todo si los rasgos del género anatómico son marcados, el tratamiento se realiza a una edad tardía o la cirugía no se lleva a cabo por expertos en estas intervenciones. Es importante tener en cuenta que el motivo principal que refieren estos pacientes para realizar el tratamiento de reasignación sexual es el ser miembro del género contrario, y por lo tanto ser aceptado social y legalmente en dicho género. Por ello, la atención integral de estos pacientes y el favorecer que se lleve a cabo el tratamiento de reasignación de género es una tarea prioritaria del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.:** DSM-IV

- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Masson SA. Barcelona, 1995.
2. **Becerra Fernández A, de Luis Román DA.:** Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. *Med Clin*, 113: 484-487, 1999.
 3. **Benjamin H.:** Standards of care: the hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. *Arch Sex Behav*, 14: 79-90, 1985.
 4. **Benjamin H.:** The transsexuals phenomenon. Nueva York: Julian Press, 1966.
 5. **Bodlund O, Kullgren G, Sundbom E, Höjerback T.:** Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatr Scand*, 88:322-327, 1993.
 6. **Bodlund O, Kullgren G.:** Transsexualism-general outcome and prognostic factors: A five year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Arch Sex Behav*, 25: 303-316, 1996.
 7. **Cohen-Kettenis PT, Van Goozen SHM.:** Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 263-271, 1997.
 8. **Cole CM, Emory LE, Huang T, Meyer WJ.:** Treatment of gender dysphoria (transsexualism). *Tex Med*, 90: 68-72, 1994.
 9. **Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ.:** Comorbidity of gender dysphoria and other majorpsychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav*, 26: 13-26, 1997.
 10. **De Cuypere G, Janes C, Rubens R.:** Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatr Scand*, 91: 180-184, 1995.
 11. **Dixen JM, Maddever M, Van Maasdam J, Edwards PW.:** Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Arch Sex Behav*, 13:269, 1984.
 12. **Fernández Aranda, F, Peri JM, Navarro V, Badía-Casanovas A, Turón-Gil V, Vallejo Ruiloba J.:** Transsexualism and anorexia nervosa: a case-report. *Eating Disorders*, 8: 63-66, 2000.
 13. **Haraldsen IR, Dahl AA.:** Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults, 102: 276-281; 2000.
 14. **Herman A, Grabowska A, Dulko S.:** Transsexualism and sex-related differences in hemispheric asymmetry. *Acta Neurobiolo Exp*, 53: 269-274, 1993.
 15. **Johnson SL, Hunt D.:** The relationship of male transsexual typology to psychosocial adjustment. *Arch Sex Behav*, 19: 349-360, 1990.
 16. **Landén M, Wälinder J, Lundstrom B.:** Clinical characteristics of a total cohort of female and male

-
- applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr Scand* 7 97: 189-194, 1998.
17. **Landén M, Wälinder J, Lundström B.:** Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scand*, 93: 221-223, 1996.
 18. **Leavitt F, Berger JC.:** Clinical patterns among male transsexual candidates with erotic interest in males. *Arch Sex Behav*, 19: 491-505, 1990.
 19. **Lief HI, Hubschman L.:** Orgasm in the postoperative transsexual. *Arch Sex Behav*, 22: 145-155, 1993.
 20. **Pavón De Paz I, Monereo Megías S, Alameda Hernando C.:** Tratamiento de reasignación de sexo en pacientes transexuales. *Med Clin*, 115: 783-788, 2000.
 21. **Rakic Z, Starcevic V, Maric J, Kelin K.:** The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. *Arch Sex Behavior*, 25: 515-525, 1996.
 22. **Rehman J, Lazer S, Benet AE, Schaefer LC, Melman A.:** The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male to female transsexual patients. *Arch Sex Behav*, 28: 71-89, 1999.
 23. **Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke Jr JD, Regier DA.:** Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatr*, 41: 949-958, 1984.
 24. **Swaab DF, Gooren LJG, Hofman MA.:** The human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation. *Prog Brain Res*, 93: 205-219, 1992.
 25. **Tsoi WF.:** Follow-up study of female transsexuals. *Ann Acad Med Singapore*, 24: 664-667, 1995.
 26. **Tsoi WF.:** Follow-up study of transsexuals after sex-reassignment surgery. *Singapore Med J*, 34: 515-517, 1993.
 27. **Tsoi WF.:** Male and female transsexuals: a comparison. *Singapore Med J*, 33: 182-185, 1992.
 28. **van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ.:** Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol*, 47: 337-342, 1997.
 29. **Verschoor AM, Poortinga J.:** Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Arch Sex Behav*, 17: 173-178, 1988.
 30. **Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF.:** A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378: 68-70, 1995.