

**UNIVERSIDAD**  
**DE ALMERÍA**  
**Escuela de CC de la Salud**



**“UN DESEO ACERTADO EN UN SEXO  
ERRÓNEO”**

Modalidad

**Trabajo de Fin de Máster**

Presenta

**Carmen Camacho Cuenca**

Directora del trabajo

**Raquel Alarcón**

## AGRADECIMIENTOS

Deseo mostrar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas sin las cuales, este trabajo no habría visto la luz:

A la profesora Raquel Alarcón Rodríguez, directora de este trabajo fin de máster y un verdadero apoyo en los momentos más difíciles. Gracias por colaborar en mi formación investigadora, e iniciarme en el mundo de la investigación científica.

A las mujeres y hombres transexuales que han colaboraron anónimamente en la realización del estudio que hemos llevado a cabo.

A cada una de las asociaciones de transexuales residentes en España que han querido participar de esta investigación facilitando sus webs para la difusión del cuestionario.

A Bibiana Montoya por haberme brindado su confianza y experiencia en el largo y duro camino hacia su reasignación de sexo. Gracias a sus testimonios, he podido acercarme a la realidad vivida por cientos de transexuales en España

A mis amigas y compañeras Laura y Lucia, por estar siempre ahí, tanto en los momentos buenos como en los malos y enseñarme que con lucha y dedicación todo es posible.

## **INDICE**

### RESUMEN

I. INTRODUCCION.....	3
II. JUSTIFICACION.....	30
III.OBJETIVOS.....	32
IV.PERSONAS Y METODOS.....	33
V. RESULTADOS.....	37
VI. DISCUSIÓN.....	83
VII. CONCLUSIONES.....	85
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	86
IX. ANEXO.....	90

## I. INTRODUCCION

La sexualidad ha ido evolucionando junto con la mentalidad del ser humano. En la Prehistoria era considerada una simple satisfacción del impulso reproductivo. Sin embargo la sexualidad pasa a ocupar un lugar importante en la civilización con el descubrimiento de la agricultura, pues permitió a las tribus establecerse por períodos prolongados en territorios fijos, con lo que hombres y mujeres pudieron por fin conocer el placer de reproducirse. La religión judía fue de las primeras en reprimir la sexualidad, particularmente la de las mujeres que eran consideradas simples objetos sexuales. En el Antiguo Testamento, la función de la mujer era procrear, perpetuar, y servir a los hijos. El cristianismo cambió esta visión pero al pasar a ser religión oficial del imperio romano se convirtió en una fuerza política y represiva. El cristianismo designó la sexualidad como algo impuro. En Occidente, la represión político-religiosa de la sexualidad y sus manifestaciones se mantuvo hasta bien entrado el siglo XX. Sin embargo, entre el siglo XVIII y el actual se dieron diferentes cambios en la mentalidad social. Algunos fueron espectaculares y otros poco perceptibles. Pero todos marcaron el camino hacia la revolución sexual, que ocurrió en la década de 1960 y desembocó en las actuales concepciones sobre este tema. Por ejemplo, a finales del siglo XVIII el Marqués de Sade introdujo en Francia, entre otras cosas, una nueva visión del placer sexual. (SORLI, 2002)

Durante el siglo XIX, la sexualidad comenzó a estudiarse con mayor serenidad. La represión de sociedades puritanas, como la de Inglaterra en la época de la reina Victoria, continuó. La sociedad victoriana ostentaba varias contradicciones morales, por ejemplo, exigía continencia sexual a las mujeres "decentes", y al mismo tiempo toleraba la prostitución como un vertedero inevitable de las necesidades "sucias" de los hombres. Lo peor fue que el concepto victoriano sobre sexualidad marcó los años posteriores con una serie de creencias equivocadas. En esta época las minorías sexuales (homosexualidad, transexualidad...etc.) eran considerados una amenaza y vivían en la marginación y represión más absoluta. (SORLI, 2002)

El inicio del siglo XX fue también el principio del importante movimiento de liberación femenina, para situar a la mujer en un plano de igualdad con el hombre. Así empezaron a desecharse los tabúes sobre el cuerpo y su capacidad sexual.

Por la misma época, el psicólogo Sigmund Freud dio a conocer sus revolucionarias teorías sobre la sexualidad humana, que condujeron a una verdadera revolución sexual. (SORLI, 2002)

Con la llegada de la dictadura franquista (1939-1975), las dicotomías hombre/mujer y heterosexual/homosexual son los elementos centrales del programa ideológico y político. Más tarde, la entrada de la democracia dio lugar al comienzo de la igualdad formal que eliminó los vestigios de la legislación discriminatoria y adoptó nuevas demandas sociales inspiradas por los movimientos incipientes de homosexuales y feministas. Estos movimientos surgieron clandestinamente y florecieron en los años setenta y ochenta, al tiempo que tiene lugar la legalización de los partidos políticos de izquierdas gracias a la nueva libertad de asociación.

La nueva legislación sobre igualdad incluyó los derechos sexuales y reproductivos centrándose a la anticoncepción (1974), el divorcio (1981, ley 30/1981), el cambio de sexo (1983), aborto (1985, ley 985), reproducción asistida (ley 34/1988), etc. (PLATERO, 2008)

Tal y como se ha citado anteriormente, la transexualidad no es un fenómeno actual, existe desde muy antiguo y en diferentes culturas, habiendo sido ya ampliamente estudiada por la medicina y la psicología. Merced a dicha labor ha venido la tolerancia, el respeto, la comprensión hacia la problemática de la transexualidad comenzando por los profesionales sanitarios que deben atenderles y alcanzando al conjunto de la sociedad. Fruto de ser concebida como una realidad social, comenzó a reconocerse tanto por organismos internacionales, instituciones comunitarias y por distintos Estados forjando en ellos la conciencia generalizada de la necesidad de una regulación. (BUSTOS, 2008)

## **1. LA TRANSEXUALIDAD, TRANSEXUALISMO O TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN EL ADULTO**

El transexualismo representa la forma más grave de los Trastornos de la Identidad de Género. Desde que se inició su estudio, se han usado distintos términos y definiciones para tratar de reflejar las características del trastorno. (BERGERO, 2004)

El término empieza a utilizarse en 1940 para denominar a los individuos que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto y que quieren someterse a la cirugía de reasignación de sexo, existiendo pues una incongruencia entre el sexo con el que nacieron y el sexo al que se sienten pertenecer. El sentimiento de pertenecer a un determinado sexo biológica y psicológicamente se llama identidad de sexo o de género. (STOLLER, 1968, BECERRA, 2002)

Cauldwell en 1949, fue el primero en usar el término "Transexualismo". Este autor expuso un caso clínico de una chica que deseaba ser chico y llamó a su estado «Psychopathia transsexualis».

La primera clínica de tratamiento de los trastornos de identidad de género, se fundó en la Universidad John Hopkins, en 1963 en Estados Unidos. (BERGERO, 2004)

Harry Benjamin, endocrinólogo y sexólogo estadounidense, recopila en su libro *The transsexual phenomenon*, observaciones sobre la transexualidad y los resultados de las intervenciones médicas. Explicó que «los verdaderos transexuales sienten que pertenecen a otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales primarios (testículos) lo mismo que los secundarios (pene y el resto) son deformidades desagradables que el bisturí del cirujano debe cambiar». (BENJAMIN, 1966, BECERRA, 2002).

Robert Stoller en el año 1968 definió al transexualismo como «la convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia

le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo» (STOLLER, 1968)

En 1970, Money definió a la transexualidad como «un problema de la identidad del género en el que una persona manifiesta con convicción persistente y constante, el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa en el rol del sexo opuesto» (CHILAND, 1999)

Los estudios del género han introducido una serie de importantes distinciones para iluminar la complejidad de éste: sexo, sexualidad, identidad sexual, identidad de género, papel de género, identidad de papel de género. Sexo se refiere a características biológicas como cromosomas, hormonas, órganos sexuales y reproductivos internos y externos. La identidad de género se refiere típicamente al propio sentimiento de la persona de ser un hombre o una mujer, pero este sentimiento puede ser definido en un sentido rudimentario como tener una convicción de que la asignación del propio sexo al nacer fue anatómica y psicológicamente correcta. A medida que madura la persona, el papel del género masculino o femenino y su conducta se equipara con su sexo biológico. No obstante para algunas personas, el sexo con el cual se identifican psicológicamente no se equipara con sus cromosomas, gónadas, niveles hormonales, órganos sexuales internos o genitales externos, incluso aunque todas las características biológicas sean perfectamente concordantes. (HERNANDEZ, 2005). El grado de incongruencia entre la identidad sexual, el rol sexual y el sexo de nacimiento varía de unos individuos a otros, dando lugar a diferentes grados de disforia, insatisfacción y deseos de cambio de sexo.

El término Disforia de género fue introducido por Norman Fisk en 1973 en el sentido de que el trastorno produce ansiedad asociada al conflicto entre la identidad sexual y el sexo asignado (STOLLER, 1968). El síndrome de disforia de género, incluye al transexualismo pero también a otros trastornos de identidad de género. En una conferencia pronunciada en Junio de 1976 en Nueva York, Harry Benjamín afirmó: «Me gustaría recordar a todos un hecho importante y fundamental: la diferencia entre sexo y género. Sexo es lo que se ve. Género es lo que se siente. La armonía entre ambos es esencial para la felicidad humana.»

Person y Ovesey (1974) introdujeron un concepto interesante distinguiendo entre transexualismo primario y secundario. Estos autores llamaron la atención sobre la frecuencia en que se presentan las formas mixtas y alertaron de la dificultad a la hora de lograr una distinción clara en todos los casos. (PERSON ET AL, 1974)

Stoller intentó determinar con precisión el diagnóstico de transexualismo, tratando de diferenciarlo de otros diagnósticos como el travestismo o el homosexual afeminado. El transvestido o el homosexual se sienten pertenecientes a su sexo biológico y además, gozan de sus órganos sexuales. No existe conflicto en este sentido.

Stoller además advirtió acerca de la importancia de realizar este diagnóstico diferencial con precisión. (STOLLER, 1968)

El primer caso exitoso de la cirugía de cambio de sexo fue llevado a cabo por C. Hamburger en la década de los 50. Este autor publicó, junto con otros, la historia de la

«conversión de sexo» de Georges Jorgensen realizada en Dinamarca. La intervención tuvo un importante eco en los medios de comunicación.

Hoy en día, los trastornos de identidad de género y la transexualidad son considerados problemas de salud graves, definidos y descritos en las clasificaciones internacionales de enfermedades. Tienen una característica transcultural y aparecen en todas las épocas. (OMS, 1992; APA, 1994; BERGERO, 2004);

En 1980 aparece el transexualismo como diagnóstico en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición). En una siguiente revisión de este manual (DSM-IV) de 1994, el término transexualismo es abandonado, y en su lugar se usa el término trastorno de identidad de género (TIG) [categoría 302.85] para designar a aquellos sujetos que muestran una fuerte identificación con el género contrario e insatisfacción constante con su sexo anatómico.

En 1979 se constituye la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), aprobando unas Directrices Asistenciales (DA) que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial para los TIG (Levine et al, 1998). La última revisión es de 2001 (Meyer et al, 2001). (BECERRA, 2002)

La CIE-10 continúa denominándolo transexualismo y lo incluye dentro del apartado de trastornos de la identidad sexual. Ambas clasificaciones coinciden en los aspectos fundamentales, en el sentido de que se trata de una divergencia entre el desarrollo de un sexo morfoanatómico y fisiológico perteneciente a un género y la construcción de una identidad sexual de signo contrario. (OMS, 1992; BERGERO, 2004)

## 2. ETIOLOGIA DE LA TRANSEXUALIDAD

Aún no se ha descrito ninguna alteración del sexo genético y el cariotipo es el que corresponde al sexo biológico. Así, el origen de los trastornos de identidad de género ha sido objeto de diversas teorías.

### A) La Perspectiva Psicoanalítica:

Según esta propuesta el transexualismo es un mecanismo grave de defensa contra un conflicto temprano de identidad, o que creó el problema el refuerzo inconsciente de los padres de la conducta cruzada (GOLDMAN, 1989). El psicoanálisis explora la forma como cada sujeto elabora en su inconsciente la diferencia sexual y cómo a partir de esa operación se posiciona el deseo sexual y su asunción a la masculinidad o feminidad. La teoría psicoanalítica ofrece el recuento de la constitución de la subjetividad y de la sexualidad, así como del proceso mediante el cual el sujeto resiste o se somete al código cultural. El psicoanálisis piensa al sujeto como un ser sexuado y hablante, que se constituye a partir de cómo imagina la diferencia sexual y sus consecuencias se expresan también en la forma en la que se aceptan o rechazan los atributos y prescripciones del género. (LAMAS 1999).

### B) La perspectiva de la Endocrinología

Algunos investigadores en la materia proponen que puede haber concentraciones prenatales de estrógenos y andrógenos que influyen en cambios neurológicos (hipófisis y otras partes del cerebro) que quizá favorezcan al desarrollo de la transexualidad. La postura endocrinológica junto con sus estudios con otras especies animales, apunta a que los procesos de transexualidad están predispuestos por factores hormonales previos al nacimiento del individuo, y su acción radica pues en las funciones cerebrales y conductuales. (HERNANDEZ, 2005).

C) La Perspectiva de la Genética:

Como ya es sabido existe un gen responsable de que la gónada indiferenciada se convierta en un testículo (si está presente) o en un ovario (si está ausente) (MIGEON & WISNIEWSKI, 1998). Se han demostrado diferencias en ciertas estructuras cerebrales entre personas de diferente orientación sexual. Un estudio reciente en hipotálamo de seis transexuales de hombre a mujer demostró que el núcleo basal de la estría terminal (BST) era significativamente más pequeño que el de hombres hetero y homosexuales (ZHOU ET AL, 1995). La transexualidad podría originarse durante la etapa fetal: Una alteración hace que el cerebro se impregne hormonalmente con una sexualidad distinta a la genital (MIGEON & WISNIEWSKI, 1998). Así, los trastornos de identidad de género podrían desarrollarse como resultado de una interacción alterada entre factores genéticos, el desarrollo cerebral y la acción de las hormonas sexuales. Pero además, diversas influencias ambientales en periodos críticos del desarrollo, como el embarazo, la infancia o la pubertad, pueden influenciar la conducta y la orientación sexual. El estrés prenatal, la relación materno-filial de las primeras etapas de la vida, influencias familiares o abusos sexuales durante la infancia o la pubertad, pueden determinar la conducta sexual adulta (COHEN & GOOREN, 1999). Por tanto, bastantes datos apoyan que la orientación e identidad sexual pueden tener un sustrato biológico (genético, cerebral, hormonal) sobre el que inciden determinadas influencias ambientales sociales y familiares durante los llamados "periodos sensibles" de la vida para conformar la orientación e identidad sexual definitiva del adulto. (BECERRA, 2002)

### 3. EPIDEMIOLOGIA DE LA TRANSEXUALIDAD

En la actualidad, son pocos los estudios científicos que se han realizado sobre la Prevalencia de la Disforia de Genero en nuestro país, y sobre la distribución demográfica de quienes están afectados por ella, lo que provoca una disparidad manifiestas en las cifras que se manejan, que han llegado a asegurar que el número de transexuales en España oscila en valores que van desde el millar a diez veces esa cantidad.

A falta de registros en nuestro país, tenemos que basarnos en estudios de otros países, con el riesgo que supone la extrapolación de datos. Esas cifras varían ampliamente de unos países a otros en función del diferente clima social y cultural en el abordaje de este trastorno. Por otro lado, los estudios de prevalencia publicados

utilizan diferentes métodos de recogida de datos y diferente definición de caso. Algunos consideran como transexuales a aquellas personas que demandan reasignación de sexo, incluyendo en el mismo grupo a otros TIG que no siempre son transexuales. Probablemente, esta sea una de las causas por las que sólo se acepta para intervención aproximadamente a una de cada diez demandas de reasignación de SEXO (BEST & STEIN, 1998). Por último, en las tasas recogidas, se utiliza como denominador la población mayor de 15 años, unos sin establecer un límite superior de edad y otros estableciéndolo en 59 años.

Aunque los estudios epidemiológicos publicados hayan querido establecer una base similar para contabilizar los casos de TIG es probable que las diferencias culturales entre países puedan alterar la cuantificación real de esta problemática. Existen amplias diferencias de un lugar a otro en cuanto al acceso a los recursos sanitarios o a los costes del tratamiento, así como en las actitudes de la sociedad en general y de los propios profesionales ante este tipo de trastorno. Por otra parte, se desconoce cuántas de estas personas han sido atendidas e intervenidas en centros privados. De ahí que los datos de prevalencia de los diversos estudios sean tan diferentes, incrementándose con los años. Esto hace que las últimas cifras sean las de mayor credibilidad. (BECERRA, 2002)

Con todas estas limitaciones, para una aproximación epidemiológica en nuestro país, hemos seleccionado como referencia los últimos datos del equipo de Ámsterdam (Bakker et al, 1993), que durante 25 años ha tratado a más de 2.200 transexuales. Estos autores hablan de una prevalencia de 1 / 11.900 para transexuales de hombre a mujer (H-a-M) y de 1 / 30.400 para transexuales de mujer a hombre (M-a-H), con una ratio H-a-M / M-a-H de 2,5/ 1, y definiendo como caso a aquellas personas que ya habían iniciado tratamiento hormonal; y en el denominador consideran sólo la población de  $\geq 15$  años.

**Tabla 1: Prevalencia y proporción entre sexos de la transexualidad en diversos estudios internacionales**

Autor	Año	País	H a M	M a H	Relación H/M
Pauly et al	1968	EE.UU.	1/100.000	1/400.000	4
Walinder et al	1971	Suecia	1/37.000	1/103.000	2,8
Hoenig & Kenna	1974	R.Unido	1/30.000	1/100.000	3,3
Eklund et al	1980	Holanda	1/45.000	1/200.000	4,4
Eklund et al	1986	Holanda	1/18.000	1/54.000	3
Tsoi	1988	Singapur	1/2.900	1/8.300	2,9
Bakker et al	1993	Holanda	1/11.900	1/30.400	3
Van Kesteren et al	1996	Holanda	1/11.900	1/30.400	2,5
Weitze et al	1996	Alemania	1/14.400	1/33.200	2,3

Los datos de población de España se han obtenido de una consulta al Instituto Nacional de Estadística, con datos al 1 de Enero de 1998, que arrojan una población total de 39.852.651 habitantes (19.488.465 hombres y 20.364.186 mujeres). Del total de la población el 90,62% tiene  $\geq 15$  años (INE, 2000), lo que representa un total de 36.114.472 habitantes (17.659.977 hombres y 18.454.495 mujeres). Según esto, las estimaciones de prevalencia de TIG en España representan un total de 2.087 transexuales (1.480 de hombre a mujer y 607 de mujer a hombre). Del total, tras el adecuado proceso diagnóstico, serían candidatos a cirugía un máximo de 400 personas (2 de cada 10).

En cuanto a los datos de incidencia, los estudios realizados en Suecia entre 1972 y 1992, han recogido una incidencia de transexualismo, en población mayor de 15 años que demanda reasignación de sexo, de 0,17 / 100.000, siendo la razón hombre / mujer de 1,4 / 1. Según estas cifras, estimamos una incidencia anual para España de 61 personas que podrían demandar asistencia, y seguir el proceso diagnóstico y terapéutico (GOMEZ, 2006), 28 transexuales hombre-mujer y 29 transexuales mujer-hombre, con una ratio, por tanto, de 1 hombre por cada mujer. Esta proporción es variable en otros estudios, la razón hombre /mujer oscila entre el 2,5/1 en Holanda (VAN KESTEREN, 1996) y el 6,1/1 en Australia (ROSS, 1981).

La cuantificación de casos en la adolescencia es, si cabe, más compleja ya que a esta edad el desarrollo de la identidad sexual puede sufrir modificaciones rápidas e inesperadas (SMITH 2001, COHEN-KETTENIS 2003). Está también descrito en estos jóvenes, en determinados momentos, un aparente intento de conformidad con el sexo biológico con el fin de evitar conflictos y complacer a la familia, pero esta situación suele ser difícil de mantener, por lo que es muy recomendable un seguimiento clínico (DI CEGLIE, 1998).

**TABLA 2. APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS TIG EN ESPAÑA. DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.**

	TOTAL	VARONES	MUJERES	≥ 15 AÑOS	VARONES		MUJERES	
					TIG	≥ 15 AÑOS	TIG	≥ 15 AÑOS
ANDALUCÍA	7.236.459	3.558.950	3.677.509	3.225.121	271	3.332.559	109	
ARAGÓN	1.183.234	582.366	600.868	527.740	44	544.507	18	
ASTURIAS	1.081.834	519.530	562.304	470.798	40	509.560	17	
BALEARES	796.483	392.835	403.648	355.987	30	365.786	12	
CANARIAS	1.630.015	808.092	821.923	732.293	62	744.827	24	
CANTABRIA	527.137	256.766	270.371	232.681	20	245.010	8	
CASTILLA-LA MANCHA	1.716.152	851.354	864.798	771.497	65	783.680	26	
CASTILLA Y LEÓN	2.484.603	1.225.516	1.259.087	1.110.563	93	1.140.985	38	
CATALUÑA	6.147.610	2.997.637	3.149.973	2.716.459	228	2.854.506	94	
C. VALENCIANA	4.023.441	1.970.767	2.052.674	1.785.909	150	1.860.133	61	
EXTREMADURA	1.069.419	530.994	538.425	481.187	40	487.921	16	
GALICIA	2.724.544	1.310.415	1.414.129	1.187.498	100	1.281.484	42	
MADRID	5.091.336	2.444.919	2.646.417	2.215.586	186	2.398.183	79	
MURCIA	1.115.068	551.343	563.725	499.627	42	510.848	17	
NAVARRA	530.819	262.687	268.132	238.047	20	242.981	8	
PAÍS VASCO	2.098.628	1.026.915	1.071.713	930.590	78	971.186	32	
RIOJA (LA)	263.644	130.708	132.936	118.448	10	120.467	4	
CEUTA	72.117	36.102	36.015	32.716	3	32.637	1	
MELILLA	60.108	30.569	29.539	27.702	2	26.768	1	
ESPAÑA	39.852.651	19.488.465	20.364.186	17.660.447	1.484	18.454.025	607	

En Andalucía, se ha solicitado atención en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía (UTIG) 437 pacientes desde su apertura en octubre de 1999 hasta octubre de 2004 (ESTEVA, 2006). Transexuales Hombre-a-Mujer (THM = 270), Transexuales Mujer-a-Hombre (TMH =151). De los cuales 37 casos THM y 39 TMH han procedido de otras CCAA (17% del total).

El ratio inicial fue de 1,9/1 hombres biológicos/mujeres biológicas, con un rango de edad de 14-64 años (media 29,8 años).

Tras evaluación diagnóstica fueron excluidos del protocolo de reasignación un 7% de casos (la mayoría del grupo hombre-a-mujer), descendiendo la ratio definitivo a 1,6/1 transexuales hombre-a-mujer frente a 1 mujer-a-hombre.

La prevalencia global calculada sólo para el grupo de pacientes procedentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía y para el mismo grupo de edad fue en THM 1/ 9.685 varones biológicos y para TMH 1/ 15.456 mujeres biológicas.

En el grupo de edad de 14-18 años fueron atendidos 30 casos (7% de la muestra global), 24 THM y 6 TMH con una prevalencia poblacional los primeros de 1/ 14.741 hombres biológicos y de 1/ 62.148 mujeres biológicas. (ESTEVA, 2006).

#### 4. DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es el primer paso y es clave para la evolución del diagnóstico y consiste en que la persona transexual pueda acceder a los servicios sanitarios adecuados para tal proceso. Para quienes acceden a la asistencia diagnóstica enfrentarán una larga examinación de su propia vida pues hasta el momento es imposible realizar el diagnóstico de transexualismo basándose sólo en criterios objetivos. Depende de la información suministrada por los pacientes, que a menudo es modificada, inconscientemente o a propósito. Dado el carácter subjetivo de la información y la importancia de la decisión a tomar, el periodo de diagnóstico suele ser largo. Para el diagnóstico de transexualidad debe cumplirse lo siguiente.

- Una escrupulosa historia clínica orientada al desarrollo de la identidad de género, desarrollo psicosexual (incluyendo orientación sexual), y aspectos de la vida cotidiana.
- Exploración física desde el punto de vista ginecológico, andrológico / urológico y endocrinológico.
- Evaluación clínica desde el punto de vista psiquiátrico / psicológico que detecte problemas psicopatológicos. (TORRES, 2005)

Debe recogerse tanto información general de la personalidad como sobre el desarrollo psicosexual, comportamiento y orientación sexual, e imagen corporal. Debe evaluarse la existencia de psicopatología asociada (adicción, tendencias suicidas, perversiones, trastornos de personalidad, cuadros psicóticos, enfermedad mental orgánica o retraso mental). Se debe conocer la situación social y familiar del paciente, apoyo indispensable para el proceso de reasignación de género. Es indispensable informarle ampliamente sobre las posibilidades y limitaciones de este proceso para no levantar excesivas expectativas (BECKER ET AL, 1998).

Los pacientes van a beneficiarse de la terapia psicológica en cada etapa de la evolución de género. Esto incluye la fase de diagnóstico y verificación del proceso transexualizador, el periodo hormonal y, por último, el quirúrgico y posquirúrgico (si se realiza). Esta estructura intenta adaptarse secuencialmente a los cambios físicos que va a vivir el individuo. (BECERRA, 2002)

Algunas personas, después de la fase de valoración y diagnóstico espontáneamente cambian sus aspiraciones; otros se adaptan de forma adecuada a sus identidades de género sin intervenciones médicas y otros se arrepienten durante la terapia psicológica a seguir la secuencia triádica. Las diferencias personales se subrayan como aspectos a tener especialmente en cuenta en estos pacientes.

Cualquier persona puede acceder al periodo de verificación y diagnóstico, que tiene como finalidad descartar situaciones distintas de la transexualidad, comprobando la aptitud psicológica de la persona solicitante. Como resultado de este periodo, el psicólogo emitirá un certificado con el correspondiente diagnóstico.

Esta etapa incluye una fase de terapia que permite que se valore la historia del

paciente, que se comprendan los dilemas a los que se enfrenta y las ideas irracionales y los comportamientos desadaptativos que presenta; no se trata de curar el trastorno de identidad de género, sino de lograr un estilo de vida estable con oportunidades realistas de éxito en las relaciones sociales, en el área educativo y laboral y en la expresión de la identidad de género. En este momento la familia juega un papel importante y directa o indirectamente resulta necesario el trabajo psicológico.

También, en esta etapa, el psicólogo discutirá con el paciente con el fin de lograr una toma de conciencia, las consecuencias posibles a nivel familiar, social, laboral, económica y legal, que el cambio de género le acarrearía. Valorará además en el paciente, la existencia de adecuados recursos psicológicos y sociales para afrontar dicho cambio.

Este periodo tendrá una duración no inferior a 3 meses. Durante este tiempo el psicólogo diagnosticará con exactitud el trastorno de género del individuo, explicitando la existencia o no de comorbilidad psicológica, para ello se hace necesaria la realización de un diagnóstico diferencial. (BORDON, 2001)

El diagnóstico se lleva a cabo en base a unos criterios establecidos en el DSM-IV o en el ICD-10. Aunque cada manual clasifica a los TIG de forma diferente, en esencia son muy similares (Tabla 3). (TORRES.2005)

**TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE LOS TIG SEGÚN EL DSM – IV Y EL ICD – 10**

MANUAL	CUADROS	SUBDIVISIÓN	CRITERIOS
DSM-IV	1. TIG	1. INFANCIA	REÚNEN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
		2. ADOLESCENCIA	
		3. ADULTO	
	2. TIG NO ESPECÍFICOS	-	NO LOS REÚNEN
ICD-10	1. TRANSEXUALISMO	-	LOS MISMOS QUE DSM-IV
	2. TRAVESTISMO	- NO FETICHISTA	LLEVAR ROPA DEL SEXO OPUESTO PARA FOMENTAR PERTENECER A EL SOLO DE FORMA TEMPORAL
		- FETICHISTA	
	3. TIG DE LA INFANCIA	1. NIÑOS	ESPECÍFICOS PARA CADA SEXO
		2. NIÑAS	
	4. OTROS TIG	-	NO ESPECÍFICOS, GENITALES AMBIGUOS
	5. TIG NO ESPECÍFICOS	-	NO ESPECÍFICOS

Si siguiendo lo expuesto en el DSM-IV, se tendrá en cuenta otros diagnósticos tales como: (BORDON, 2001)

- Comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo. Lo diferenciamos del trastorno de la identidad sexual por la magnitud y la extensión de los deseos, de los intereses y de las actividades propias del otro sexo. Al comportamiento de niños-as que no se corresponde con el estereotipo cultural

de masculinidad o feminidad no debe asignársele el diagnóstico de este trastorno a no ser que se dé todo el síndrome, con malestar y deterioro. Si aparece disforia sexual en un individuo con fetichismo transvestista, pero no se cumplen todos los criterios para el trastorno de la identidad sexual, puede usarse entonces la especificación con disforia sexual.

- El fetichismo transvestista aparece en varones heterosexuales (o bisexuales) para quienes el comportamiento transvestista tiene como finalidad la excitación sexual.
- Puede usarse la categoría de trastorno de la identidad sexual no especificado para los individuos que tiene un problema de identidad sexual junto a una enfermedad intersexual congénita concurrente (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita).
- En la esquizofrenia rara vez hay ideas delirantes de pertenecer al otro sexo. La insistencia por parte de un individuo de ser del otro sexo no debe ser considerada delirante, ya que lo realmente se valora es el sentirse del otro sexo y no la creencia de pertenecer a él. Sin embargo, en casos muy raros coexisten la esquizofrenia y el trastorno de identidad sexual.

Existe en el ICD-10 el término Travestismo de doble rol, que hace referencia a individuos que visten ropas del sexo opuesto para experimentar una permanencia temporal con el otro sexo, no existe una motivación sexual para vestirse como el sexo contrario y , no presentan deseos de un cambio permanente al sexo opuesto.

El siguiente paso consistirá en el establecimiento del plan terapéutico que se estime oportuno tras las valoraciones realizadas previamente, concluyendo con un informe que estime lo apropiado del diagnóstico. Se necesita la conformidad en este informe para que el endocrino inicie la fase de hormonación. (BORDON, 2001)

## **5. TRATAMIENTO ENDOCRINOLOGICO**

Una vez que el equipo de salud mental (psiquiatra/ psicólogo) ha realizado un diagnóstico firme, el paciente inicia la fase de atención endocrinológica.

Antes de comenzar el tratamiento hormonal debe realizarse una evaluación y exploración somática sistemática. Es importante conocer las expectativas del paciente y el grado de prejuicios y de información previa al tratamiento hormonal (ESTEVA DE ANTONIO ET AL 2002).

En relativamente bastantes ocasiones, los pacientes llegan al endocrinólogo en situación de autohormonación previa, con frecuencia usando dosis muy elevadas de tratamiento hormonal, y buena parte del tiempo debe dedicarla el endocrinólogo a reconducir dicha terapéutica, sin saber nunca a ciencia cierta cuál es o cuál va a ser el grado real de seguimiento de dichas recomendaciones. (Tabla 4).

#### **Tabla 4: Criterios de elegibilidad para el tratamiento hormonal en pacientes con trastorno de identidad de género**

##### Criterios de elegibilidad

- 18 años de edad o más
- Conocimiento de los efectos de las hormonas (beneficios y riesgos)
- 3 meses de experiencia de vida real documentada (o psicoterapia)

##### Criterios de disposición

- Identidad sexual consolidada por experiencia de vida real (o psicoterapia)
- Mantener (o mejorar) la salud mental estable (control satisfactorio de otros problemas: sociopatías, adicciones, psicosis, tendencias suicidas, etc.)
- Cumplimiento responsable del tratamiento

##### Excepciones

En algunos casos y para evitar males mayores (como el uso de hormonas no supervisadas), el tratamiento hormonal podría prescribirse a falta del último criterio de elegibilidad.

El tratamiento hormonal podrá prescribirse a quienes no puedan o no quieran operarse, o no puedan o no quieran vivir la experiencia de la vida real como del otro sexo, pero sólo tras diagnóstico y psicoterapia de al menos 3 meses de duración.

Antes de iniciar los tratamientos hormonales oportunos, el endocrinólogo debe descartar la existencia de problemas somáticos de diferenciación sexual, por ejemplo estados de intersexo; habitualmente en la primera visita en Endocrinología, además de una completa anamnesis general y una exploración física, se solicitan una serie de pruebas analíticas entre las que además de un perfil hormonal, se puede incluir la determinación del cariotipo. (Tabla 5). Igualmente, otra de las misiones del endocrinólogo es asegurarse de que no existen contraindicaciones absolutas o situaciones graves que puedan desaconsejar el tratamiento de hormonación. Así, por ejemplo, en la hormonación con estrógenos, son contraindicaciones absolutas la hipertensión arterial grave, la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus...etc.

#### **Tabla 5: Pruebas de valoración endocrinológica**

- Anamnesis
- Antecedentes personales y familiares
- Hábitos higiénico-dietéticos y tóxicos
- Datos antropométricos y presión arterial
- Perfil hidrocarbonado y lipídico
- Pruebas de función renal y hepática
- Pruebas de coagulación
- Perfil hormonal (eje H-H-gonadal y otros)

-Técnicas de imagen (ecografía hepática, tomografía axial computarizada de silla turca, etc.)

-Cariotipo

-VIH, marcadores de hepatitis inestable, la cardiopatía isquémica activa, la insuficiencia renal crónica, hepatopatía, dislipemia y las trombofilias severas; y contraindicaciones relativas: la migraña, la hiperprolactinemia, las dislipemias, la insuficiencia venosa, antecedentes familiares de cáncer de mama, el tabaquismo y la cardiopatía isquémica.

A su vez, en la hormonación con andrógenos, serán contraindicaciones absolutas, la hipertensión arterial grave, la cardiopatía isquémica inestable, la insuficiencia renal crónica, la hepatopatía y las dislipemias severas, y contraindicaciones relativas, la hipertensión arterial, la migraña, el tabaquismo, la poliglobulia y la dislipemia (Tabla 6).

**Tabla 5 y Tabla 6: Contraindicaciones del tratamiento estrogénico y androgénico**

<b>Estrogénico</b>		<b>Androgénico</b>	
<i>Absolutas</i>	<i>Relativas</i>	<i>Absolutas</i>	<i>Relativas</i>
E. tromboembolica	HTA grave	Insuficiencia hepática	Epilepsia
Obesidad mórbida	Diabetes mellitus	Hepatitis aguda o crónica	Hemicrania
Cardiopatía isquémica	Anteced. Ca mama	Síndrome nefrítico	Insuficiencia renal
E.cerebrovascular	Tabaquismo	Descompensación Cardíaca	Insuficiencia cardíaca
Hepatopatía crónica	Hiperprolactinemia		Latente
Hipertriglicemia	Cefalea refractaria		Poliglobulia
			Dislipemia grave

En términos generales, las contraindicaciones absolutas son excepcionales; lo más habitual es que las patologías asociadas que pueda tener el paciente obliguen a modular o ajustar la dosis de medicación.

Una vez analizados estos puntos, el endocrinólogo debe seleccionar el preparado y la pauta, cuya eficacia se valorará en el seguimiento, con los ajustes y cambios que sean necesarios.

En el tratamiento hormonal de reasignación de sexo, el objetivo es conseguir que el €e incluso demandan, cambios rápidos y completos, con una cierta inmediatez nada más iniciado el tratamiento. El endocrinólogo debe explicarle al paciente la progresividad de los cambios que se van a ir produciendo en meses y las consecuencias de tipo irreversible que el tratamiento hormonal comporta; todo ello debe venir explicado también de forma escrita en un Documento de Consentimiento Informado que el paciente deberá leer y firmar antes del inicio del tratamiento hormonal. Son esperables cambios a nivel de caracteres sexuales secundarios, sobre la composición corporal, con modificaciones en la distribución de la grasa y el desarrollo muscular, y efectos a nivel conductual. Pero también es llamativo que los cambios tienen cierta variabilidad

individual con efectos de intensidad no absolutamente homogénea de un individuo a otro. (PUIG, 2006) Todo ello se valorará de manera individual a través de un seguimiento exhaustivo cada 3 meses durante el primer año y después cada 6 meses. La fase de TH dura 2 años. No se trata que a los 2 años se finalice el tratamiento, que debe proseguir durante toda la vida del paciente, sino que hasta ese momento, 2 años de TH, no se podría avanzar hacia la fase de cirugía.

En la fase de TH, la intervención psicológica es fundamentalmente de apoyo psicológico y se basa principalmente en la denominada “experiencia de vida real” o “prueba de vida real”. Durante esta fase, el paciente comienza a adecuar su imagen al sexo sentido (ropa, maquillaje, depilación, lenguaje, lenguaje no verbal, etc.). A la vez que se produce la intervención de apoyo, el psicólogo debe mantener la evaluación, pues incluso en esta fase se detectan personas que, después de manifestar un fuerte deseo de modificar su sexo, al iniciar la experiencia de vida real descubren que sus sentimientos son contradictorios. Incluso algunos pacientes ni siquiera llegan a iniciar esta experiencia. (RODRIGUEZ ET AL, 2009)

Los fármacos habitualmente utilizados para el tratamiento hormonal son esteroides sexuales sintéticos y semisintéticos (Tabla 7); no se ha demostrado que determinados fármacos sean más eficaces que otros (MOORE 2003), por lo que la elección de los mismos depende de la disponibilidad de mercado, precio y familiarizada experiencia del endocrinólogo en la utilización de preparados concretos. Las dosis óptimas tampoco se han establecido de forma precisa y tras una pauta de inicio a una dosis concreta recomendada, se van realizando ajustes en función de los efectos obtenidos en los meses siguientes. La mayor parte de cambios suelen ser ya patentes a los 6 meses y considerarse establecidos entre los 12 y 24 meses. Al cabo de dos años de haber iniciado el tratamiento hormonal, no cabría esperar más cambios, aunque en algunos casos de transexuales mujer en tratamiento androgénico, el vello facial puede continuar modificándose e incrementando hasta 4 o 5 años después de haber iniciado la hormonación (MICHEL 2001).

**Tabla 7: Fármacos y dosis para el tratamiento hormonal del transexualismo**

Mecanismo de acción	Compuesto químico	Nombre comercial	Dosis media	
Análogos de LHRH	Goserelina	Zoladex® 3.6	3.6 mg/mes, s.c.	
	Triptorelina	Decapeptyl® 3.75	3.75 mg/mes, i.m.	
Inhibidores de la síntesis andrógenos (testosterona y DHT)	Espironolactona	Aldactone®	100-200 mg/día, v.o.	
	Finasterida	Proscar®	5 mg/día, v.o.	
Antigonadotrópicos	Flutamida	Eulexin®	750 mg/día, v.o.	
	Acetato de ciproterona	Androcur®	100 mg/día, v.o.	
		Medroxiprogesterona	Progevera®	5-10 mg/día, v.o.
		Depo-Progevera®	150 mg/mes, i.m.	
	Linestrenol	Orgametril®	5-10 mg/día, v.o.	
Bloqueadores receptores androgénicos	Noretisterona	Promolut-Nor®	5-10 mg/día, v.o.	
	Acetato de ciproterona	Androcur®	100 mg/día, v.o.	
	Espironolactona	Aldactone®	100-200 mg/día, v.o.	
Estrógenos	Estrógenos conjugados	Premarin®	1.25-2.5 mg/día, v.o.	
		17β-estradiol	Progyluton®	2-4 mg/día, v.o.
		Gynodian Depot®	4-20 mg/mes, i.m.	
	Estríol	Estraderm TTS®	50-100 µg/día, v.t.d.	
		Synapause®	4-6 mg/día, v.o.	
		Ovestinon 0.250 mg®	4-6 µg/día, v.o.	
Andrógenos	Esteres testosterona	Testex Prolongatum®	250 mg/15 días, i.m.	
		Reandron®	1000 mg/3 meses, i.m.	
	Parches testosterona	Androderm®	5 mg/día, v.t.d.	
	Gel de testosterona	Testogel® y Testim®	50 mg/día v.t.d.	

Además de los compuestos propiamente hormonales, como diversos preparados de testosterona o estradiol, con un efecto primario, suele en algunos casos asociarse otro tipo de compuestos, sobre todo en los transexuales hombre en tratamiento estrogénico; dado que a pesar de existir un efecto prácticamente irreversible sobre la espermiogénesis al cabo de poco tiempo de tratamiento con estrógenos, pero la producción de andrógenos es aún notable hasta que se realiza la castración quirúrgica, es bastante habitual que se incluyan compuestos con actividad antiandrogénica como la ciproterona o la espironolactona. De forma mucho menos frecuente se puede realizar tratamiento con análogos de LH-RH que producen una castración química de tipo reversible; ello puede estar indicado en transexuales muy jóvenes para retrasar o detener el desarrollo de caracteres sexuales secundarios hasta el inicio del tratamiento hormonal al alcanzar la mayoría de edad. El tratamiento estándar de transexual de hombre a mujer incluiría una dosis diaria de estrógenos orales, reservando la vía transdérmica a sujetos mayores de 40 años por el mayor riesgo de tromboembolia. En el caso de tratamiento de hormonación de mujer a varón puede iniciarse con 100 mg de enantato de testosterona im al primer mes e ir incrementando la dosis hasta 250 mg cada 3-4 semanas; para conseguir la cesación de las menstruaciones pueden utilizarse progestágenos como el acetato de medroxiprogesterona durante 2 o 3 meses hasta que los crecientes niveles circulantes de testosterona por si mismos provocan la amenorrea. (PUIG,2006)

Finalmente, remarcar nuevamente las actuaciones asistenciales en los pacientes con transexualidad deben realizarse por un equipo multidisciplinario.

En cualquier caso, la existencia de un equipo terapéutico cohesionado y con un buen nivel de intercomunicación es fundamental para obtener unos resultados acordes con las demandas de los pacientes y la autoexigencia de asegurar la mejor terapia posible de una afección olvidada, hasta hace poco, por la sociedad y la clase médica. (PUIG, 2006)

## **6. TRATAMIENTO QUIRURGICO: CIRUGIA DE REASIGNACION DE SEXO**

La terapia quirúrgica sólo se contempla después de un año de terapia hormonal. Todo este proceso está generando un incremento en la demanda de asistencia sanitaria por parte de estos pacientes, acompañado de un entorno social más favorable con menos rechazo y más comprensión de su problemática. En España la cirugía de reasignación de sexo no se contempla en la sanidad pública, salvo en la comunidad autónoma de Andalucía desde 1999.

### **6.1 CIRUGIA DE REASIGNACIÓN SEXUAL DE MUJER-A-HOMBRE**

La cirugía de cambio de sexo de mujer biológica a varón tiene como objetivo conseguir un cuerpo masculino más allá del efecto hormonal.

Incluye tres tipos de intervenciones:

- La mastectomía bilateral subcutánea: extirpación del tejido glandular mamario con conservación de areolas y pezones.
- La histerectomía con doble anexectomía: extirpación de útero, trompas y ovarios (debe realizarla el ginecólogo).
- La faloplastia: reconstrucción de unos genitales externos a modo de pene y testículos que permitan la micción en bipedestación.

Además de estas intervenciones de reasignación sexual, el paciente de mujer-a-hombre puede someterse a otras intervenciones estéticas masculinizantes o de corrección de ciertos rasgos como son: liposucción de caderas, liposucción de pecho que se puede asociar a la mastectomía para un resultado más estético y aplanado, cierre de los orificios de las orejas, tiroplastia para mayor proyección de la nariz, mentoplastia con prótesis de mentón, etc. (MAÑERO, 2006)

#### **6.1.1. MASTECTOMÍA**

La mastectomía bilateral subcutánea consiste en la extirpación de la práctica totalidad del tejido glandular mamario dejando una base de sustento al complejo areola-pezones que evita su hundimiento y garantiza su irrigación y parte de la inervación (sensibilidad). Se preserva la areola y se suele reducir de tamaño. (MAÑERO, 2006)

Para realizar la mastectomía o reducción de mamas se usan 3 técnicas distintas, dependiendo principalmente del tamaño de las mamas:

1) Técnica periareolar: indicada en mamas pequeñas. Se practica una incisión periareolar dejando el tamaño de areola deseado y otra incisión concéntrica más externa. Se elimina la piel sobrante entre las dos incisiones (desepitelización).

A continuación se extirpa el tejido glandular dejando el complejo areola-pezón sobre una capa de dermis y algo de glándula que garanticen la irrigación del mismo a expensas de la dermis. Se suturan los dos círculos periareolares corrigiendo las arrugas.

2) Técnica periareolar ampliada: indicada en mamas voluminosas. Se practican las dos incisiones concéntricas periareolares junto con otras horizontales fusiformes hacia la axila para eliminar el exceso de piel (semejante a las mastectomías clásicas).

3) Técnica de injerto libre del complejo areola-pezón: indicada cuando hay tanto tejido a eliminar que no se puede garantizar la irrigación de la areola a través de la dermis (también en pacientes muy fumadores, que tienen muy comprometida la microcirculación). Se realiza la mastectomía con incisión clásica fusiforme que luego quedará como una cicatriz horizontal y el complejo areola-pezón se injerta en su nueva posición anatómica tras ser debidamente preparado. (MAÑERO, 2006)

- **Posibles complicaciones**

Cualquier procedimiento quirúrgico conlleva sus riesgos asociados, pero la mastectomía bilateral subcutánea no es una intervención de alto riesgo. Es posible experimentar un cambio en la sensibilidad de los pezones y la piel de las mamas, aunque suele recuperarse total o parcialmente con el tiempo. También es posible la necrosis del complejo areola-pezón. Es poco usual, con más incidencia en pacientes fumadores con mamas voluminosas. Se puede reconstituir el complejo con injertos de piel inguinal (que por su pigmentación más oscura se asemeja a la piel areolar) o bien se puede tatuar la areola mediante pigmentación.

En mamas grandes y con la técnica periareolar pueden quedar arrugas alrededor de la areola al fruncir la piel, siendo preciso un retoque estético pasados unos meses para mejorar la cicatriz o para compensar asimetrías. El resto de complicaciones son aquellas habituales en cirugía y no específicas de esta intervención: hematomas (motivo por el que se dejan sistemáticamente drenajes aspirativos unos días junto al vendaje compresivo), infección (se administra profilaxis preoperatoria que se prolonga 3 días), cicatrización anómala (hipertrófica o queloides) o cicatrización retardada (habitual de fumadores por alteraciones en la microcirculación), etc. (MAÑERO, 2006)

## **6.1.2. HISTERECTOMÍA Y ANEXECTOMÍA**

La función de esta intervención es doble: eliminar la secreción de estrógenos y evitar el desarrollo de futuras alteraciones en útero y ovarios debidas al tratamiento hormonal con andrógenos, como la formación en ovario de folículos quísticos y atrésicos junto a hiperplasia estromal, endometriosis o miomas uterinos. Se extirpan el útero, los dos ovarios y las trompas de Falopio.

Se debe respetar el fondo vaginal porque interesa poder obtener un colgajo vaginal largo en una futura intervención posterior de faloplastia para la reconstrucción de la

uretra. Además, la desconexión de la vagina de los ligamentos en la histerectomía facilita la futura movilización de la misma para la confección del colgajo. (MAÑERO, 2006)

### 6.1.3. FALOPLASTIA

El objetivo de esta intervención es crear unos genitales externos de aspecto masculino (con pene y bolsa escrotal), que permitan una función miccional normal (en posición de bipedestación) y una estimulación erógena satisfactoria. Actualmente se utilizan dos tipos de técnicas:

- Faloplastias por colgajos: que permite un pene de tamaño normal pero generalmente poco sensible y sin capacidad erógena,
- Metaidoioplastia: micropene reconstruido a partir de la modificación del clítoris hipertrofiado, y por lo tanto con estimulación erógena preservada. (MAÑERO, 2006)

- **La intervención**

#### 1) FALOPLASTIA POR COLGAJOS

El resultado final es la confección de un falo o pene con tejidos que incluyen piel, grasa, músculo, nervio y vasos (vena y arteria), ya sean pediculados procedentes de zonas cercanas como el abdomen o las ingles, o con colgajos a distancia que precisarán de microcirugía para las anastomosis vasculares y nerviosas. Permiten recibir prótesis de pene, generalmente en un segundo tiempo quirúrgico. (MAÑERO, 2006)

##### 1.a) Faloplastia con Colgajos Pediculados:

--Colgajos tubulares abdominales: se utiliza un colgajo a modo de neouretra y se incluye en otro exterior, asociando cartílago, tiras de fascia lata o costillas para mejorar la firmeza. No se aporta sensibilidad al pene y requieren de varias etapas quirúrgicas.

– Colgajos locales: a partir de la zona crural que contiene las ramas femorales del nervio genitocrural o de la zona glútea. También son técnicas en varios tiempos, pero se obtienen unos genitales sensibles y con capacidad de penetración si se coloca una prótesis de pene.

– Colgajos musculocutáneos: utilizando el músculo recto interno del muslo inervado por el nervio obturador, o el músculo recto abdominal con vascularización de base distal.

##### 1.b) Faloplastia con Colgajos a Distancia:

Son los colgajos que más se practican en la actualidad, ya que permiten la confección en un solo tiempo quirúrgico de un pene sensible y que puede recibir prótesis. Las anastomosis vasculares son término-laterales con los vasos femorales o con los epigástricos inferiores profundos, y la anastomosis nerviosa es término-terminal con los nervios pudendos.

– Colgajo libre osteocutáneo del peroné:

– Colgajo fasciocutáneo antebraquial libre (o radial).

## 2) METAIDOIOPLASTIA (O METAIDOPLASTIA)

Esta técnica quirúrgica permite la reconstrucción de un microfalo de unos 3 a 6 cm de longitud por unos 1,5 a 2 cm de diámetro. Este micropene cumple con la mayoría de los requisitos funcionales, pero el resultado no permite la penetración sexual. Precisa del tratamiento hormonal previo para conseguir un clítoris hipertrofiado que al liberarlo permita la formación de un pene de pequeño tamaño, pero eréctil, sensible, erógeno y con capacidad orgásmica. (MAÑERO, 2006)

Con el tratamiento hormonal el clítoris femenino aumenta considerablemente de tamaño, pudiendo llegar incluso a tener una apariencia similar al pene masculino.

- **Posibles complicaciones**

Dada la complejidad y los múltiples procedimientos empleados en esta cirugía, las complicaciones vendrán determinadas por el tipo de técnica empleada. Las complicaciones específicas más usuales son las relacionadas con el tracto urinario y con las prótesis de pene. La isquemia y las dehiscencias de las anastomosis uretrales son las causas más frecuentes de fístulas (hacia escroto) o estenosis uretrales. Estas fístulas secundarias pueden ser corregidas con colgajos locales de labios mayores o piel perineal. También existe la posibilidad de fístula vésico-vaginal o de infección de orina. Se debe tener en cuenta que la eyaculación por uretra no es posible. Las prótesis testiculares y de pene (más las rígidas que las flexibles) pueden extruirse. El resto de complicaciones son las generales de toda intervención. (MAÑERO, 2006)

## 6.2 CIRUGIA DE REASIGNACIÓN SEXUAL DE HOMBRE-A-MUJER

Las intervenciones quirúrgicas en transexuales hombre a mujer (H-a-M) pueden comprender los procedimientos siguientes:

- Mamoplastia de aumento
- Vaginoplastia (Reconstrucción vaginal y de la vulva)
- Diversas operaciones feminizantes (estéticas) incluida la resección de la prominencia tiroidea.

### 6.2.1. LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO

Una de las intervenciones más solicitadas por la persona transexual de hombre a mujer es la mamoplastia de aumento. Si bien es cierto que el tratamiento hormonal puede desarrollar las mamas, el tamaño final no suele ser satisfactorio para estas pacientes, por lo que con cierta frecuencia se recurre a la cirugía para conseguir el tamaño mamario deseado. Esta cirugía permite, gracias a la colocación de implantes o prótesis, o a la colocación de tejido propio, agrandar el volumen de los senos, dándoles al mismo tiempo una forma estética más femenina. (VILA,

- **La intervención quirúrgica**

Antes de la intervención quirúrgica es preciso conocer el tiempo de tratamiento estrogénico, para valorar si la mama puede o no seguir desarrollándose y para conocer el volumen final tras el implante. A partir del historial y después de estudiar las características anatómicas del tórax, se valorará la “talla” que mejor armoniza con su cuerpo, o el tipo de prótesis más aconsejable según la forma, que pueden ser redondas o anatómicas. De la misma manera se aconsejará la modalidad de implante o prótesis más adecuado. (VILA, 2006)

- **La axilar:** La prótesis se coloca a través de una incisión en la axila.

- **La periareolar:** La incisión se realiza en el límite entre la parte inferior de la areola y la piel. No obstante esta vía va a depender del desarrollo mamario, ya que las areolas de la mujer transexual suelen ser menores y ello dificulta dicho abordaje para la colocación del implante.

- **La submamaria:** La incisión se realiza en el surco de debajo del pecho, con lo que la cicatriz queda escondida en el pliegue que existe entre la mama y el tórax.

- **Complicaciones y seguimiento**

La mamoplastia de aumento es una cirugía segura, pero como cualquier otra cirugía no está exenta de riesgos. El más frecuente (menos del 2%) es la llamada contractura capsular. Se produce cuando la cicatriz que rodea la prótesis se empieza a contraer, comprime el implante dándole al pecho una consistencia más dura y esférica. El acumulo de sangre, o hematoma alrededor de la prótesis, suele evitarse con la colocación de drenajes. Otra complicación infrecuente es la infección del implante. Algunas pacientes refieren cambios en la sensibilidad de los pezones, aunque suelen ser temporales. Tras la colocación del implante puede aparecer dolor de diversa severidad y con diferente duración, y ocurre principalmente cuando se eligen tamaños grandes o inadecuados. Las cicatrices habitualmente son imperceptibles. Pero en ocasiones pueden aparecer queloides o cicatrices patentes, que a veces precisan una corrección quirúrgica posterior. (VILA, 2006)

## 6.2.2. VAGINOPLASTIA

La vaginoplastia es una intervención quirúrgica que supone la transformación de los órganos genitales masculinos en estructuras que asemejan la morfología femenina. Por lo tanto comprende la recreación de un introito, labios mayores y menores, el meato uretral y el clítoris, así como una cavidad vaginal suficiente para poder mantener relaciones sexuales satisfactorias (MONSTREY Y COLS., 2001; ELDH, 1993)

## **• Procedimientos quirúrgicos de reconstrucción vaginal**

**1) Reconstrucción mediante injertos libres cutáneos:** Esta técnica se basa en la creación de las paredes de la vagina a partir de piel del pro-pio paciente de zonas no pilosas.

**2) Colgajos pediculados locales:** Esta técnica consiste en la creación de colgajos cutáneos o músculo-cutáneos pediculados, es decir, con aporte vascular propio, de zonas próximas como el periné, zona inguinal o cara interna del muslo, para suturarlos entre sí a modo de saco e introducirlos en el espacio quirúrgico creado previamente.

**3) Reconstrucción vaginal mediante la interposición de un fragmento intestinal:** Se han descrito distintas técnicas al respecto dependiendo de la porción de intestino que se utiliza: ileal, cecal o recto-sigmoideo, siendo esta última la más utilizada en pacientes transexuales por los mejores resultados obtenidos. (VILA, 2006)

### **• La vaginoplastia según la técnica de inversión peneana**

La técnica de inversión peneana consiste en la creación de una neovagina a partir de la piel invertida del pene y del escroto, y será la primera técnica a tener en cuenta. Para poderse someter a una vaginoplastia por inversión peneana, la paciente transexual deberá tener un pene con unas dimensiones mínimas, y una buena calidad de la piel peneana. Es recomendable que la paciente suspenda el tratamiento estrogénico entre 2-4 semanas previas a la intervención, ya que los estrógenos en sangre aumentan la posibilidad de padecer una trombosis venosa profunda, con los riesgos y problemas que ello comporta. (VILA, 2006)

Las complicaciones específicas de este tipo de intervención pueden ser diversas: 1) Estenosis del introito vaginal, que puede estar causado por la falta de dilataciones o relaciones sexuales. 2) Estenosis del meato uretral. 3) Fístula recto-neo-vaginal. Si no es detectada en el momento de la cirugía y reparada, puede ser necesario realizar una colostomía hasta la resolución de la misma. 4) Vagina corta. En aquellos procesos como micro-penes, circuncisión previa, etc., donde se determine que la cantidad de piel para recubrir la neo-vagina vaya a ser insuficiente, se debe adoptar otro tipo de técnica. 5) Apariencia antiestética, aunque hay que tener en cuenta que al igual que otras partes del cuerpo, la vagina de cada mujer es diferente, y por lo tanto no existe un único patrón común o modelo estético. 6) La embolia venosa profunda y pulmonar, o la fístula vesico-vaginal, las cuales son complicaciones excepcionales. (VILA, 2006)

### **• Reconstrucción vaginal mediante la interposición de un fragmento de intestino**

Existen diferentes técnicas de vaginoplastia que utilizan interposición de un fragmento de intestino. Según la porción de intestino utilizada para la confección de la neovagina se pueden dividir en tres tipos:

- a) Plastia mediante un segmento de intestino delgado:
- b) Plastia mediante un segmento de ciego y colon ascendente.
- c) Plastia mediante un segmento de colon sigmoideo.

## a. LA CIRUGÍA FACIAL Y CORPORAL FEMINIZANTE

### • La importancia de la imagen externa facial y corporal

En la mayoría de relaciones humanas, la cara representa la expresión más importante entre las personas. Dado el significado psicológico y social del rostro, cualquier aspecto del mismo que nos parezca anormal produce un enorme malestar, ansiedad y falta de autoconfianza, sobre todo en las relaciones personales. (VILA, 2006)

Desafortunadamente, y como consecuencia del culto a la imagen en la sociedad actual, las mujeres transexuales que han conseguido una imagen final menos femenina (porque hayan iniciado el proceso más tarde, porque su estructura ósea sea más marcada o porque no han tenido posibilidad de favorecer los cambios), habitualmente son peor aceptadas por la sociedad que aquéllas cuya imagen final no hace dudar de su feminidad. (VILA, 2006)

### • Los procedimientos de cirugía facial feminizante

Los procedimientos de cirugía facial feminizante son diversos: (VILA, 2006)

**1) Feminización de la frente.** La frente femenina es más corta y redondeada que la masculina. El objetivo está en disminuir esta protusión ósea supraorbitaria y dar un aspecto más curvo al resto de la frente.

**2) Feminización del zigoma o pómulos.** La mujer posee un desarrollo de los pómulos mayor a los del hombre. La técnica más agresiva implica la osteotomía o fractura y movilización del hueso a una posición más externa. Otra posibilidad consiste en la colocación de implantes. En casos excepcionales se puede realizar un relleno con sustancias irreabsorbibles para dar volumen.

**3) Cirugía nasal o Rinoplastia.** La nariz femenina es más pequeña, más cóncava y estrecha que la masculina. Esta técnica quirúrgica no difiere de la rinoplastia estándar.

**4) Cirugía de la mandíbula: Gonioplastia y mentoplastia.** La mandíbula masculina es más grande y de mayor espesor. La sínfisis mandibular o mentón en el hombre es más cuadrada, más ancha y de mayor tamaño. El abordaje puede ser tanto externo como por el interior de la boca. Se realiza en ambos casos una osteotomía o resección del hueso mandibular para suavizar los ángulos y disminuir la proyección, redondeando y suavizando las facciones.

**5) Tiroplastia y cirugía de la nuez.** El cartílago tiroideo es la estructura no ósea que marca una notable diferencia entre el cuello masculino y femenino.

### • La liposucción y lipoescultura

La hormonación produce cambios en la distribución de la grasa en el cuerpo humano. La testosterona direcciona los depósitos de grasa hacia el tronco, tanto extra como intraabdominalmente. Por lo contrario, los estrógenos consiguen llevar los acúmulos grasos hacia las extremidades inferiores. En la persona transexual, masculino como femenino, estos cambios se inician prematuramente con la hormonación y evolucionan durante el primer año. Es en este punto donde se puede

plantear una liposucción o lipoescultura (TOLLETH, 1987).

La liposucción es una técnica que permite eliminar aquellos depósitos de grasa localizados en zonas específicas del cuerpo: abdomen, nalgas, caderas, muslos, pantorrillas, tobillos, etc. La lipoescultura añade la reinyección de la grasa aspirada en unas zonas para reinyectarla en otras zonas donde la hormonación no ha conseguido aumentar estos depósitos. (VILA, 2006)

## **7. VISION SEXOLOGICA Y SOCIOLOGICA DEL TRANSGENERO Y TRANSEXUALIDAD**

La opinión que la ciudadanía tiene sobre las personas transgénero y transexuales sería la del desconocimiento generalizado, mucho más intenso en el caso del transgénero que en el de la transexualidad. En el caso del transgénero, el grado de desconocimiento es tal que ni tan siquiera existen ideas equivocadas al respecto: sencillamente, no se contempla socialmente su existencia.

A la sociedad le cuesta entender que haya personas que se encuentran en posiciones tradicionalmente no definidas respecto del sexo. Se entiende que una persona esté descontenta con su sexo de nacimiento y quiera cambiarlo. Sin embargo, no se comprende que alguien no se identifique con ser hombre o mujer. Ello genera dificultades para la aceptación del colectivo. (HERRERO, 2009)

La imagen que la ciudadanía desinformada tiene sobre estas personas se asocia, a la homosexualidad y al travestismo de manera mayoritaria. También se vincula al mundo de la noche, al espectáculo, a la ambigüedad, a personas extrañas fuera de la sociedad, a la prostitución, a personas enfermas, con problemas psicológicos que no saben lo que quieren o a personas caprichosas y viciosas. En la formación de esta imagen se reconoce explícitamente la influencia de los medios de comunicación, más específicamente, de los programas televisivos sensacionalistas. Son sus personajes las únicas referencias conocidas para la gran mayoría de la sociedad.

Más allá de la transexualidad o transgénero como procesos o, incluso, estilos de vida diferentes a lo habitual, lo que queda claro es que se rechaza la diferencia evidente, la exageración de ciertos rasgos físicos y actitudes y la ambigüedad. Es decir, lo que llama la atención y se sale de la norma. Así, a mayor normalidad física de la persona, mayor aceptación, y a mayor evidencia de la transexualidad o ambigüedad en el transgénero, mayor rechazo. (HERRERO, 2009)

La aceptación de la transexualidad y del transgénero es cuestión de combinar un proceso pedagógico de aprendizaje social y un tiempo necesario para interiorizar dicho aprendizaje. Todo ello facilitaría, asimismo, la aceptación y la puesta en marcha de medidas favorables a la no discriminación de este colectivo. Conocer las emociones, y sensaciones vividas por las personas transexuales durante todas las etapas del ciclo vital ayudaría a entender el sufrimiento y la lucha por vivir según el género al que sienten pertenecer. (HERRERO, 2009)

Las primeras manifestaciones del trastorno de identidad de género pueden aparecer en edades tempranas de la vida, entre los dos y cuatro años. En las actividades lúdicas,

por una parte, las niñas eligen juegos tipificados en nuestra cultura como masculinos (pelota, trepar en arbustos y otros juegos en los que asumían el rol de papá); por otra, los varones siempre actúan con papeles femeninos (la maestra, la mamá, la peluquera o la actriz) en sus grupos de pares. Tanto niñas como niños desarrollan sus juegos en los grupos del sexo al que se sienten pertenecer. (MAYRA, 2007)

Estas señales se hacen más intensas y evidentes según va transcurriendo el desarrollo sexual de niñas y niños, provocando sentimientos de angustia y a veces hasta de temor, al no comprender qué sucede.

En la adolescencia, los cambios relacionados con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, provocan marcada incertidumbre y aumento de la angustia antes referida. En el caso de las muchachas, normalmente relatan que en su vida diaria utilizan vendajes compresivos sobre las mamas, desde la aparición del botón mamario. Además, la primera menstruación y la regularidad de las menstruaciones son vividas como un acontecimiento dramático y con marcado sufrimiento psíquico. En los muchachos, el ocultamiento de los genitales, la estrangulación del pene y el ascenso de los testículos al área pélvica, son soportados con dolor. La utilización de aditamentos que comprimen los genitales externos, muestran el costo de sufrimiento corporal y emocional que experimentan las personas transexuales de hombre a mujer al tratar de adecuar el cuerpo a la mente. La eyacularquia y las erecciones del pene son vividas negativamente y, en la mayoría de los casos, en marcado silencio, pues no son socializadas ni con sus familiares ni con las profesionales de la salud mental encargadas de su atención. El travestismo, como expresión del trastorno de la identidad de género, es una manifestación que se instaura permanentemente en esta etapa del ciclo de vida y provoca rupturas en espacios escolares, grupos de amigos, familiares y sociales por no corresponderse con lo que socialmente se espera de «hombres» y «mujeres». En la mayoría de los/las adolescentes la desvinculación escolar se produce por el rechazo que su imagen corporal travestida provoca en la comunidad escolar, lo cual los hace muy vulnerables a las burlas que resultan a veces muy crueles. En la familia el distanciamiento se agudiza provocando escenarios de violencia que recorre rutas que conducen a la violencia física, psicológica y sexual, por lo que algunos adolescentes abandonan a su familia de origen y buscan espacios amigables a su trastorno de identidad de género. Las experiencias eróticas son vividas con sentimientos y emociones negativas, como temor, angustia y depresión, al ser confundidos con homosexuales afeminados o mujeres masculinizadas. La elección del sujeto de deseo erótico y las relaciones amorosas están mediatizadas por la contradicción existente entre el cuerpo sexuado y el género al que se siente pertenecer. En la adolescencia es frecuente que comiencen a automedicarse con hormonas con la intención de acercarse a la imagen del sexo deseado, aunque no siempre las dosis son las recomendadas, ni el medicamento elegido es el adecuado para lograr el efecto esperado. (MAYRA, 2007)

Las personas transexuales que solicitan atención, son en su mayoría adultos jóvenes que provienen de los servicios de salud mental del sector infanto–juvenil. Las sensaciones experimentadas de «no comprender qué les pasa», la angustia, el rechazo social y familiar, así como la tendencia a la depresión, son las causas más frecuentes por la que demandan atención especializada. Las relaciones íntimas

personales y las relaciones eróticas de pareja, características de esta etapa de la vida, resultan elementos conflictivos que intensifican la percepción de malestar en las personas transexuales. (MAYRA, 2007)

Las personas transexuales necesitan la certeza de que su pareja es heterosexual, lo socialmente pautado como sexo oficial. La heterosexualidad hegemónica ha marcado la elección y la vida sexual en pareja de estas personas transexuales. Ante el descubrimiento de la orientación sexual de la pareja y/o la infidelidad se producen frecuentes rupturas de pareja.

Los conflictos con la familia tienen su expresión más dramática al no cumplirse las expectativas del hijo o la hija adulta en términos del éxito laboral, la constitución de una nueva familia, la procreación y la transfobia internalizada en la propia familia. (MAYRA, 2007)

Dentro de los proyectos de vida está el relacionado con la maternidad y la paternidad, reforzado por la cultura occidental que asigna a «ser hombre o mujer completo» la capacidad de tener descendencia. En estas personas entra en conflicto la imposibilidad biológica con el deseo de trascender. La búsqueda de trascendencia ha llevado a algunas personas transexuales a «adoptar» a sobrinos de la pareja, a bautizar a hijos e hijas de sus parejas y, en un caso, a negociar la descendencia con una mujer con orientación lésbica y renunciar a la reasignación sexual a cambio de su identidad legal para proteger el ejercicio de su derecho a la paternidad.

A diferencia de la creencia popular, los/las transexuales de nuestro contexto prefieren pasar períodos de abstinencia sexual y soledad emocional antes que tener una pareja que no cumpla con sus expectativas y/o tener que reconocer ante su pareja su identidad como persona transexual.

La baja escolarización por abandono temprano del Sistema Nacional de Educación no les permite acceder a puestos de trabajo de calificación; además, pasan al trabajo por cuenta propia, el cual se desarrolla en su entorno inmediato, lo que limita aún más sus interacciones sociales. (MAYRA, 2007)

Las erecciones del pene y las eyaculaciones son experimentadas con una fuerte carga emocional negativa que pueden llegar hasta la renuncia de experimentar reacciones erótico-afectivas en tanto se da una ruptura entre la imagen corporal y la respuesta sexual de un cuerpo «que no sienten suyo». El cuerpo erótico es sustraído de la experiencia amorosa ante el miedo al descrédito, la burla y la vergüenza, produciéndose un extrañamiento ante la visualización de la experiencia erótica de pareja. (MAYRA, 2007)

En el caso de las personas transexuales de mujer a varón, se produce un mayor control de las relaciones sexuales con la pareja y un mayor ocultamiento del cuerpo, debido al desarrollo mamario, las menstruaciones y la no tenencia de un pene. Si bien el trastorno de identidad de género se caracteriza por un deseo irreversible, persistente

y extremo de pertenecer al sexo diferente al asignado, en no pocas personas las experiencias de vida, han permitido asumir la incongruencia derivada del trastorno de identidad de género y han asumido una identidad de persona transexual. En estos últimos, la red de apoyo social, el proyecto de paternidad y la aceptación comunitaria han jugado un papel crucial en el alivio de los malestares derivados de la construcción de dicha identidad. Los profesionales de la salud, así como las instituciones y organizaciones del país, deben estar preparados con el fin de enfrentar el reto de promover el ejercicio de los derechos sexuales de las personas transexuales. (MAYRA,2007).

En el caso de personas transexuales que deciden pasar por el proceso de cirugía de reasignación de sexo una de las mayores preocupaciones se centra en sus capacidades futuras de hacer el amor y disfrutar de relaciones sexuales después de la cirugía. La CRS suele liberar y mejorar las libidos de mujeres transexuales, y finalmente les permite disfrutar del sexo y de hacer el amor, incluso el orgasmo durante el coito. Como se ha comentado anteriormente muchas mujeres preoperativas esconden sus genitales por insertar los testículos en la cavidad abdominal y por sujetar el pene hacia atrás con el uso de cinta o ropa interior apretada. Colocado de este modo, generalmente le falta al pene sangre suficiente para una erección fuerte. Aunque la porción externa del pene no puede erigirse debido a la compresión, la chica preoperativa todavía experimenta un “rubor,” típicamente femenino, y un calor dentro de la región interna genital cuando se excita, por ejemplo, al recibir los afectos de un hombre. Además, la porción de las corpora cavernosa dentro del abdomen puede erigirse cuando la chica se excita, y esto es una sensación maravillosa, apesar de que la parte externa del pene queda flácida. Luego la estimulación sexual de acariciar los senos y el área genital puede resultar en un orgasmo. (CONWAY, 2005)

A través de tales experiencias, una mujer preoperativa puede concluir que después de la cirugía, los residuos de las corpora cavernosa internas todavía van a poder engullirse y erigirse, así que va a poder experimentar sensaciones de excitación sexual semejantes a la mujer posoperativa. Además, la mujer posoperativa va a poder experimentar sensaciones maravillosas al acariciar su clítoris, que--al contrario al pene que solía esconder--ya puede tocar sin sentir cualquier ansiedad acerca de su imagen corporal.

Como en el caso de las mujeres nacidas, hay una gama amplia de libidos entre las mujeres posoperativas; algunas tienen libidos muy fuertes, otras tienen libidos débiles (o son asexuales), y la mayoría se encuentra entre estos extremos. (CONWAY, 2005)

La mayoría de las mujeres posoperativas con libidos normales comienza a experimentar las primeras excitaciones sexuales uno o dos meses después de la cirugía. Después de un período inicial de poca sensación y hasta una enervación, acontece un “encendido” debido a la erección de los tejidos residuales de los cuerpos cavernosos y esponjosos que permanecen después de la cirugía. Estas excitaciones producen un sentido de “erección,” pero uno que es diferente de lo que experimenta un hombre, porque aquel se siente dentro del cuerpo.

Algunas mujeres posoperativas van a tardar bastante en experimentar esta excitación, especialmente si fueran sexualmente inactivas o asexuales antes de la cirugía CRS, debido a su ansiedad de género. Sin embargo, incluso estas mujeres posoperativas finalmente comenzarán a experimentar la excitación genital y deseos sexuales si tienen una libido normal.

De cualquier manera, una vez que la mujer posoperativa comienza a experimentar la excitación sexual, los nervios del clítoris y de las superficies vaginales se pondrán muy sensibles, y las sensaciones sexuales se extenderán a través del cuerpo. Entonces, exactamente como en el despertar puberal, ella sentirá impulsos de jugar con su cuerpo y masturbarse. Las excitaciones intensificarán poco a poco al curarse completamente la región genital después de la cirugía. La masturbación y actividad sexual probablemente pueden ayudar que se recuperen los nervios y la sensibilidad durante este período (CONWAY, 2005)

A los transexuales masculinos les resulta mucho más fácil establecer relaciones de pareja. Esto puede estar relacionado con una actitud distinta de hombres y mujeres ante las relaciones con posibles parejas transexuales. (MARTIN, 2004)

## II.- JUSTIFICACIÓN

La sexualidad es uno de los derechos existenciales más 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, y en tal medida no son compatibles con la idea de proyecto de vida.

Los trastornos de identidad de género y la transexualidad aparecen en todas las culturas y a lo largo de la Historia de la humanidad. Desde la antigüedad, en diferentes momentos de la historia y en las más diversas culturas, existen numerosas referencias, tanto científicas como mitológicas, que revelan la existencia de lo que actualmente se conoce como transexuales, travestis o intersexuales.

Las formas de manifestarse han estado moduladas por el contexto social. Se trata de un proceso de insatisfacción con las características del sexo de nacimiento y un deseo de cambiarlo y de ser reconocido social y legalmente en el género elegido (WEEKS, 2003).

El interés científico por la transexualidad adquiere especial relevancia en la sociedad occidental entre los siglos XIX y XX, cuando se realizan las primeras descripciones en la literatura médica por el psiquiatra alemán Richard Freiherr von Krafft-Ebing, así como las primeras intervenciones quirúrgicas y hormonales en la primera mitad del siglo XX. (AGIER, 2000) El hombre y la mujer transexual se sienten profundamente infelices, como miembros del sexo (o género) que se les asigne, de acuerdo con las estructuras anatómicas de su cuerpo, particularmente los genitales. El verdadero transexual siente que pertenece al otro sexo, quiere ser y funciona como miembro del otro sexo, no sólo lo aparenta.

En nuestra sociedad desde que nacemos nos es asignado un sexo. Este sexo es incuestionablemente hombre o mujer, sin embargo existen aquellos que no siguen este orden impuesto y se saltan la norma, naciendo con el sexo contrario al que se sienten pertenecer. Estas personas son llamadas transexuales. Nuestro modelo occidental no contempla un lugar para aquellas mujeres sociales que tienen genitales masculinos y viceversa por lo tanto socialmente son discriminadas y rechazadas. La principal razón entre otras razones por ser un grupo minoritario y poseer información y conceptos erróneos que hacen incomprensibles la naturaleza de su existencia (WEEKS, 2003).

Es importante destacar en el ámbito de la transexualidad, que estas personas que se encuentran atrapadas en un sexo físico, que difiere de su sexo psíquico, deberían ser operadas, para que estos dos sexos (psíquico y físico) concuerden.

Actualmente se acepta como referencia conceptual que: Los transexuales tienen la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. Desde la infancia su identidad mental es distinta a su identidad genital. Son mujeres que se sienten «atrapadas» en cuerpos de hombre, y hombres que se sienten «atrapados» en cuerpos de mujer; sin trastornos psiquiátricos graves que distorsionen la percepción de la realidad, que necesitan ser aceptados social y legalmente en el género elegido (BECERRA, 2003).

Basándonos en todo lo anteriormente expuesto, y teniendo en consideración que la transexualidad es un proceso de normalización en la estructura de género y un procedimiento por el cual ciertas personas cambian su posición en la estructura de género a fin de que respeten esa estructura (NÚÑEZ, 2003), se realizó este trabajo de investigación para poder comprender mejor lo que conlleva ser transexual y como repercute en su sexualidad. Lo que implica desde que nacen vivir en un cuerpo no deseado y las trabas que encuentran en el camino desde económicas, laborales, familiares, sociales y sobre todo, las repercusiones en el ámbito sexual. (NUÑEZ, 2003)

### **III.- OBJETIVOS**

#### *OBJETIVO GENERAL*

- Conocer y valorar la satisfacción sexual de hombres y mujeres transexuales residentes en España.

#### *OBJETIVOS ESPECIFICOS*

- Caracterizar e identificar la función sexual y el grado de satisfacción sexual de hombres y mujeres transexuales.
- Explorar qué función sexual se ve más afectada en hombres y mujeres transexuales.
- Describir y valorar el grado de comunicación existente en hombres y mujeres transexuales en la esfera sexual.

#### IV. PERSONAS Y MÉTODOS

- **Tipo de estudio:**

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo transversal.

- **Población de estudio:**

Mujeres y hombres transexuales residentes en España

- **Criterios de selección:**

Al inicio de la investigación, nos pusimos en contacto con Bibiana Montoya, mujer transexual que fue en 2000, una de las primeras en beneficiarse de una operación de cambio de sexo en la sanidad pública en Andalucía. Ella pertenece a una asociación que acoge a transexuales de toda España que necesitan vivir su proceso transexualizador de una forma anónima y en libertad. Con ella se concertó una cita que coincidía con una reunión de dicha asociación en la cual nos pusimos en contacto con algunos integrantes de este colectivo. A todos ellos se les explicó el objetivo de la investigación, que en todo momento se iba a preservar su intimidad y que los resultados del estudio estarían a su entera disposición. A la hora de recoger los datos, preparamos los cuestionarios introduciéndolos en sobres individuales, preparando una caja con una ranura para introducir los sobres una vez cumplimentados, para asegurar así la confidencialidad de los participantes

Por otro lado, a principios de Diciembre nos dirigimos a la Asociación COLEGA de Almería, para pasar los cuestionarios a los transexuales que estuviesen inscritos en su asociación. No obstante al observar la dificultad de encontrar sujetos susceptibles al estudio fue necesario contactar personalmente con casi todas las Asociaciones COLEGA de España para explicarles vía e-mail el objetivo y finalidad de la investigación y enviarles los cuestionarios. Para ello se confeccionó a través de *Google docs*, ambas versiones del cuestionario G.R.I.S.S (hombre y mujer) autorellenable y adjuntárselos.

Todos los cuestionarios rellenos desde cualquier ciudad de España llegan automáticamente a una dirección de correo electrónico.

También se envió un e-mail a Vicent Bataller y Perelló, doctor y sexólogo, Carla Antonelli, mujer transexual y actriz conocida en nuestro país, y a Mar Combróllé, la responsable del área transexualidad de la FELGT en Sevilla para solicitar su ayuda y colaboración.

- **Instrumentalización:**

Para la recogida de datos se utilizó el Cuestionario Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Este cuestionario fue diseñado por Rust y Golombok y lo publicaron en 1986. Fue desarrollado para evaluar la función sexual en hombres y mujeres con problemas sexuales (RUST, 1986) y adaptado a la población transexual.

Consta de dos versiones, una para hombres y otra para mujeres, cada una compuesta por 28 ítems que evalúan 12 dimensiones, 6 de las cuales corresponden a disfunciones sexuales recogidas en el DSM. Estas 6 dimensiones son las siguientes:

- Evitación: Se da tanto en el cuestionario femenino como el masculino.
- Anorgasmia: Solo se muestra en el cuestionario femenino.
- Vaginismo: Solo se muestra en el cuestionario femenino.
- Eyaculación precoz: Solo se muestra en el cuestionario masculino.
- Impotencia: Solo se muestra en el cuestionario masculino. (MONTEJO, 2003)

Las otras 6 dimensiones permiten evaluar conductas tanto del paciente como de su pareja sexual en las siguientes áreas:

- Falta de sensualidad e insatisfacción: Se da tanto en el cuestionario femenino como el masculino.
- Escasa frecuencia.
- Falta de comunicación.

Cada ítem es respondido mediante una escala Likert de 5 opciones de respuesta donde 1 equivale a nunca y 5 a siempre. Las puntuaciones en cada escala deben ser transformadas y pueden variar entre 1 y 9, indicando una puntuación igual o superior a 5 la existencia de problemas en esa dimensión. Es posible obtener una puntuación global (para varones y mujeres específicamente) sobre la calidad del funcionamiento sexual en el contexto de una relación de pareja sexual, además de puntuaciones en cada una de las dimensiones. (MONTEJO, 2003)

Han sido estudiadas sus propiedades psicométricas, y ha demostrado poseer adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest así como adecuada validez convergente/divergente y capacidad para discriminar entre pacientes y un grupo control y sensibilidad a los cambios. (MONTEJO, 2003). Además es fácil de administrar, no necesita mucho tiempo para hacerlo, y es fácil de puntuar. También proporciona una manera simple pero fiable de seguimiento y evaluación. En definitiva, es un instrumento valioso tanto para la práctica como para la investigación. (RUST, 1986)

La interpretación del cuestionario G.R.I.S.S cuenta con los siguientes dominios para mujer:

- No sensualidad
- Evitación.
- Insatisfacción
- Vaginismo
- Anorgasmia

Para hombre los dominios son los siguientes:

- Eyaculación precoz
- Impotencia.
- Insatisfacción.
- Evitación.

- No sensualidad

Se considera dominios comunes para hombre y mujer los siguientes:

- Infrecuencia
- No comunicación

-Para el dominio no sensualidad del G.R.I.S.S femenino se ha asignado los ítems (9M, 12M, 19M y 25M).

-Para el dominio evitación del G.R.I.S.S femenino se ha asignado los ítems (7M, 13M, 20M, 23M)

-Para el dominio insatisfacción del G.R.I.S.S femenino se ha asignado los ítems (5M, 10M, 18M, 22M)

-Para el dominio vaginismo del G.R.I.S.S femenino se ha asignado los ítems (6M, 11M, 17M, 24M)

-Para el dominio anorgasmia del G.R.I.S.S femenino se ha asignado los ítems (8M, 14M, 21M, 28M).

-Para el dominio eyaculación precoz del G.R.I.S.S masculino se ha asignado los ítems (4H, 13H, 24H, 27H).

-Para el dominio impotencia del G.R.I.S.S masculino se ha asignado los ítems (3H, 10H, 16H, 23H).

-Para el dominio insatisfacción del G.R.I.S.S masculino se ha asignado los ítems (5H, 11H, 15H, 21H).

-Para el dominio evitación del G.R.I.S.S masculino se ha asignado los ítems (7H, 14H, 22H, 28H).

-Para el dominio no sensualidad del G.R.I.S.S masculino se ha asignado los ítems (6H, 12H, 20H, 25H).

-Para el dominio infrecuencia del G.R.I.S.S masculino-femenino, se ha asignado los ítems (1H, 3M, 15M, 17H).

-Para el dominio no comunicación del G.R.I.S.S masculino-femenino, se ha asignado los ítems (2M, 2H, 9H, 16M)

La puntuación obtenida por cada uno de los ítems, se traducirá dentro un rango establecido en la interpretación del G.R.I.S.S.

Este rango contiene un valor máximo, que es 9 y un valor mínimo que es 1. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida por el individuo, es decir cuanto más se acerque al valor 9, mayor grado de que ocurra el evento. De la misma manera, cuanto menor sea la puntuación obtenida por el participante, es decir cuanto más se acerque a 1, menor grado de que ocurra el evento

- **Análisis estadístico:**

Con los datos recogidos en los cuestionarios, se elaborará una base de datos, los cuales serán procesados a través del paquete estadístico SPSS versión 18.0 y del Epiinfo 2002. Se realizará un análisis descriptivo de la población de estudio en el que se incluirán frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Se realizará un análisis bivalente. Mediante el test de Kolmogorof-Smirnov se comprobará si la población sigue ó no una distribución normal y se aplicarán pruebas paramétricas ó no paramétricas para comparación de medias (T de Student para distribuciones normales y U de Mann-Whitney para distribuciones no normales).

También se realizará el test de Chi-cuadrado con sus correspondientes intervalos de confianza y con una significación estadística para  $p < 0.05$ .

- **Sesgos:**

**Sesgos de muestreo:**

Se trata de sesgos debidos a la falta de representatividad de la muestra, es decir, a que la muestra no es una reproducción correcta de la población.

Los sesgos de muestreo pueden deberse a que la población candidata, es decir aquella que en última instancia sirve para realizar el muestreo, es distinta del población total o general o bien a que la muestra de la que se obtiene la información no se ha tomado al azar de dicha población candidata.

**Sesgos durante la toma de datos:**

Son los sesgos que se producen durante el proceso de la recolección de la información, ya sea por la obtención de información incompleta o errónea o por la modificación de la muestra (o parte de ella) durante la realización del trabajo.

Sesgos debidos al encuestado: la información que éste proporciona puede ser incorrecta debido a olvido, subjetividad, confusión, desconfianza, ignorancia, incomprensión o modificación de la respuesta por la propia encuesta o medición incorrecta de parámetros.

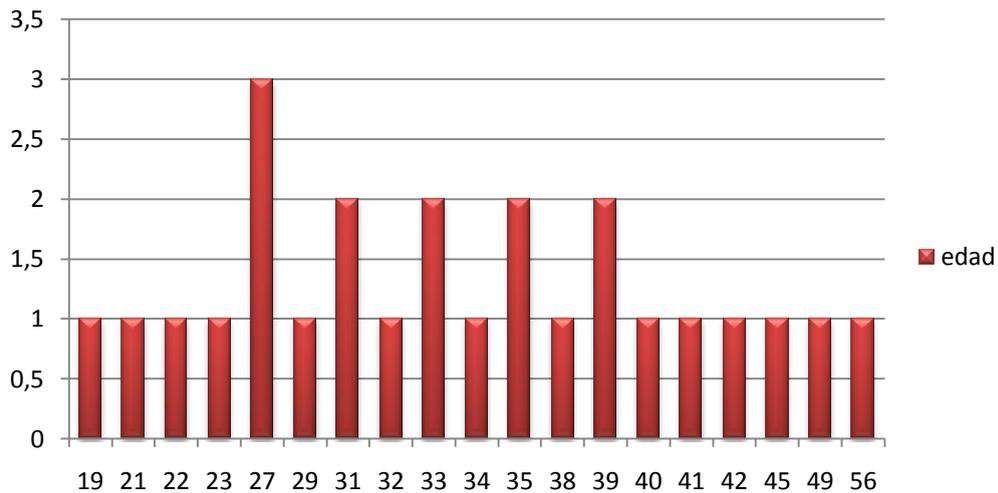
## V. RESULTADOS

### 1. ANÁLISIS UNIVARIANTE

#### ➤ EDAD

La media de edad de la población de estudio es de 33.92 años, con una edad mínima de 19 años y máxima de 56 años, siendo la desviación típica de 8.902.

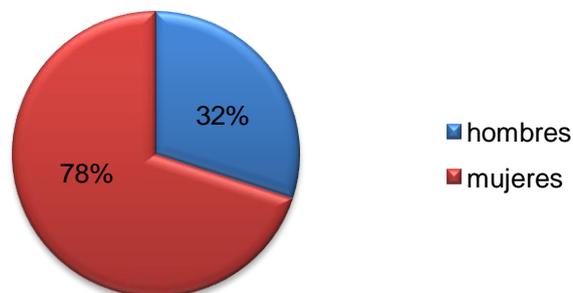
**Gráfico 1: Distribución de la población por edad**



#### ➤ SEXO

De los 25 transexuales participantes que respondieron al cuestionario, el 78% se identificaron sexualmente como mujeres y un 32% se identificaron sexualmente como hombres.

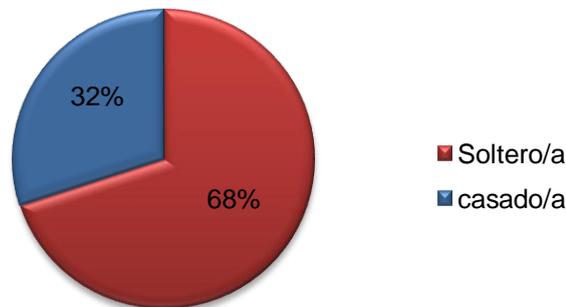
**Gráfico 2: Distribución de la población por sexo**



➤ ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil, de las personas que han participado en nuestro estudio un 68% se ha identificado como solteras mientras que tan solo un 32% están casadas.

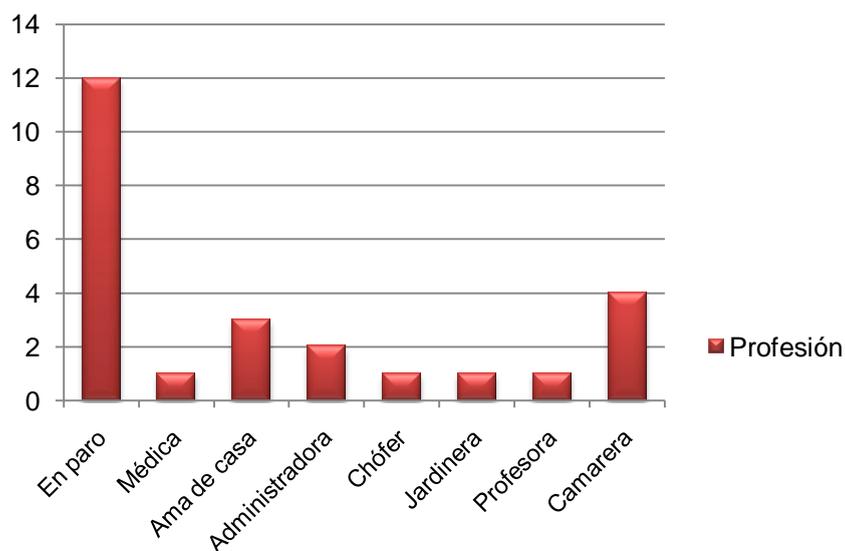
**Gráfico 3: Distribución de la población según estado civil**



➤ PROFESION

De las 25 personas transexuales que han participado en nuestro estudio, podemos afirmar que un 48% de los mismos se encuentran en la actualidad en paro, un 4% es médica, el 12% se encuentra realizando las tareas del hogar, otro 8% trabaja en la administración, otro 4% es chófer, un 4% trabaja en la jardinería, y otro 4% trabaja como profesora.

**Gráfico 4: Distribución de la población por profesión**



➤ LUGAR DE RESIDENCIA

Con respecto al lugar de residencia de las personas que han colaborado en la investigación se puede afirmar que el 36% residen en Almería, el 28% son residentes en Granada, un 8% mantiene su lugar de residencia en Jaén; un 12% en Sevilla, otro 12% en Madrid, y por último un 4% en Valencia.

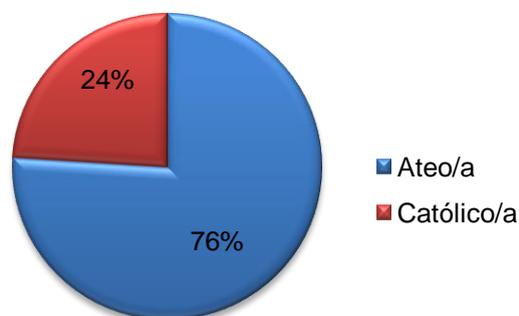
**Gráfico 5: Distribución de la población por lugar de residencia**



➤ RELIGIÓN

Como se puede observar en el siguiente gráfico, de los 25 participantes en nuestro estudio un 76% se consideran ateos frente al 24% que se definen como católicos

**Gráfico 6: Distribución de la población según religión**



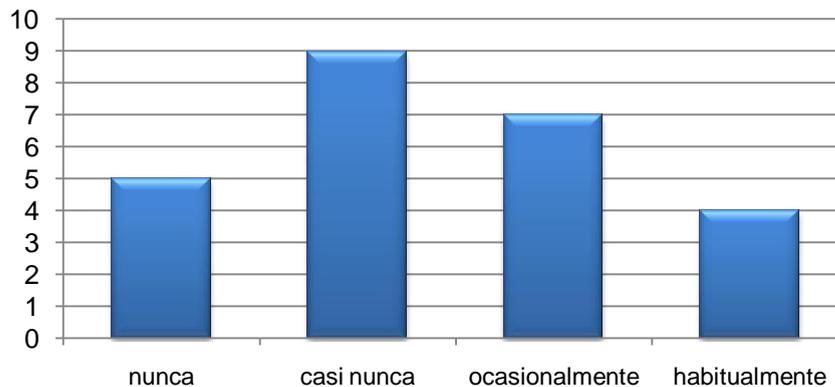
➤ CUESTIONARIO GRISS

- ITEM COMUNES PARA LOS CUESTIONARIOS GRISS MASCULINO Y FEMENINO

- **Ítem: ¿Siente una falta de interés hacia el sexo?**

Ante esta pregunta, el 20% de los transexuales entrevistados respondieron que nunca sienten una falta de interés hacia el sexo, un 36% respondieron que casi nunca. Tan solo un 28% se decantaron por afirmar que ocasionalmente la sienten y por ultimo un 16% respondieron habitualmente.

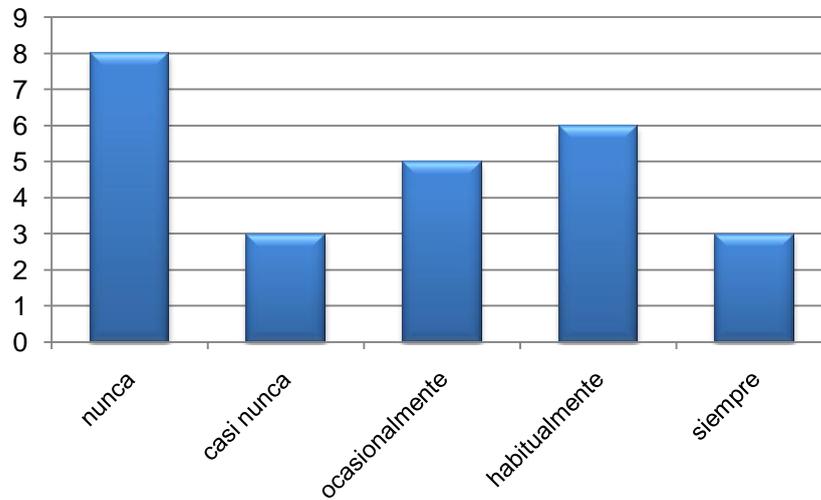
**Gráfico 7: ¿Siente una falta de interés hacia el sexo?**



- **Ítem: ¿Le pregunta a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?**

El 32% de los encuestados nunca pregunta a su pareja qué es lo que le gusta ó disgusta de sus relaciones sexuales frente a un 12% que casi nunca lo hace. Por otro lado un 20% lo hace ocasionalmente a diferencia de un 24% que pregunta a su pareja habitualmente sobre sus preferencias o gustos en sus relaciones sexuales. En este estudio tan solo un 12% siempre preguntan a su pareja.

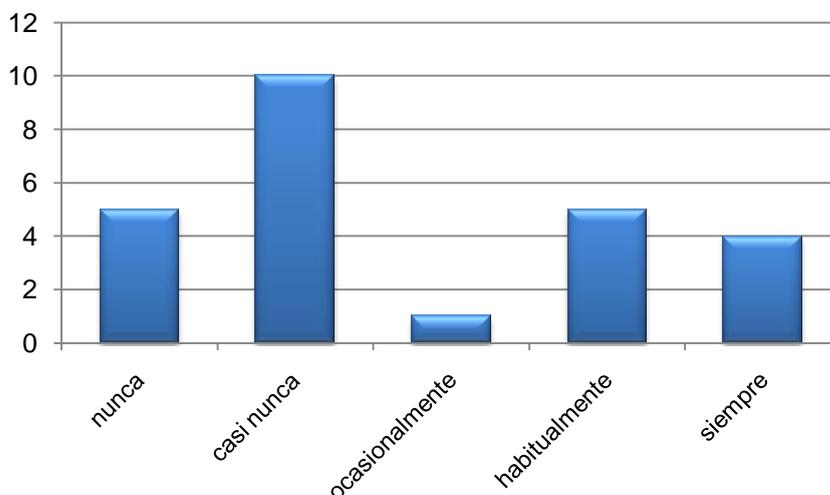
**Gráfico 8: ¿Le pregunta a su pareja que es lo que más le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?**



- **Ítem: ¿Le resulta difícil explicar a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?**

Tras analizar los datos en este ítem encontramos que a un 16% de los encuestados siempre le resulta difícil explicar a su pareja qué es lo que le gusta ó disgusta de sus relaciones sexuales. A un 20% habitualmente le resulta difícil explicárselo. Únicamente a un 4% ocasionalmente no le resulta tarea fácil pregunta a su pareja estas cuestiones. Por otro lado a un 40% y a un 20% de los transexuales casi nunca y nunca respectivamente les resulta difícil preguntar y hablar con sus parejas sobre sus gustos en las relaciones sexuales

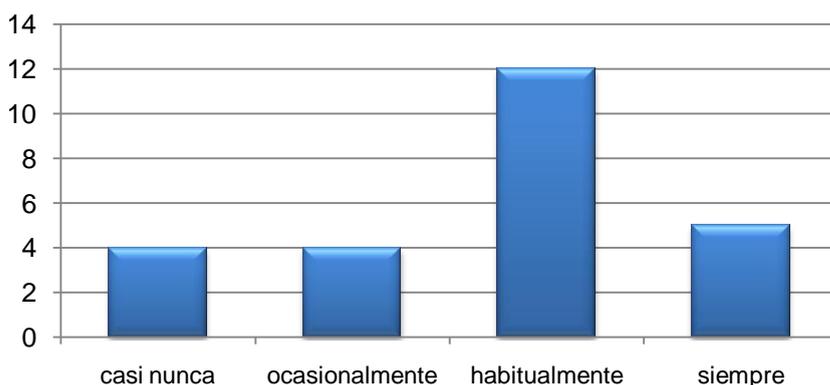
**Gráfico 9 :¿Le resulta difícil preguntar a su pareja que es lo que más le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?**



- **Ítem: ¿Se excita sexualmente con facilidad?**

De todas las personas encuestadas el 16% respondió que casi nunca se excita sexualmente con facilidad. Del mismo modo otro 16% contestó que ocasionalmente. El mayor porcentaje de este ítem lo encontramos en la opción que apunta que un 48% habitualmente consigue fácilmente la excitación. En cuanto a la respuesta siempre solo un 20% se declino a elegirla.

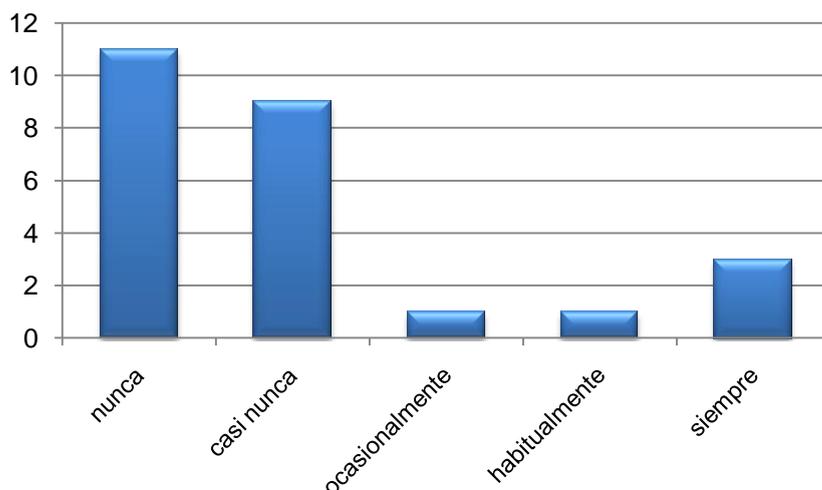
**Gráfico 10: ¿Se excita sexualmente con facilidad?**



- **Ítem: ¿Evita tener relaciones sexuales con su pareja?**

Con respecto a este ítem, el 44% del total de transexuales nunca evita tener relaciones sexuales, un 36% casi nunca lo evita, un 4% ocasionalmente, otro 4% habitualmente lo evita y el 12% de ellos siempre evitan mantener relaciones sexuales.

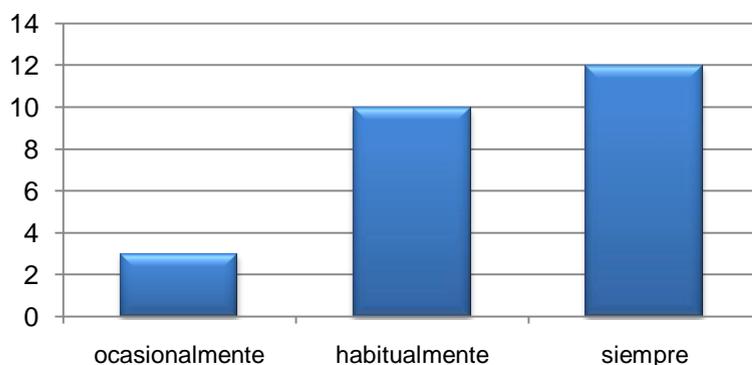
**Gráfico 11: ¿Evita tener relaciones sexuales con su pareja?**



- **Ítem: ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?**

En relación a la pregunta de si disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja, el 48% de las personas respondieron que siempre. El 40% respondieron que habitualmente si disfrutaban frente al 12% que solo ocasionalmente lo hacían.

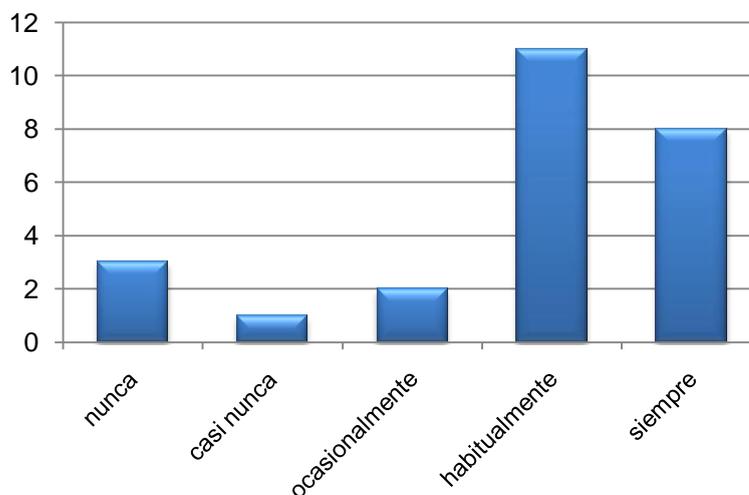
**Gráfico 12: ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?**



- **Ítem: ¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?**

Haciendo referencia a si encuentran satisfactorias las relaciones sexuales con su pareja el 32% de transexuales contesta que siempre las encuentran, el 44% de participantes responde que habitualmente. Tan solo un 8% eligen la respuesta ocasionalmente. Un 4% se decantan por afirmar en su respuesta que casi nunca son satisfactorias sus relaciones sexuales acompañado de un 12% que responde que nunca las encuentra satisfactorias.

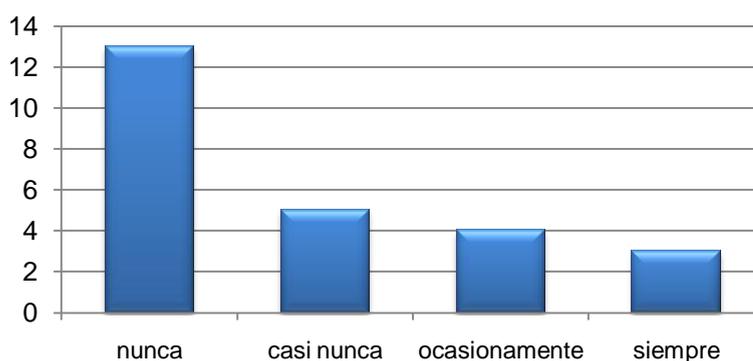
**Gráfico 13: ¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?**



- **Ítem: ¿Se pone tenso/a y nervioso/a cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?**

Ante esta pregunta, el 52% de personas respondieron que nunca se ponían tensos/as y nerviosos/as con su pareja cuando quiere mantener relaciones sexuales, el 20% respondieron que casi nunca, el 16% contestaron que ocasionalmente se ponían tensos/as y nerviosos/as y por último el 12% respondieron siempre.

**Gráfico 14: ¿Se pone tenso/a y nervioso/o cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?**

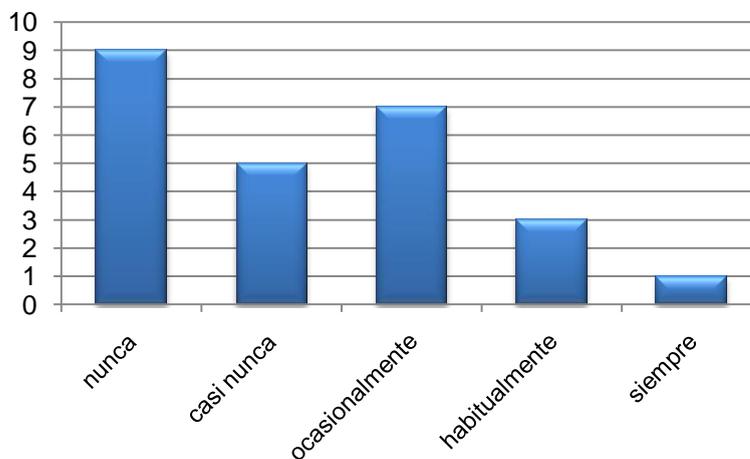


- **Ítem: ¿Realiza el coito más de dos veces a la semana?**

En relación a la cuestión de si realiza el coito más de dos veces a la semana, el 36% respondió que nunca lo hacen. El 20% contestó que casi nunca lo hacen más de dos

veces en semana, un 28% de personas contestó que ocasionalmente, un 12% contestó que habitualmente y por último un 4% respondió que siempre lo practicaban.

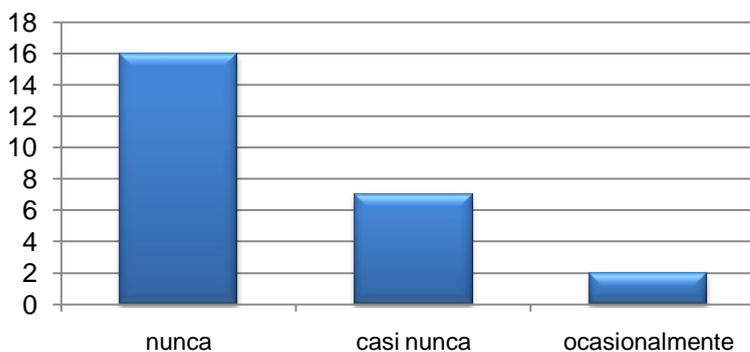
**Gráfico 15: Realiza el coito más de dos veces por semana**



- **Ítem: ¿Le disgusta ser abrazado/a y acariciado/a por su pareja?**

En cuanto a este ítem el 64% de transexuales contesta que nunca le disgusta ser abrazado/a y acariciado/a por su pareja, el 28% contesta ante esta pregunta que casi nunca y el 2% respondieron que ocasionalmente le disgusta.

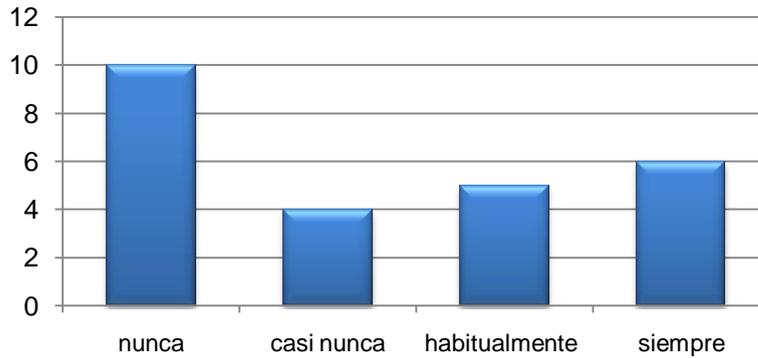
**Gráfico 16: ¿Le disgusta ser abrazado/a o acariciado/a por su pareja?**



- **Ítem: ¿Piensa que existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja?**

El 24% de los transexuales que participaron en nuestro estudio piensa que siempre existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja. Un 20% respondieron que habitualmente en sus relaciones existe falta de amor y afecto. Un 16% piensa que casi nunca y un 40% contestaron que nunca.

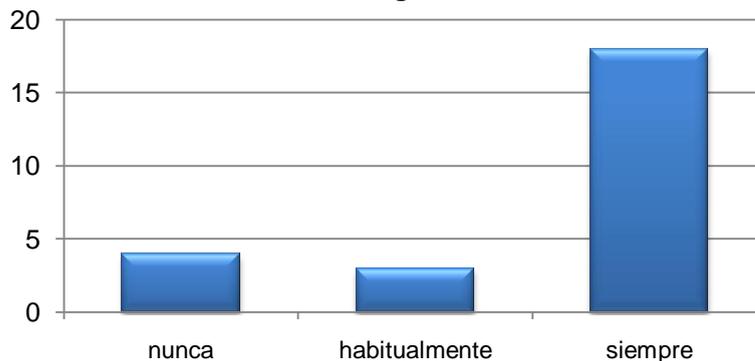
**Gráfico 17: ¿Piensa que existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja ?**



- **Ítem: ¿Disfruta cuando su pareja le frota o acaricia los genitales?**

Con respecto a esta cuestión un 72% de los encuestados siempre disfruta cuando su pareja le frota o acaricia los genitales seguido de un 12% de los mismos que habitualmente disfruta de ello y un 16% que manifiesta que nunca disfruta.

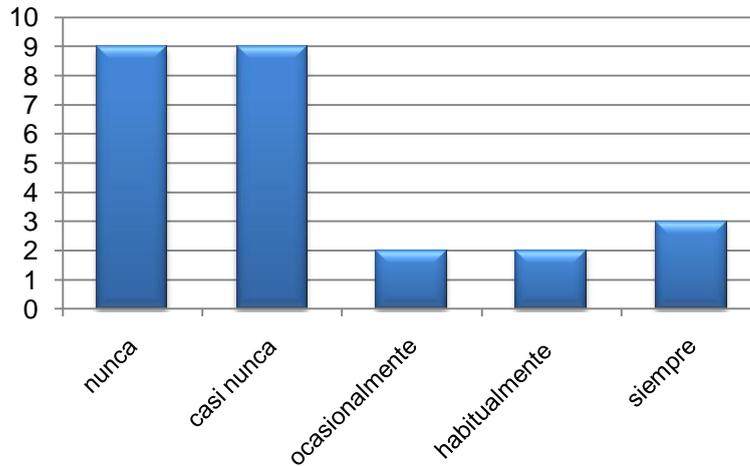
**Gráfico 18: ¿Disfruta cuando su pareja le frota o acaricia los genitales?**



- **Ítem: ¿Rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?**

El 36% de los encuestados nunca rechaza tener relaciones sexuales con su pareja al igual que un 36% casi nunca lo hace. Diferente es el caso de un 8% que ocasionalmente si ha rechazado mantener relaciones sexuales con su pareja y otro 8% que habitualmente lo ha hecho. Tan solo un 12% refiere que siempre rechaza tener relaciones sexuales.

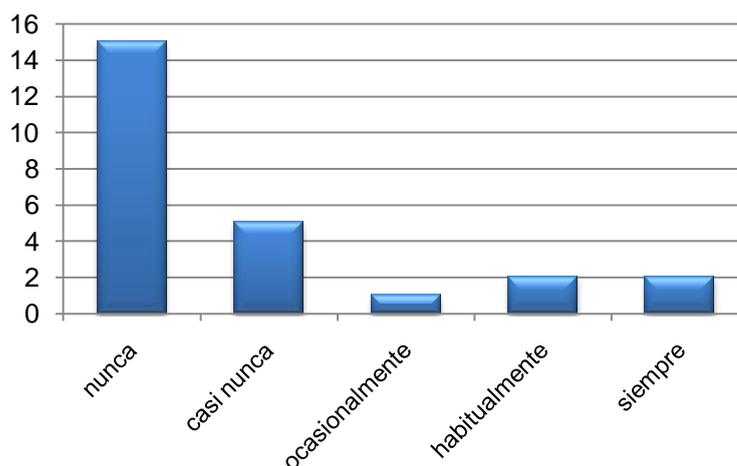
**Gráfico 19: ¿Rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?**



- **Ítem: ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que Vd. Y su pareja están haciendo mientras hacen el amor?**

Ante el presente interrogante el 60% de los transexuales que han colaborado en nuestra investigación respondieron que nunca tienen sensaciones desagradables. Un 20% respondieron que casi nunca tienen sensaciones desagradables, tan solo un 4% respondieron que ocasionalmente vivenciaban estas sensaciones. Un 8% de transexuales habitualmente las tiene al igual que otro 8% que siempre las presenta.

**Gráfico 20: ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que Vd. Y su pareja están haciendo mientras hacen el amor?**

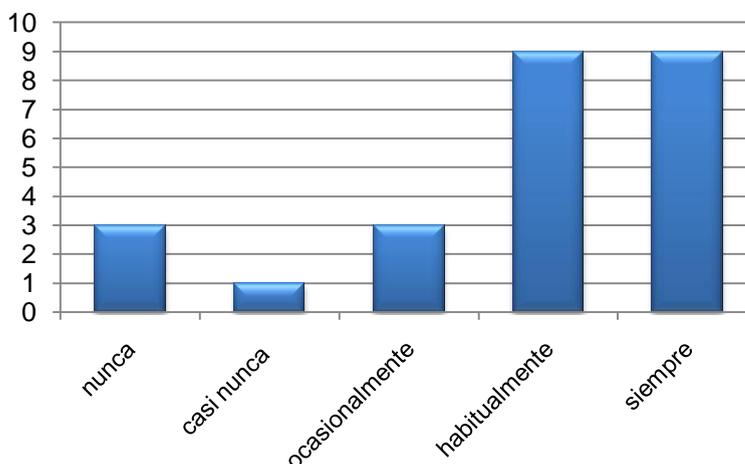


- **Ítem: ¿Disfruta realizando el coito con su pareja?**

Tras analizar los datos en este ítem encontramos que un 36% de los encuestados siempre disfruta realizando el coito con su pareja. Otro 36% habitualmente disfruta

realizando el coito con su pareja. Un 12% ocasionalmente disfruta. Otro 12% nunca. El porcentaje más bajo lo encontramos en la opción casi nunca que tan solo el 4% de transexuales la han elegido

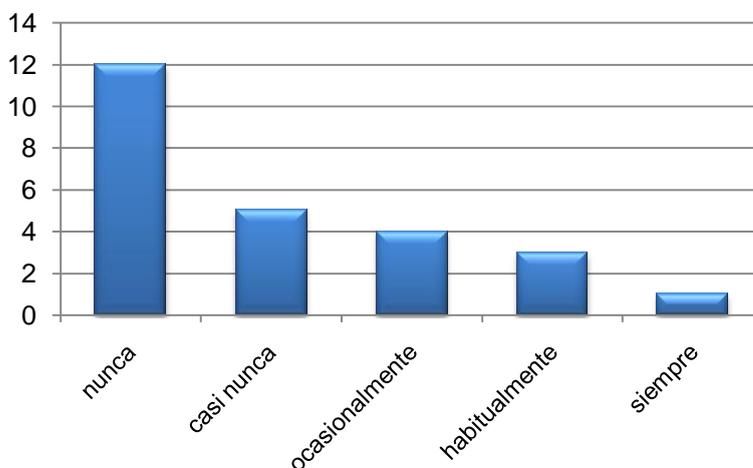
**Gráfico 21: ¿Disfruta realizando el coito con su pareja?**



- **Ítem: ¿Le disgusta frotar o acariciar los genitales de su pareja?**

El 48% de nuestra población de estudio afirma que nunca le disgusta frotar o acariciar los genitales de su pareja. A este porcentaje le sigue un 20% al que casi nunca le disgusta acariciar los genitales de su pareja. Al 16% le disgusta ocasionalmente hacerlo, pero nos encontramos con un 12% al que habitualmente le disgusta. Únicamente a un 4% siempre le disgusta.

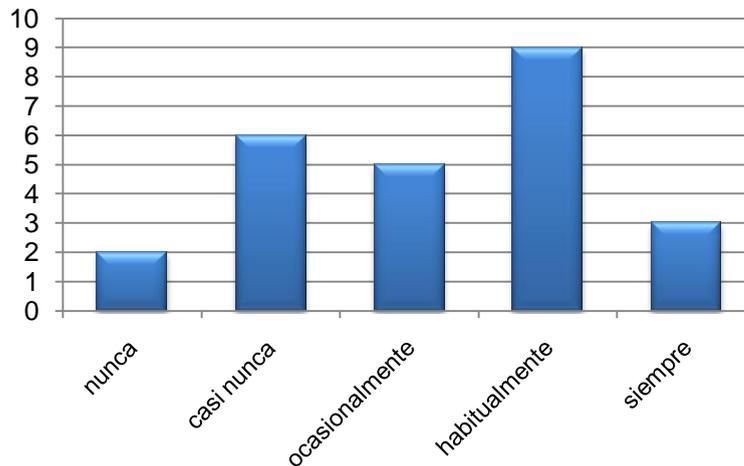
**Gráfico 22: ¿Le disgusta frotar o acariciar los genitales de su pareja?**



- **Ítem: ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?**

En relación a la cuestión de si transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna los resultados son los siguientes. Un 8% respondieron que nunca, un 24% casi nunca, un 20% ocasionalmente, un 36% habitualmente y finalmente un 12% siempre.

**Gráfico 23: ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?**



#### **ITEMS ESPECIFICOS HOMBRES**

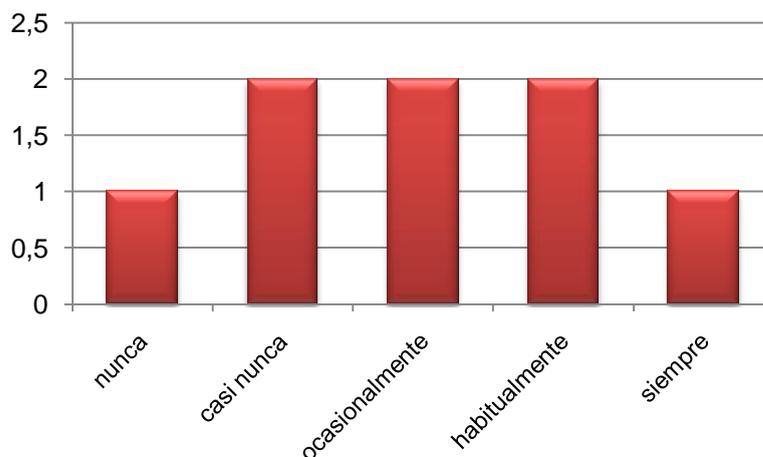
- **Ítem:** *¿Es capaz de retrasar la eyaculación durante el coito si piensa que puede eyacular enseguida?*

Tras la recogida de datos de este cuestionario, y ante este ítem, el 100% de los hombres que contestaron la pregunta, eligieron la respuesta nunca.

- **Ítem:** *¿Está insatisfecho con la cantidad de variación que hay en la vida sexual con su pareja?*

De los hombres de nuestra muestra, un 12.5% contestó que nunca, el 25% casi nunca; un 25% ocasionalmente, y otro 25% habitualmente; por último un 12.5% contestó que siempre estaba insatisfecho con la cantidad de variación de su vida sexual.

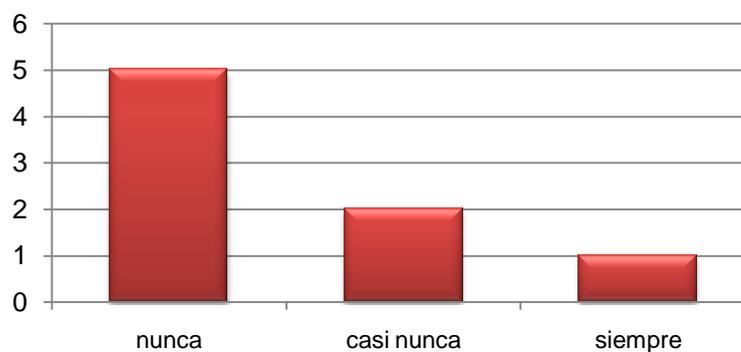
**Gráfico 24: ¿Esta insatisfecho con la cantidad de variación que hay en la vida sexual con su pareja?**



- **Ítem: ¿Tiene fallos de erección?**

Con respecto a este ítem un 62,5% de los hombres contestaron que nunca tienen problemas de erección; un 25% de los hombres casi nunca, y tan solo un 12,5% de los hombres rellenaron la opción de siempre.

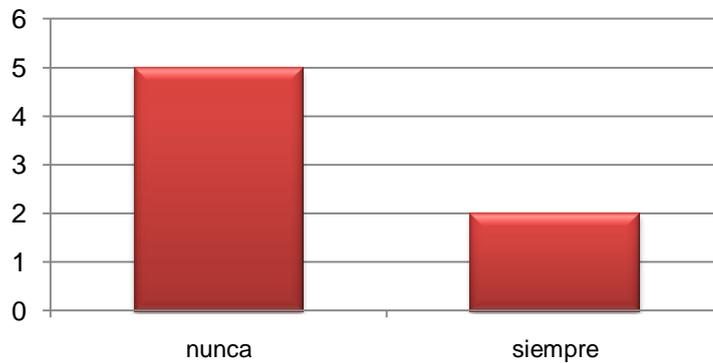
**Gráfico 25: ¿Tiene fallos de erección?**



- **Ítem: ¿Puede evitar eyacular demasiado pronto durante el coito?**

Ante esta pregunta, un 71,4 % de los hombres que han respondido han seleccionado la respuesta nunca; mientras que un 28,6% han contestado que siempre pueden evitar eyacular demasiado pronto durante el coito.

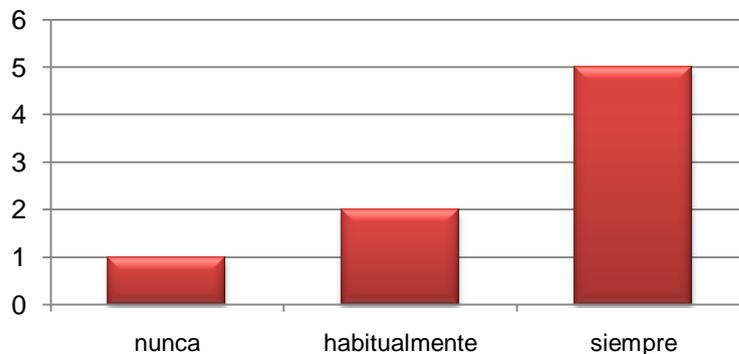
**Gráfico 26: ¿Puede evitar eyacular demasiado pronto durante el coito?**



- **Ítem:** ¿Logra tener una erección durante el juego previo con su pareja?

El 12.5% de los hombres encuestados nunca logra tener una erección durante el juego previo con su pareja, un 25% habitualmente lo logran, y un 62,5% siempre tiene una erección durante el juego previo con su pareja.

**Gráfico 27: ¿Logra tener una erección durante el juego previo con su pareja?**



- **Ítem:** ¿Disfruta masturbándose mutuamente con su pareja?

Del total de participantes de sexo masculino de nuestro estudio un 12.5% ocasionalmente disfruta, un 50% habitualmente, y un 37.5% afirma disfrutar de la masturbación mutua siempre.

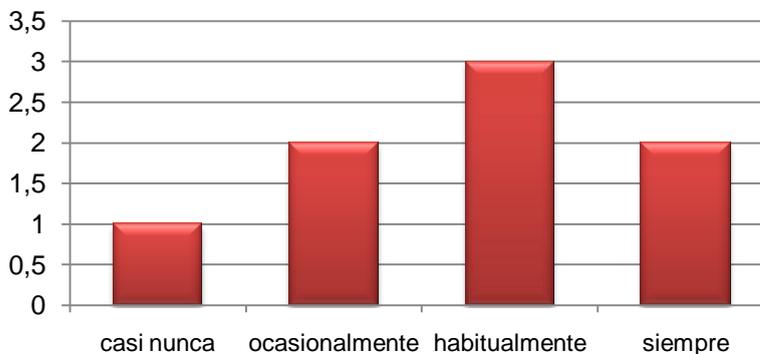
**Gráfico 28: ¿Disfruta masturbandose mutuamente con su pareja?**



- **Ítem: ¿Si quiere tener relaciones sexuales con su pareja toma Vd. La iniciativa?**

Con respecto a este ítem, un 66.7% de los participantes varones de nuestra investigación ocasionalmente lleva la iniciativa cuando quiere tener relaciones sexuales frente a un 33.3% que lo hace habitualmente.

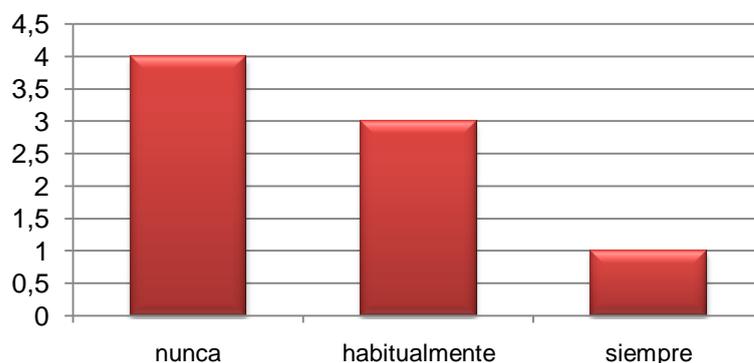
**Gráfico 29: ¿Si quiere tener relaciones sexual con su pareja toma Vd. la iniciativa?**



- **Ítem: ¿Realiza el coito tan frecuentemente como quiere?**

Un 50% de los hombres de nuestro estudio nunca realiza el coito tan frecuentemente como quiere, un 37.5% habitualmente lo realiza, mientras que un 12.5% siempre lo realiza con la frecuencia que quiere.

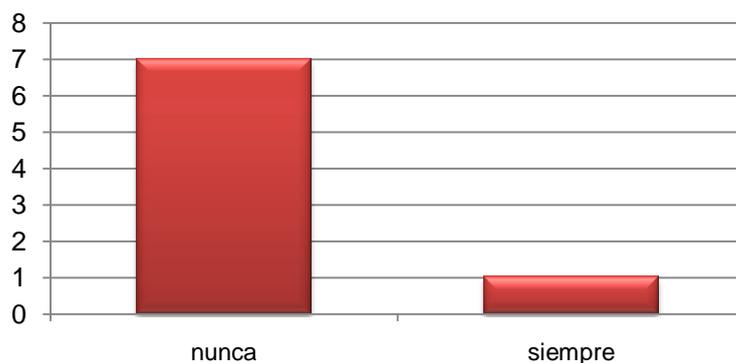
**Gráfico 30: ¿Realiza el coito tan frecuentemente como quiere?**



- **Ítem: ¿Pierde la erección durante el coito?**

Del total de hombres que han colaborado en este estudio el 87.5% contestaron que nunca pierden la erección durante el coito y un 12.5% afirmaron que siempre la pierden.

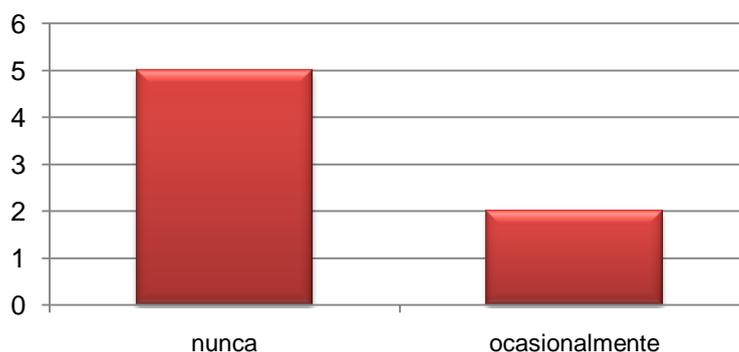
**Gráfico 31 : ¿Pierde la erección durante el coito?**



- **Ítem: ¿Eyacula sin quererlo casi tan pronto como su pene entra en la vagina de su pareja?**

Del total de hombres que han colaborado en este estudio el 71.4% nunca eyacula sin quererlo casi tan pronto como su pene entra en la vagina de su pareja; mientras que un 28.6% contesta que ocasionalmente lo hace.

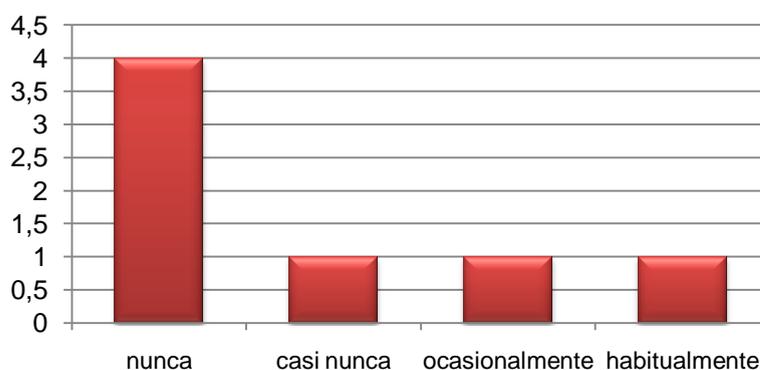
**Gráfico 32 : ¿Eyacula sin quererlo casi tan pronto como su pene entra en la vagina de su pareja?**



- **Ítem: ¿Eyacula accidentalmente justo antes de que vaya a penetrar la vagina de su pareja?**

Con respecto a este ítem, de los hombres que han rellenado el cuestionario, un 57.1% afirma que nunca eyacula justo antes de penetrar a su pareja, seguido de un 14.3% que decide optar por casi nunca; también tenemos un 14.3% que le ocurre ocasionalmente, y por último otro 14.3% que habitualmente eyacula justo antes de penetrar a su pareja.

**Gráfico 33: ¿Eyacula accidentalmente justo antes de que vaya a penetrar la vagina de su pareja?**



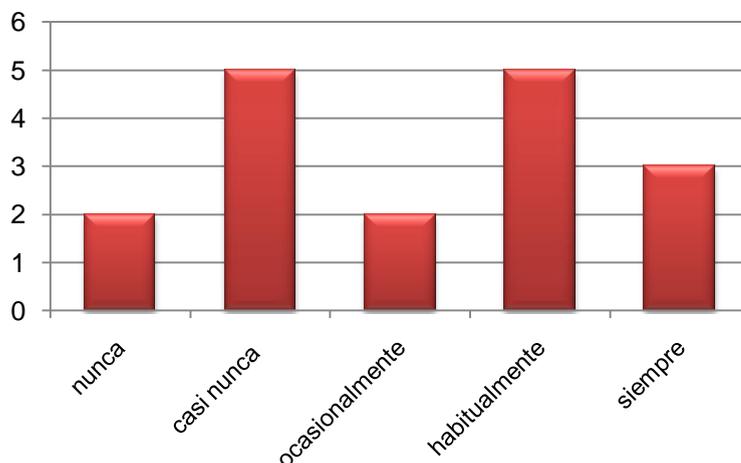
#### **ITEMS ESPECIFICOS MUJERES**

- **Ítem: ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que Vd. Y su pareja dedican al juego previo al coito?**

De todas las mujeres de la muestra que respondieron a este ítem, un 11.8% nunca se sienten satisfechas del tiempo que dedican a los juegos preliminares, un 29.4% casi nunca se sienten, un 11.8% ocasionalmente, un 29.4% habitualmente sienten

satisfacción en cuanto al tiempo dedicado al juego previo y finalmente un 17.6% siempre están satisfechas

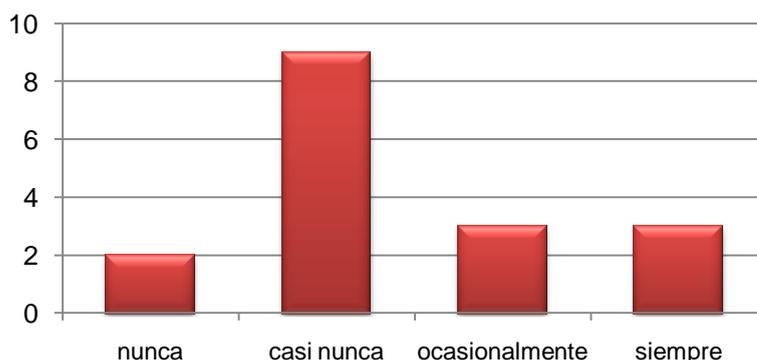
**Gráfico 31: ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que Vd. Y su pareja dedican al juego previo al coito?**



- **Ítem: ¿Siente que su vagina esta tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle ?**

Ante esta pregunta un 11.8% de mujeres contestaron que nunca sienten su vagina tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle. Un 25.9% respondieron que casi nunca. Un 17.6% contestaron que ocasionalmente. Finalmente un 17.6% optaron por elegir la respuesta siempre.

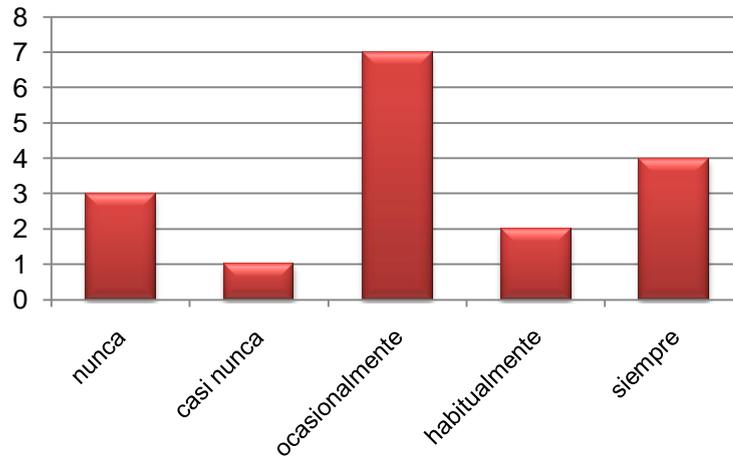
**Gráfico 32: ¿Siente que su vagina esta tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle?**



- **Ítem: ¿Es capaz de experimentar un orgasmo con su pareja?**

Un 17.6% de las mujeres participantes nunca es capaz de experimentar un orgasmo con su pareja. Nos encontramos con un 5.9% que casi nunca es capaz de experimentarlo. El 41.2% contestó que ocasionalmente lo experimenta. El 11.8% habitualmente frente al 23.5% que siempre lo hace.

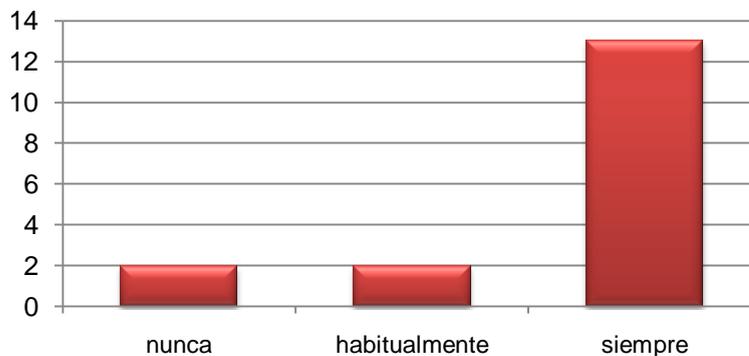
**Gráfico 33: ¿Es capaz de experimentar un orgasmo con su pareja?**



- **Ítem: ¿Le resulta posible introducir un dedo de su mano en su vagina sin sentir molestias?**

Ante esta pregunta, de todas las mujeres que han respondido a este ítem un 11.8% han seleccionado la respuesta que indicaba que nunca le resulta posible introducir un dedo de su mano en su vagina sin sentir molestias, seguido de otro 11.8% que han respondido que habitualmente es posible hacerlo. Sin embargo la mayor parte de ellas han contestado que siempre les parece posible presentando un porcentaje de respuesta de un 76.5%

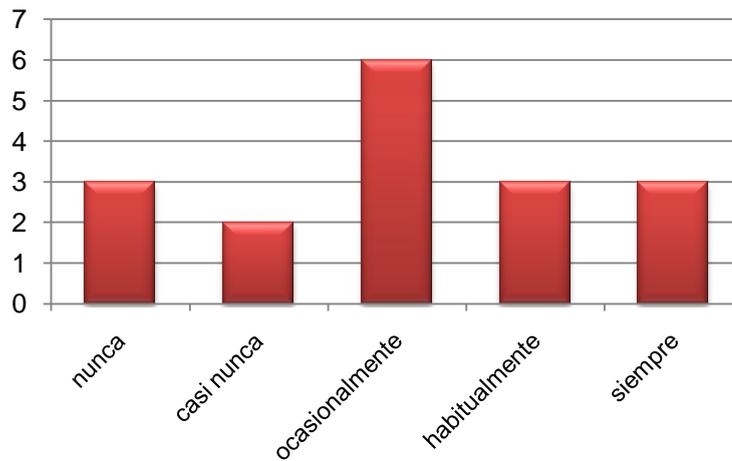
**Gráfico 34: ¿Le resulta posible introducir un dedo de su mano en su vagina sin sentir molestias?**



- **Ítem: ¿Le resulta imposible tener un orgasmo?**

Haciendo referencia a si le resulta imposible tener un orgasmo el 17.6% de las mujeres contestaron que nunca les era imposible. Un 11.8% contestaron casi nunca. A un 31.3% ocasionalmente le resulta imposible. Al 17.6% de mujeres habitualmente le es imposible y a otro 17.6% siempre se lo parece.

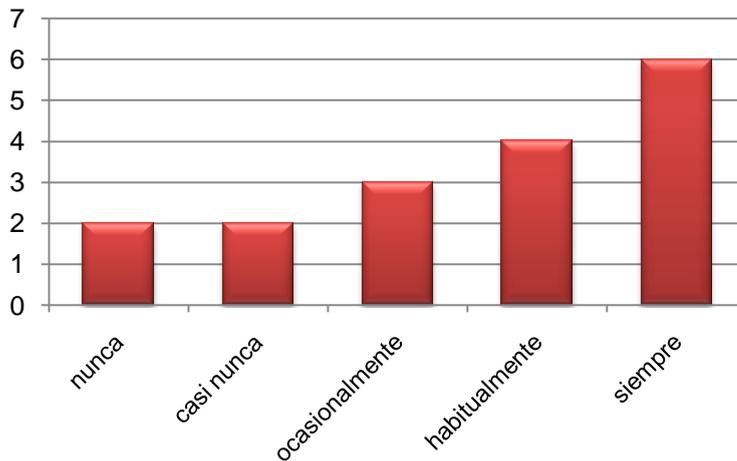
**Gráfico 35: ¿Le resulta imposible tener un orgasmo?**



- **Ítem: ¿Le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestia alguna?**

Del total de participantes del sexo femenino de nuestro estudio a un 11.8% nunca le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestia alguna, seguido de otro 11.8% y un 17.6% que casi nunca y ocasionalmente respectivamente refiere resultarle posible. Sin embargo existe un 23.5% que habitualmente puede hacerlo sin sentir molestia alguna y un 35.3% que siempre puede hacerlo sin problema.

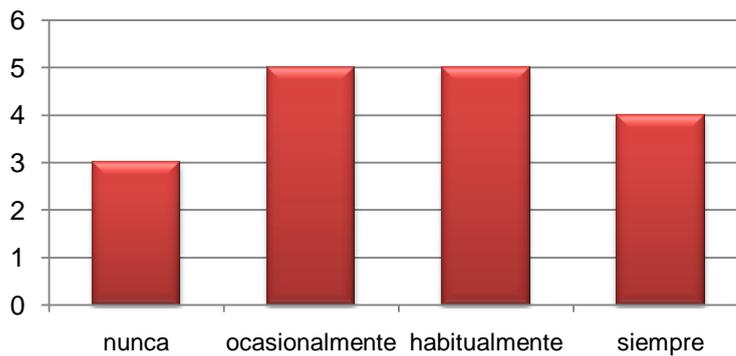
**Gráfico 36: ¿Le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestia alguna?**



- **Ítem: ¿Puede llegar al orgasmo cuando su pareja le estimula el clítoris?**

Con respecto a este ítem, un 17.6% de los participantes mujeres de nuestra investigación nunca puede llegar al orgasmo cuando le estimula el clítoris su pareja. Un 29.4% ocasionalmente puede llegar al orgasmo, otro 29.4% habitualmente llega y por último el 23.5% siempre puede llegar al orgasmo con previa estimulación clitoridiana.

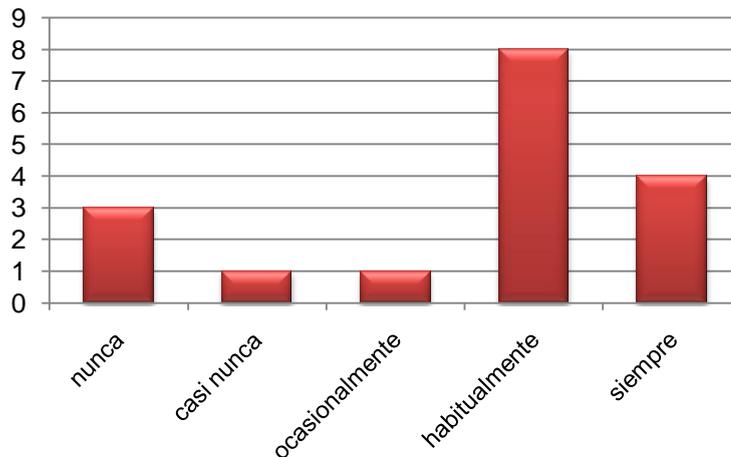
**Gráfico 37: ¿Puede llegar al orgasmo cuando su pareja le estimula el clítoris?**



- **Ítem: ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto?**

Un 17.6% de las mujeres de nuestro estudio nunca se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito. Un 5.9% casi nunca está satisfecha, seguido de otro 5.9% que afirma ocasionalmente estarlo. Ante esta pregunta la opción habitualmente es elegida por un 47.1% de las mujeres, mientras que la respuesta siempre la escogieron un 23.5% de ellas.

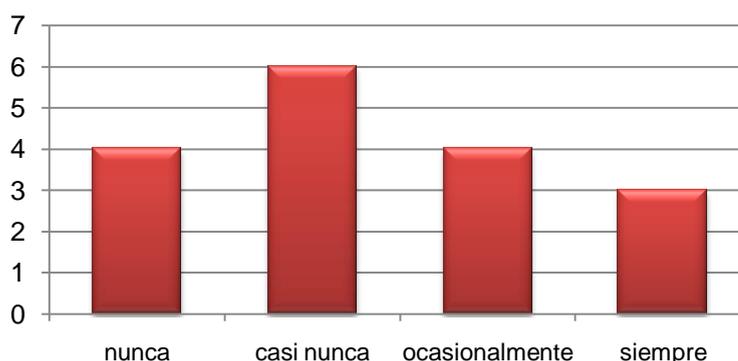
**Gráfico 38: ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto?**



- **Ítem: ¿Siente que su vagina está lo suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no pueda entrar muy profundamente?**

Con respecto a este interrogante, un 23.5% de las mujeres que han colaborado en nuestro estudio han optado por elegir la respuesta nunca. Con un 35.3% encontramos las mujeres que han contestado que casi nunca y ocasionalmente han sentido su vagina lo suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no puede entrar muy profundamente la han contestado un 23.5% de la muestra femenina. Tan solo un 17.6% de las mujeres han contestado que siempre siente cerrada su vagina ante la penetración profunda.

**Gráfico 39: ¿Siente que su vagina está lo suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no pueda entrar muy profundamente?**

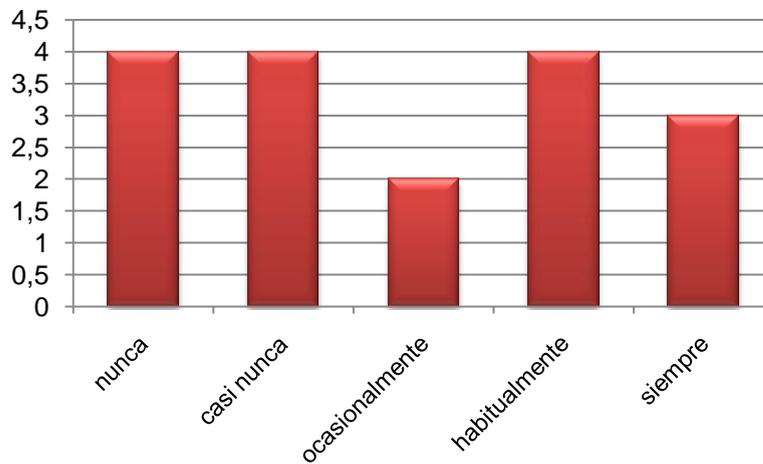


- **Ítem: ¿Se humedece su vagina mientras está haciendo el amor?**

Ante esta pregunta, un 23.5% responde que nunca se humedece su vagina durante el acto sexual. Otro 23.5% responde que casi nunca consigue humedecerse. Un 11.8% contesta que ocasionalmente le sucede. A un 23.5% habitualmente se le humedece

mientras está haciendo el amor mientras que tan solo a un 17.6% contesta que siempre.

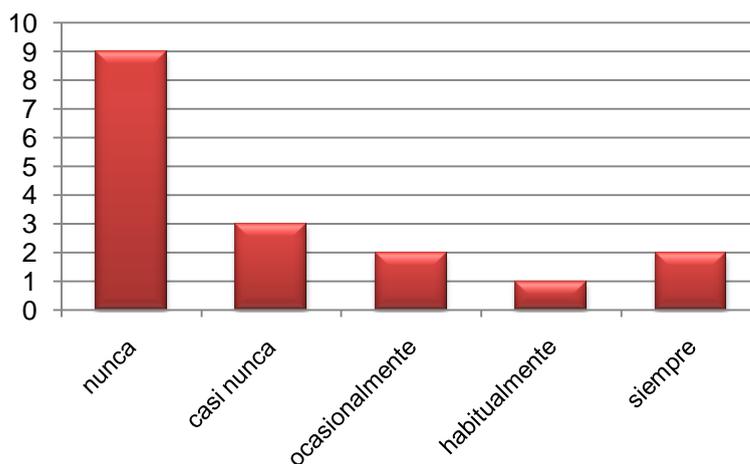
**Gráfico 40: ¿Se humedece su vagina mientras esta haciendo el amor?**



- **Ítem: ¿Consigue llegar al orgasmo durante el coito?**

Con respecto a este ítem, de las mujeres que han rellenado el cuestionario, un 52.9% afirma que nunca consigue llegar al orgasmo. Un 17.6% afirma que casi nunca consigue lograrlo. Por otro lado el 11.8% contesta que ocasionalmente consigue llegar al orgasmo, el 5.9% responde que habitualmente y por último el 11.8% responde que siempre logra llegar al orgasmo durante el coito

**Gráfico 41: ¿Consigue llegar al orgasmo durante el coito?**



## INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO G.R.I.S.S

La puntuación obtenida por cada uno de los ítems, se traducirá dentro un rango establecido en la interpretación del G.R.I.S.S.

Este rango contiene un valor máximo, que es 9 y un valor mínimo que es 1. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida por el individuo, es decir cuanto más se acerque al valor 9, mayor grado de que ocurra el evento. De la misma manera, cuanto menor sea la puntuación obtenida por el participante, es decir cuanto más se acerque a 1, menor grado de que ocurra el evento

### 2. ANALISIS BIVARIANTE

#### 2.1. Comparación por identificación sexual de los ítem del cuestionario GRIS

***TABLA 1: Comparación del ítem ¿Siente una falta de interés hacia el sexo? con respecto al sexo.***

		¿Siente una falta de interés hacia el sexo?				p
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	
Identificación sexual	Hombre	50%	25%	25%	0%	<0,05
	Mujer	5,9%	41,2%	29,4%	23,5%	

En relación a la pregunta de si siente una falta de interés hacia el sexo, observamos que un 50% de transexuales masculinos han contestado que nunca frente a un 5,9% de transexuales femeninos que también se ha identificado con esta respuesta. Sin embargo, un 41,2% de transexuales femeninos y un 25% de los masculinos, contestaron que casi nunca, y un 23% de transexuales femeninos frente a un 0% de masculinos, contestaron que habitualmente sienten una falta de interés hacia el sexo existiendo diferencias estadísticamente significativas en relación a sentir falta de interés hacia el sexo por sexo.

***TABLA 2: Comparación del ítem ¿Le pregunta a su pareja lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales? con respecto al sexo***

		¿Le pregunta a su pareja lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales?					P
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre	
Identificación sexual	Hombre	12,5%	25%	37,5%	12,5%	12,5%	0,236
	Mujer	41,2%	5,9%	11,8%	29,4%	11,8%	

Con respecto a la pregunta de si le pregunta a su pareja lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales, podemos ver que un 25% de transexuales masculinos han contestado que casi nunca frente a un 5,9% de transexuales femeninos. Un 37,5% de transexuales masculinos dicen que ocasionalmente preguntan a su pareja lo que les gusta o disgusta de sus relaciones sexuales frente a un 11,8% de transexuales femeninos. No existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 3: Comparación del ítem ¿Le resulta difícil explicar a su pareja que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales? con respecto al sexo***

		¿Le resulta difícil explicar a su pareja que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales?					P
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre	
Identificación sexual	Hombre	12,5%	62,5%	0%	25%	0%	0,219
	Mujer	23,5%	29,4%	5,9%	17,6%	23,5%	

Si hablamos de la pregunta de si le resulta difícil explicar a su pareja lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales, observamos que un 12,5% de las personas que se identifican con el sexo masculino han contestado que nunca frente a un 23,5% de las personas que se identifican con el sexo femenino que también ha elegido esta respuesta. Un 23,5% de las personas que se han identificado con el sexo femenino ha contestado que siempre le resulta difícil explicarle a su pareja lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales frente a un 0% del sexo masculino. No existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 4: Comparación del ítem ¿Se excita sexualmente con facilidad? con respecto al sexo***

		¿Se excita sexualmente con facilidad?				P
		Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	0%	12,5%	62,5%	25%	0.282
	<b>Mujer</b>	23,5%	17,6%	41,2%	17,6%	

En relación al ítem que hace referencia a si se excita sexualmente con facilidad, destacamos que un 23,5% de las personas que se identifican con el sexo femenino han contestado que casi nunca frente a un 0% de transexuales masculinos. Un 25% de las personas que se han identificado con el sexo masculino ha contestado que siempre se excita sexualmente con facilidad al igual que un 17,6% de las mujeres. No existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 5: Comparación del ítem ¿Evita tener relaciones sexuales con su pareja? con respecto al sexo***

		¿Evita tener relaciones sexuales con su pareja?					p
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	75%	12,5%	0%	12,5%	0%	>0,05
	<b>Mujer</b>	29,4%	47,1%	5,9%	0%	17,6%	

En relación a la pregunta de si evita tener relaciones sexuales con su pareja, vemos que un 75% de las personas que se identifican con el sexo masculino han contestado que nunca frente a un 29,4% de transexuales femeninos que también ha elegido esta respuesta. Un 12,5% de las personas que se han identificado con el sexo masculino ha contestado que habitualmente evita tener relaciones sexuales con su pareja frente a un 0% del sexo femenino. Y por el contrario un 17,6% de las personas que se identifican con el sexo femenino contestan que siempre frente a un 0% de las personas que se identifican con el sexo masculino, existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 6: Comparación del ítem ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja? con respecto al sexo***

		¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?			p
		Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	0%	62,5%	37,5%	0,136
	<b>Mujer</b>	17,6%	29,4%	52,9%	

Con respecto a la pregunta de si disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja, un 17,6% de los transexuales femeninos han respondido que ocasionalmente frente a un 0% de transexuales masculinos. Un 62,5% de los transexuales masculinos ha contestado que habitualmente frente a un 29,4% de los transexuales femeninos. Por último, un 37,5% de los transexuales masculinos frente a un 52,9% de los femeninos contestaron que siempre disfrutaban abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja. No existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

**TABLA 7: Comparación del ítem ¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja? con respecto al sexo.**

		¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?					p
		Nunca	Casi nunca	Ocasional-mente	Habitual-mente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	0%	12,5%	0%	50%	37,5%	0,175
	<b>Mujer</b>	17,6%	0%	11,8%	41,2%	29,4%	

En relación al ítem que hace referencia a si encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja, destacamos que el 17,6% de las personas que se identifican con el sexo femenino han contestado que nunca frente a un 0% de los que se identifican con el sexo masculino. Sin embargo, un 12,5 de los que se identifican con el sexo masculino frente a un 0% del sexo femenino, han contestado que casi nunca. Un 11,8% de la población femenina ha contestado que ocasionalmente frente a un 0% de la población femenina. Un 37,5% y un 29,4% de la población masculina y femenina respectivamente ha contestado que siempre encuentra satisfactorias sus relaciones sexuales. No existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 8: Comparación del ítem ¿Se pone tenso/a cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales? con respecto al sexo.***

		¿Se pone tenso/a cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?				p
		Nunca	Casi nunca	Ocasional-mente	Habitualmente	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	50%	12,5%	37,5%	0%	0,122
	<b>Mujer</b>	52,9%	23,5%	5,9%	17,6%	

En cuanto a la pregunta de si se pone tenso/a cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales, encontramos que de las personas que se identifican con ser hombre, un 50% han contestado que nunca, un 12,5% dicen que casi nunca y un 37,5% han respondido que ocasionalmente. Por otro lado, de las personas que se identifican con ser mujer, un 52,9% han respondido que nunca, seguido de un 23,5% que han dicho que casi nunca, un 5,9% han contestado que ocasionalmente y por último un 17,6% han respondido que habitualmente; no existiendo por sexo diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 9: Comparación del ítem ¿Realiza el coito más de dos veces por semana? con respecto al sexo***

		¿Realiza el coito más de dos veces por semana?					p
		Nunca	Casi nunca	Ocasional-mente	Habitual-mente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	35,7%	12,5%	25%	12,5%	12,5%	0,611
	<b>Mujer</b>	35,3%	23,5%	29,4%	11,8%	0%	

Con respecto a la pregunta que hace referencia a si realiza el coito más de dos veces por semana, destacamos de los transexuales masculinos que han participado en nuestro estudio, un 12,5% han contestado que casi nunca, frente a un 23,5% de transexuales femeninos. Del mismo modo, un 12,5% de transexuales masculinos, han respondido que siempre realizan el coito más de dos veces por semana frente a un 0% de transexuales femeninos; no existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas

***TABLA 10: Comparación del ítem ¿Le disgusta ser abrazado y acariciado por su pareja? con respecto al sexo***

		¿Le disgusta ser abrazado y acariciado por su pareja?			p
		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	62,5%	37,5%	0%	0,385
	<b>Mujer</b>	64,7%	23,5%	11,8%	

En relación a la pregunta ¿Le disgusta ser abrazado y acariciado por su pareja? encontramos que un 11,8% de los transexuales femeninos han contestado que habitualmente frente a un 0% de transexuales masculinos; no existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 11: Comparación del ítem ¿Piensa que existe falta de amor y afecto por su pareja? con respecto al sexo***

		¿Piensa que existe falta de amor y afecto por su pareja?				p
		Nunca	Casi nunca	Habitualmente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	25%	25%	25%	25%	0,700
	<b>Mujer</b>	47,1%	11,8%	17,6%	23,5%	

En cuanto a la pregunta de si piensa que existe una falta de amor y afecto por su pareja, hemos encontrado que de las personas que se identifican con ser hombre, el 100% se reparte equitativamente entre las respuestas nunca, casi nunca, habitualmente y siempre, encontrando porcentajes del 25% en cada una de ellas. Por otro lado, de las personas que se identifican con ser mujer, un 47,1% han contestado que nunca, un 11,8% han dicho que casi nunca, un 17,6% han respondido que ocasionalmente y por último un 23,5% dicen que habitualmente; no existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 12: Comparación del ítem ¿Disfruta cuando su pareja le frota o acaricia sus genitales? con respecto al sexo***

		¿Disfruta cuando su pareja le frota o acaricia sus genitales?			p
		Nunca	Habitualmente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	12,5%	0%	87,5%	0,248
	<b>Mujer</b>	17,6%	17,6%	64,7%	

Si nos centramos en el ítem que hace referencia a si disfruta cuando su pareja le frota o acaricia sus genitales, observamos que de las personas que se han identificado con el sexo masculino, un 0% ha contestado que habitualmente frente a un 17,6% de las personas que se han identificado con el sexo femenino. Un 87,5% de la población masculina han contestado que siempre disfrutan cuando su pareja le acaricia los genitales frente a un 64,7% de la población femenina; no existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 13: Comparación del ítem ¿Rechaza tener relaciones sexuales con su pareja? con respecto al sexo***

		¿Rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?					p
		Nunca	Casi nunca	Ocasional-mente	Habitual-mente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	62,5%	25%	0%	12,5%	0%	0,154
	<b>Mujer</b>	23,5%	41,2%	11,8%	5,9%	17,6%	

Con respecto a la pregunta de si rechaza tener relaciones sexuales con su pareja, vemos que de las personas que se identifican con ser hombre, un 62,5% han contestado que nunca, un 25% contestan que casi nunca y un 12,5% han respondido que ocasionalmente. Por otro lado, de las personas que se identifican con ser mujer, un 23,5% han respondido que nunca, seguido de un 41,2% que contestan que casi nunca, un 11,8% han contestado que ocasionalmente, un 5,9% dicen que les ocurre habitualmente y por último un 17,6% han contestado que les ocurre siempre; no existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 14: Comparación del ítem ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que Ud. y su pareja están haciendo mientras hacen el amor? con respecto al sexo***

		¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que Ud. y su pareja están haciendo mientras hacen el amor?					p
		Nunca	Casi nunca	Ocasional-mente	Habitual-mente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	62,5%	12,5%	12,5%	12,5%	0%	0,346
	<b>Mujer</b>	58,8%	23,5%	0%	5,9%	11,8%	

En relación al ítem que hace referencia a si tiene sensaciones desagradables ante lo usted y su pareja están haciendo mientras hacen el amor, destacamos que de las personas que se han identificado con el sexo masculino, un 12,5% ha contestado que ocasionalmente frente a un 0% de las personas que se han identificado con el sexo femenino. Un 12,5% de la población masculina han contestado que habitualmente frente a un 5,9% de la población femenina. Por el contrario, un 0% de la población masculina ha contestado que siempre frente a un 11,8% de la población femenina; no existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas

***TABLA 15: Comparación del ítem ¿Disfruta cuando realiza el coito con su pareja? con respecto al sexo***

		¿Disfruta cuando realiza el coito con su pareja?					p
		Nunca	Casi nunca	Ocasional-mente	Habitual-mente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	0%	12,5%	0%	37,5%	50%	0,111
	<b>Mujer</b>	17,6%	0%	17,6%	35,3%	29,4%	

En relación a la pregunta de si disfruta cuando realiza el coito con su pareja, hemos encontrado que de las personas que se identifican con ser hombre, el 12,5% dice que casi nunca, el 37,5% dicen que habitualmente y un 50% ha contestado que disfruta siempre. Por otro lado, de las personas que se identifican con ser mujer, un 17,6% han respondido que nunca, un 17,6% que han dicho que disfrutan ocasionalmente, un 35,3% han contestado que habitualmente y por último un 29,4% han respondido que disfrutan siempre; no existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 16: Comparación del ítem ¿Le disgusta frotar o acariciar los genitales de su pareja? con respecto al sexo***

		¿Le disgusta frotar o acariciar los genitales de su pareja?					p
		Nunca	Casi nunca	Ocasional-mente	Habitual-mente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	50%	25%	0%	12,5%	12,5%	0,238
	<b>Mujer</b>	47,1%	17,6%	23,5%	11,8%	0%	

Con respecto a la pregunta de si le disgusta frotar o acariciar los genitales de su pareja, podemos ver que de las personas que se identifican con ser hombre, un 50% han contestado que nunca, un 25% dicen que casi nunca, un 12,5% han respondido que ocasionalmente y otro 12,5% ha contestado que siempre. Por otro lado, de las personas que se identifican con ser mujer, un 47,1% han respondido que nunca, un 17,6% ha dicho que casi nunca, un 23,5% han contestado que ocasionalmente y por último un 17,6% han respondido que ocasionalmente y tan solo un 11,8% ha contestado que habitualmente ; no existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 17: Comparación del ítem ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna? con respecto al sexo***

		¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?					p
		Nunca	Casi nunca	Ocasional-mente	Habitual-mente	Siempre	
<b>Identificación sexual</b>	<b>Hombre</b>	12,5%	37,5%	0%	50%	0%	0,096
	<b>Mujer</b>	5,9%	17,6%	29,4%	29,4%	17,6%	

---

Por último, en relación al ítem: ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna? destacamos que de los transexuales masculinos, un 0% ha contestado que ocasionalmente frente a un 29,4% de los transexuales femeninos. Un 50% de los transexuales masculinos han contestado que habitualmente frente a un 29,4% de los transexuales femeninos, y un 0% de la población masculina ha contestado que siempre frente a un 17,6% de la población femenina; no existiendo entre ellos diferencias estadísticamente significativas.

## 2.2. Comparación de medias para cada uno de los dominios del cuestionario GRISS

### ***Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra***

Para comparar las medias para cada uno de los dominios del cuestionario GRISS hemos realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Al realizar esta prueba observamos que para los dominios impotencia, eyaculación, evitación en hombres, insatisfacción en hombres, insatisfacción en mujeres, evitación en mujeres, no sensualidad en mujeres, vaginismo, anorgasmia, no comunicación, infrecuencia siguen una distribución normal por eso aplicamos para la comparación de medias pruebas paramétricas (T-student). Nos encontramos con dos dominios que son no sensualidad en hombres y no sensualidad en mujeres que siguen una distribución no normal por eso aplicamos pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney).

**TABLA 18: Comparación de medias de los dominios por religión**

	Religión	N	Media	Desviación típica	p
<b>Impotencia</b>	Ateo/a	7	3,28	2,81	0,684
	Católico/a	1	2		
<b>Eyacuación</b>	Ateo/a	6	7,16	0,408	<0.05
	Católico/a	1	6		
<b>Evitación H/M</b>	Ateo/a	19	3,94	2,99	0,832
	Católico/a	6	3,66	1,96	
<b>Insatisfacción Hombres</b>	Ateo/a	7	5	3,0	0,259
	Católico/a	1	1		
<b>Insatisfacción mujer</b>	Ateo/a	12	4,58	1,97	0,475
	Católico/a	5	4	1,22	
<b>Evitación H/M</b>	Ateo/a	19	3,94	2,99	0,832
	Católico/a	6	3,66	1,96	
<b>Vaginismo</b>	Ateo/a	12	5,08	2,42	0,324
	Católico/a	5	3,8	2,16	
<b>Anorgasmia</b>	Ateo/a	12	4,5	1,08	0,220
	Católico/a	5	3,8	0,83	
<b>No comunicación</b>	Ateo/a	11	5,54	2,97	0,929
	Católico/a	5	5,4	2,96	
<b>Infrecuencia</b>	Ateo/a	8	6,55	2,77	0,924
	Católico/a	3	6,33	1,15	

Al comparar las puntuaciones medias de los dominios por religión, el dominio eyacuación en hombres transexuales muestra que la puntuación media de personas ateas es de 7.16 frente a la puntuación de católicos que es de 6, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

En el dominio de insatisfacción en hombres transexuales observamos que la media de

hombres ateos es 5 frente a la media obtenida por hombres católicos que corresponde con la puntuación 1. Podemos decir que a más puntuación mayor insatisfacción sexual, y por lo tanto se refleja más insatisfacción en personas ateas que en católicos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto al dominio impotencia, observamos una media para los transexuales del sexo masculino que se definen como ateos de un 3.28, encontrándose una de 2 en transexuales hombres católicos. En este caso se puede decir que existen más casos de impotencia en ateos que en católicos, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

Otro dominio a destacar se trata del dominio vaginismo. En los transexuales ateos se obtiene una puntuación media de 5.08 frente a una media de 3.8 en transexuales católicos, por lo que de esto se deduce que existe más casos de vaginismo en transexuales masculino ateos que católicos, aún no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

**TABLA 19: Comparación de medias de los dominios por estado civil**

	Estado civil	N	Media	Desviación típica	P
<b>Impotencia</b>	<b>Sin pareja</b>	5	4,20	2,86	0,148
	<b>Con pareja</b>	3	1,33	0,577	
<b>Eyacuación</b>	<b>Sin pareja</b>	5	7	0,707	1,00
	<b>Con pareja</b>	2	7	0,00	
<b>Evitación H/M</b>	<b>Sin pareja</b>	17	4,41	3,02	0,162
	<b>Con pareja</b>	8	2,75	1,66	
<b>Insatisfacción Hombres</b>	<b>Sin pareja</b>	5	5	3,39	0,598
	<b>Con pareja</b>	3	3,66	3,05	
<b>Insatisfacción mujer</b>	<b>Sin pareja</b>	12	5	1,75	<0,05
	<b>Con pareja</b>	5	3	0,70	
<b>Evitación H/M</b>	<b>Sin pareja</b>	17	4,41	3,02	0,162
	<b>Con pareja</b>	8	2,75	1,66	
<b>Vaginismo</b>	<b>Sin pareja</b>	12	4,66	2,64	0,920
	<b>Con pareja</b>	5	4,80	1,78	
<b>Anorgasmia</b>	<b>Sin pareja</b>	12	4,5	1,08	0,220
	<b>Con pareja</b>	5	3,8	0,83	
<b>No comunicación</b>	<b>Sin pareja</b>	9	5	3	0,449
	<b>Con pareja</b>	5	6,14	2,79	
<b>Infrecuencia</b>	<b>Sin pareja</b>	6	6,33	1,63	0,864
	<b>Con pareja</b>	5	6,60	3,28	

En esta tabla mostramos la comparación de las puntuaciones medias de los dominios por estado civil, destacando el dominio insatisfacción sexual en mujeres transexuales en la que la puntuación media de mujeres con pareja es de 3 frente a la puntuación de mujeres sin pareja que es de 5, por lo que según estos resultados encontramos mayor insatisfacción en transexuales del sexo femenino sin pareja que con pareja existiendo diferencias estadísticamente significativas.

En el dominio insatisfacción en hombres transexuales, nos encontramos con que aquellos que tienen pareja presentan una puntuación media de 3.66 ante la puntuación media de aquellos que se declaran sin pareja que su puntuación media se corresponde con el valor 5, es decir mayor insatisfacción en transexuales sin pareja que con pareja no observándose diferencias estadísticamente significativas.

Otro dominio donde se observan medias diferentes es el de anorgasmia, en el que la puntuación media de mujeres transexuales con pareja es de 3.8 ante la media en transexuales mujeres sin pareja que es de 4.5. Pudiendo afirmar que ante mayor puntuación media mayor anorgasmia, podemos decir que transexuales femeninos sin pareja presentan más casos de anorgasmia que los que si tienen pareja, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

En el dominio impotencia en hombres transexuales, nos encontramos con que aquellos que tienen pareja presentan una puntuación media de 1.33 ante la puntuación media de aquellos que se declaran sin pareja que su puntuación media se corresponde con el valor 4.20 es decir mayor insatisfacción en transexuales sin pareja que con pareja no observándose diferencias estadísticamente significativas.

**TABLA 20: Comparación de medias de los dominios por edad**

	Intervalo edad	N	Media	Desviación típica	P
<b>Impotencia</b>	≤33 años	4	3,50	3,69	0,720
	>33 años	4	2,75	1,5	
<b>Eyacuación</b>	≤33 años	3	7	1	1,00
	>33 años	4	7	0,00	
<b>Evitación Hombres</b>	≤33 años	13	5	3,13	<0,05
	>33 años	12	2,66	1,61	
<b>Insatisfacción Hombres</b>	≤33 años	4	6	3,46	0,192
	>33 años	4	3	2,16	
<b>Insatisfacción mujer</b>	≤33 años	9	4,88	1,90	0,251
	>33 años	8	3,87	1,55	
<b>Evitación mujer</b>	≤33 años	13	5	3,13	<0,05
	>33 años	12	2,66	1,61	
<b>Vaginismo</b>	≤33 años	9	6	2,23	<0,05
	>33 años	8	3,25	1,58	
<b>Anorgasmia</b>	≤33 años	9	4,88	1,05	<0,05
	>33 años	8	3,62	0,51	
<b>No comunicación</b>	≤33 años	6	5	2,52	0,607
	>33 años	10	5,8	3,15	
<b>Infrecuencia</b>	≤33 años	4	6	2	0,657
	>33 años	7	6,71	2,69	

En esta tabla mostramos la comparación de las puntuaciones medias de los dominios por intervalo de edad, destacando el dominio evitación en hombres transexuales en la que la puntuación media de hombres ≤33 años es de 5 frente a la puntuación de hombres >33 años que es de 2.66, por lo que según estos resultados encontramos mayor evitación en hombres transexuales ≤33 años existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Idénticas medias presentan las mujeres transexuales con respecto al dominio evitación, por

lo que en este caso podríamos decir que las mujeres  $\leq 33$  años presentan mayor evitación que las mujeres  $> 33$  años observándose diferencias estadísticamente significativas.

En el dominio anorgasmia nos encontramos con que aquellos  $\leq 33$  años presentan una puntuación media de 4.88 ante la puntuación media de aquellos  $> 33$  años que su puntuación media se corresponde con el valor 3.62, es decir se dan más casos de anorgasmia en transexuales  $\leq 33$  años que en mayores de esa edad encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Otro dominio donde se observan medias diferentes es el de vaginismo, en el que la puntuación media de mujeres transexuales  $\leq 33$  años es de 6 ante la media en transexuales mujeres  $> 33$  años que se trata de 3.25. Pudiendo afirmar que ante mayor puntuación media mayor vaginismo, podemos decir que transexuales femeninos  $\leq 33$  años presentan más casos de vaginismo que las que superan los 33 años de edad, observándose diferencias estadísticamente significativas.

En el dominio insatisfacción en hombres transexuales, nos encontramos con que aquellos que son  $\leq 33$  años presentan una puntuación media de 6 ante la puntuación media de aquellos  $> 33$  años que su puntuación media se corresponde con la mitad de la media anterior 3 es decir se da mayor insatisfacción en transexuales  $\leq 33$  años que en aquellos mayores de 33 años no observándose diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 21 : Comparación de medias de los dominios comunes para ambos sexos por identificación sexual***

	<b>Identificación sexual</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>P</b>
<b>No comunicación</b>	Hombres	6	6,3	3,01	0,388
	Mujeres	10	5	2,82	
<b>Infrecuencia</b>	Hombres	4	5	2,82	0,131
	Mujeres	7	7,2	1,79	

En cuanto a la comparación de medias de los dominios comunes para ambos sexos por identificación sexual observamos que en el dominio no comunicación encontramos que los hombres tienen una puntuación media superior a las mujeres. Y en el dominio infrecuencia encontramos que las mujeres tienen una puntuación media superior a los hombres mujeres, no observándose diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los dos dominios.

***TABLA 22: Comparación de medias de los dominios no sensualidad hombres y no sensualidad mujeres por religión***

	Religión	N	Rango promedio	Medias	P
No sensualidad hombres	Ateo/a	19	13,18	3.31	0,750
	Católico/a	6	12,42	1.5	
No sensualidad mujer	Ateo/a	19	13,18	3.31	0,750
	Católico/a	6	12,42	1.5	

En esta tabla, se compara la no sensualidad de hombres y mujeres con respecto a la religión.

En cuanto a la no sensualidad en hombres observamos que la puntuación media que los que se declaran ateos es de un 3.31 frente a la media de aquellos que son católicos que se trata de un 1.5, por lo que podemos decir que existe menor sensualidad en aquellos hombres transexuales que se definen como ateos con respecto a su religión, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a la no sensualidad en mujeres observamos una media para los transexuales del sexo femenino que se definen como ateos de un 3.31, encontrándose una media de 1.5 en transexuales mujeres católicos. En este caso se puede decir que existen menos sensualidad en ateos que en católicos, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 23: Comparación de medias de los dominios no sensualidad hombres y no sensualidad mujeres por estado civil***

	Estado civil	N	Rango promedio	Medias	P
No sensualidad hombres	Sin pareja	17	14,18	3.2	0,095
	Con pareja	8	10,50	1.4	
No sensualidad mujer	Sin pareja	17	14,18	3.2	0,095
	Con pareja	8	10,50	1.4	

En esta tabla, se compara la no sensualidad de hombres y mujeres con respecto al estado civil.

En cuanto a la no sensualidad en hombres observamos que la puntuación media que los que se declaran sin pareja es de un 3.2 frente a la media de aquellos que se declaran con pareja que se trata de un 1.4, por lo que podemos decir que existe menor sensualidad en aquellos hombres transexuales que se definen con pareja que los no la tienen, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a la no sensualidad en mujeres observamos una media para los transexuales del sexo femenino que se definen sin pareja de un 3.2, encontrándose una media de 1.4 en transexuales mujeres con pareja. En este caso se puede decir que existe menor sensualidad en sin pareja que en aquellos que tienen una pareja sentimental, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

***TABLA 24: Comparación de medias de los dominios no sensualidad hombres y no sensualidad mujeres por intervalo de edad***

	Intervalo edad	N	Rango promedio	Medias	P
No sensualidad hombres	≤33 años	13	15,31	3.7	0,19
	>33 años	12	10,50	1.9	
No sensualidad mujer	≤33 años	13	15,31	3.7	0,19
	>33 años	12	10,50	1.9	

Como se observa en la siguiente tabla, comparamos la no sensualidad de hombres y mujeres con respecto a un intervalo de edad.

En cuanto a la no sensualidad en hombres observamos que la puntuación media de aquellos que son ≤33 años es de un 3.7 frente a la media de los que son mayores de 33 años que se trata de un 1.9, por lo que podemos decir que existe menor sensualidad en aquellos hombres transexuales que tiene intervalo de edad ≤33 años, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a la no sensualidad en mujeres observamos una media para los transexuales del sexo femenino que son ≤33 años de un 3.7, encontrándose una media de 1.9 en transexuales mujeres >33 años. En este caso se puede decir que existe menor sensualidad en mujeres que se encuentren entre el rango de edad ≤33 años que en aquellos que superan esta edad, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

**TABLA 25: Correlación de la puntuación media en función de los dominios**

		<b>Impotencia</b>	<b>Eyaculación precoz</b>	<b>No sensualidad</b>
<b>EDAD</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-,622	-,372	-,621
	Sig. (bilateral)	,099	,411	<0.05
	N	8	7	25

**TABLA 26: Correlación de la puntuación media de los dominios con la edad**

		<b>Evitación Hombres</b>	<b>Insatisfacción hombres</b>	<b>Insatisfacción mujeres</b>
<b>EDAD</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-,504	-,722	-,461
	Sig. (bilateral)	<0.05	<0.05	,063
	N	25	8	17

**TABLA 27: Correlación de la puntuación media de los dominios con la edad**

		<b>Evitación mujeres</b>	<b>No sensualidad mujeres</b>	<b>Vaginismo</b>
<b>EDAD</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-,504	-,621	-,665
	Sig. (bilateral)	<0.05	<0.05	<0.05
	N	25	25	17

**TABLA 28: Correlación de la puntuación media de los dominios con la edad**

		Anorgasmia mujeres	No comunicación	Infrecuencia
<b>EDAD</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	-,782	-,214	-,079
	Sig. (bilateral)	<0.05	,426	,817
	N	17	16	11

Al correlacionar la puntuación media obtenida para cada uno de los dominios (evitación hombres, insatisfacción hombres, insatisfacción mujeres, evitación mujeres, no sensualidad mujeres, vaginismo, anorgasmia mujeres, no comunicación e infrecuencia) con la edad, se observan en todos los dominios coeficientes de Correlación de Pearson negativos.

Los dominios con mayor coeficiente de Correlación de Pearson son el de insatisfacción hombre con un valor de 0.72 y anorgasmia en mujeres con un valor de 0.78, obteniéndose en ambos casos diferencias estadísticamente significativas.

Para los dominios no sensualidad hombre y no sensualidad mujer el valor del coeficiente de Correlación de Pearson fue de 0.62 ( $p < 0.05$ ), para el dominio vaginismo un valor de 0.66 ( $p < 0.05$ ), para los dominios evitación hombre y evitación mujer un valor de 0.50 ( $p < 0.05$ ).

El resto de los dominios al correlacionarlos con la edad, se obtuvieron coeficientes de Correlación de Pearson inferiores a 0.50, no obteniéndose para ninguno de ellos diferencias estadísticamente significativas.

## VI. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio de investigación era conocer y valorar la satisfacción sexual de hombres y mujeres transexuales residentes en España, por lo tanto los resultados y conclusiones del mismo, son de utilidad para describir y caracterizar únicamente a la muestra participante en nuestra investigación sin que se puedan extrapolar al total de la población española. Somos conscientes de que la mayor limitación de nuestro estudio es el tamaño muestral ya que no es muy numeroso, pero como ha sido reflejado en los datos de prevalencia publicados, la frecuencia del trastorno es baja y desconocida en nuestro país. A esto le sumamos la gran dificultad de acceso que presenta esta población, que incluso recurriendo mediadores que nos facilitaran el contacto, la predisposición a participar era escasa.

Sería necesario ampliar el periodo de estudio con el fin de reunir una muestra más amplia de personas transexuales, para poder generalizar con mayor seguridad los resultados obtenidos sobre su satisfacción sexual así como analizar con más profundidad los factores causales o asociados a los problemas de salud sexual que manifiestan, con la finalidad de poder intervenir de una forma más eficaz.

El tamaño muestral de nuestro estudio se trata de 25 transexuales, 17 de los cuales se identifican con el sexo femenino y 8 con el sexo masculino.

Las características sociodemográficas más frecuentes de este grupo estudiado son:

La edad de los participantes oscila entre 19 y 56 años siendo la edad media de 33,92.

Con una muestra similar encontramos un estudio realizado por F.Hurtado Murillo et al en 2006 en el cual se utilizó el Inventario de Roles Sexuales ó cuestionario de masculinidad-feminidad-androginia (BSRI) (Bem, 1974) cuya muestra estaba formada por 26 personas, 13 hombres y 13 mujeres, con edades comprendidas entre los 17 y 49 años cuya edad media era de 26,96.

Al comienzo de los años setenta, ciertos autores consideraron el transexualismo como un problema de hiposexualidad (Pomeroy, 1969; Person y Ovesey, 1974) y en la actualidad, todavía, algunos investigadores defienden que las personas transexuales no muestran interés por la sexualidad y afirman que no tienen relaciones sexuales de calidad (Calanca, 1991).

Si bien, se evidencia, que muchas personas transexuales pueden no tener la sexualidad en el centro de su interés personal antes de realizarse la cirugía de reasignación sexual, muestran, en cambio, mucho interés sobre su futuro sexual tanto en cuanto a estética del aparato genital, como en cuanto a la necesidad de sentir o seguir sintiendo placer después de la operación quirúrgica de cambio de sexo.

En nuestro estudio, las mujeres transexuales presentan una puntuación media superior a los hombres transexuales en los dominios evitación e infrecuencia.

Del mismo modo en el estudio anteriormente nombrado, que fue llevado a cabo por F.Hurtado Murillo, los datos referentes a la intensidad de deseo sexual muestran resultados cercanos entre sexos, pero más óptimos para los hombres transexuales que para las mujeres transexuales. La intensidad de la excitación sexual muestra resultados en la misma línea. Por lo tanto, ambos estudios son tendentes a afirmar que la mujer transexual posee menor intensidad de deseo sexual que el hombre transexual.

En referencia al dominio anorgasmia en nuestro estudio solo se contempla en mujeres transexuales presentándose puntuaciones medias más elevadas en mujeres  $\leq 33$  años y en aquellas que no tienen pareja. En cambio, en el estudio referenciado previamente, existe una comparación directa de la intensidad del orgasmo sentido tanto en hombres como en mujeres, llegando a la determinación de que los hombres superan ligeramente a las mujeres (76,9% frente a 69,3% respectivamente).

## VII. CONCLUSIONES

Después de haber aplicado los métodos estadísticos necesarios para evaluar nuestros datos y dar respuesta a los objetivos propuestos, y tras la discusión de los resultados obtenidos, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- 1- La población de estudio que se identifica sexualmente como hombre y como mujer son principalmente personas ateas, que se encuentran en el momento del estudio en paro y con estado civil soltero/a.
- 2- En transexuales, las mujeres sienten mayor falta de interés hacia el sexo que los hombres, siendo estos los que nunca evitan mantener relaciones sexuales.
- 3- Las mujeres transexuales que permanece sin pareja poseen mayor insatisfacción sexual que aquellas que la tienen.
- 4- La evitación sexual, la anorgasmia, la no sensualidad y el vaginismo son disfunciones sexuales que en la mujer transexual disminuyen a medida que aumenta la edad.
- 5- La evitación e insatisfacción sexual son disfunciones que en hombres transexuales disminuyen a medida que aumentan la edad.
- 6- Entendemos que la gran complejidad y riqueza de las relaciones afectivas y sexuales que establecen las personas transexuales requerirían una mayor profundización y un estudio riguroso y objetivo que nos ayude a entender primero para poder facilitar después las orientaciones terapéuticas que ayuden a que este sector de la población vivencie su sexualidad de la forma más sana y plena posible, en ausencia de mitos y creencias limitadoras.

## VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Agier, Michel. «La antropología de las identidades en las tensiones contemporáneas». Revista Colombiana de Antropología, Bogotá, vol. 36, enero-diciembre, pp. 6-19. 2000
- 2- American Psychiatric Association, DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC, Fourth Ed, 1994.
- 3- Becerra-Fernández Antonio. Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. Revista internacional de Andrología: salud sexual y reproductiva, ISSN 1698-031X, Vol. 7, Nº. 2, 2009 , pags. 112-120
- 4- Becerra-Fernández, Antonio Transexualidad. La búsqueda de una identidad. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2003
- 5- Becerra Fernández, Antonio. Trastorno de identidad de género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. Madrid. 2002.
- 6- Benjamin, Harry. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press, 1966.
- 7- Bergero Miguel, Trinidad et al. La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, ISSN 0211-5735, Vol. 24, Nº. 89, 2004.
- 8- Best L & Stein K. Surgical gender reassignment for male to female transsexual people. The Wessex Institute for Health Research & Development, UK, DEC Report No. 88, 1998. <http://www.epi.bris.ac.uk/rd/publicat/dec/dec88.pdf>
- 9- Bordón Guerra, Rosario; Lourdes Maria García Averasturi. Protocolo de intervención psicológica en la transexualidad. Hojas Informativas de I@s Psicólog@s de Las Palmas, ISSN 1576-2157, Año IV, nº 43, 2001.
- 10- Bustos Moreno, Yolanda B. La transexualidad (De acuerdo a la Ley 3/2007, de 15 de Marzo).2008.
- 11- Calanca, A. Le transsexual après le changement.Evolution et pronostic. *Helvetica Chirurgica Acta*, 1991; 58: 257-260.
- 12- Chiland, C., Cambiar de sexo, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1999
- 13- Cohen-Kettenis PT & Gooren LJG. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. J Psychosomatic Research 1999;46:315-333.
- 14- Cohen Kettenis P, Owen A.: Kaiiser V, Bradley S, and Zucker K.: Demographic characteristics, social competence and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. J Abnorm Child Psychol 2003; 31(1): 41-53.

- 15- Conway Lynn. Vaginoplastia: Cirugía de reasignación de sexo de hombre a mujer 2005.
- 16- Di Ceglie D, Sturge C, Sutton A. Gender identity disorders in children and adolescents: guidance for management. *International Journal Transgenderism* 1998; 2(2).
- 17- Esteva de Antonio I, Berguero Miguel T, Giraldo Ansio F et al.: Unidad de trastornos de identidad de género de Andalucía. Experiencia del primer año de funcionamiento. *Endocrinol Nutr* 2002; 49:71-74.
- 18- Esteva I. Gonzalo M, Yahyaoui R, Domínguez M, T. Bergero, F. Giraldo, V. Hernando y F. Soriguer. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. *C. Med. Psicosom*, 2006; 78.
- 19- Eldh J.: Construction of neovagina with preservation of the glans penis as a clitoris in male transsexuals. *Plast Reconst Surg.* 1993; 91(5): 895-900.
- 20- Goldman H. *Psiquiatría General* 2ª edición México Ed. MM.1989
- 21- Gómez Gil, Esther e Esteva de Antonio, Isabel. *Ser transexual*. Editorial Glosa S.L, 2006
- 22- Hage JJ, van Kesteren PJ.: Chest-wall contour-ring in female-to-male transsexuals: basic considerations and review of the literature. *Plast. Reconst. Surg.* 1995; 96: 386
- 23- Hernández Sampieri, Roberto. *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid, 2006.
- 24- Herrero, Iratxe y Díaz de Argandoña, Carlos. *La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi*. Informe extraordinario de la institución del ararteko al parlamento vasco. 2009
- 25- Kanhai RC, Hage JJ, Karim RB.: Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: facts and figures from Amsterdam. *Scand. J. Plast. Re-constr. Surg. Hand Sur.* 2001; 35: 203.
- 26- Kanhai RC, Hage JJ, van Diest PJ, Bloemena E, Karim RB.: Mammary fibroadenoma in a male-to-female transsexual. *Histopathology.* 35: 183, 1999.
- 27- Lamas, Marta. *Género, diferencias de Sexo y diferencia sexual*. Debate feminista. Año 10 vol. 20 México.1999
- 28- Mañero Vázquez, Ivan; Jiménez Cano, Carlos; Montull Vila, Patricia. *Cirugía de reasignación sexual de mujer a hombre*. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. nº 78. 2006.
- 29- Martín Romero, Dolores. *La transexualidad, diversidad de una realidad*.2004
- 30- Matey, Patricia. *El tratamiento precoz de la transexualidad evita enfermedades mentales*. *Diario El Mundo (España)*. Suplemento crónica 2009

- 31-Mayra Rodríguez Rosa; Teresita García Caridad; C. Alfonso Ada. Trastorno de identidad de género y personas transexuales. Experiencias de atención en Cuba  
Sexología y sociedad;13(33):13-18, 2007.
- 32-Meyer III W, Bockting W, Cohen-Kettenis P, et al. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders -Sixth Version. IJT 2001;5(1),  
<http://www.symposion.com/ijt/soc-01/index.htm>
- 33-Michel A, Mormont C, Legros JJ.: A psychoendocrinological overview of transsexualism. Eur J Endocrinol 2001, 145: 365-376.
- 34-Migeon CJ and Wisniewski AB. Sexual differentiation: from genes to gender. Horm Res 1998;50:245-251
- 35-Monstrey S, Hoebeke P, Dhont M, De Cuyprere G, Rubens R, Moerman HM et al.: Surgical therapy en transsexual patient: a multi-disciplinary approach. Acta Chir Belg. 2001; 101(5):200-9.
- 36-Montejo Gonzalez, Angel Luis. Sexualidad y salud mental. Editorial Glosa. S.L. 2003
- 37-Moore E, Wisniewski A, Dobs A.: Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes and adverse effects. J. Clin Endocrinol Metab 2003, 88: 3467-3473.
- 38-Núñez, Esther. «La transexualidad en el sistema de géneros contemporáneo: del problema de género a la solución de mercado». En Raquel Osborne y Oscar Guash (comp.): Sociología de la sexualidad. Col. Monografías, 195. 2003
- 39-OMS, CIE-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research, 1992
- 40-Person,E. y Ovesey, L., "The Transexual Síndrome in Males. I Primary Transsexualism", American Journal of Psychotherapy, 1974 (28); Person, E. y Ovesey, L., "The Transexual Síndrome in Males. II Secondary Transsexualism", American Journal of Psychotherapy, 1974,(28)
- 41-Platero Méndez, Raquel. Transexualidad y agenda política: una historia de discontinuidades y patologización. Universidad Complutense.2008.
- 42-Puig Domingo, Manuel; Halperin Rabinovich, Irene. Papel del endocrinólogo en el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, nº78. 2006.
- 43-Ratnam SS, Lim SM.: Augmentation mamma-plasty for the male transsexual. Singapore Med J. 1982; 23: 107
- 44-Rodríguez-Molina Jose Miguel; Asenjo Nuria; Lucioa Maria Jesus; Pérez-López Gilberto; Frenzi Maria; Fernández-Serrano Maria Jesus; Izquierdo

- Concepción y Torres Hernández, Agnes Transexualidad de psiquis femenina fin e inicio de vida. Universidad veracruzana. Facultad de psicología-Xalapa. 2005
- 45- Ross MW, Walinder J, Lundstrom B, Thuwe I.: Cross-cultural approaches to transsexualism. Acomparison between Sweden and Australia. Acta Psychiatr Scand 1981; 63: 75-82.
- 46- Rust J. and Golombok S.: The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction. NFER-Nelson, Windsor (1986).
- 47- Smith Y, Van Goozen S and Cohen-Kettenis P.: Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40(4): 472-481.
- 48- Sorli Nuria. Breve historia de la sexualidad. Revista identidades. Crecimiento emocional y psicosexual. 2002.
- 49- Stoller, R.J., Sex and gender, vol. Nueva York, Science House, 1968
- 50- Tolleth H.: Concepts for the plastic surgeon from art and sculpture. Clin. Plast. Surg. 1987; 14: 585.
- 51- Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Megens JA.: An Epidemiological and Demographic study of transsexuals in The Netherlands. Arch Sex Behav 1996; 25: 589-600
- 52- Vila, Patricia, Mañero Vázquez, Ivan; Montull. Cirugía de reasignación sexual de hombre a mujer. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. nº 78. 2006.
- 53- Weeks, Jeffrey. El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas. Ed. Talasa. Madrid. 2003
- 54- Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature 1995;378:68-7

## IX. ANEXO

### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEXUAL G.R.I.S.S (MASCULINO)

Sexo.....  
Edad.....  
Lugar de residencia.....  
Estado civil.....  
Religión.....  
Profesión.....

#### INSTRUCCIONES

Cada pregunta del cuestionario puede responderse de las formas siguientes:

Nunca : <b>N</b>	Casi nunca: <b>CN</b>	Ocasionalmente: <b>O</b>	Habitualmente: <b>H</b>	Siempre: <b>S</b>
------------------	-----------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------

-Lee cada pregunta con atención y decide la respuesta que describe mejor la forma en cómo te han ido las cosas en sus relaciones sexuales **RECIENTEMENTE**, luego ponga una cruz en el cuadro correspondiente a la numeración.

-Le recuerdo que este cuestionario es totalmente anónimo.

-Nota aclaratoria: En el cuestionario, al hacer mención a la pareja puede entenderse como cualquier pareja sexual.

¡Por favor, no olvides contestar a todas las preguntas!

¡Gracias por su colaboración!

<b>HOMBRE</b>	<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>O</b>	<b>H</b>	<b>S</b>
1. ¿Realiza el coito más de dos veces por semana?					
2. ¿Le resulta difícil explicar a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?					
3. ¿Se excita sexualmente con facilidad?					
4. ¿Es capaz de retrasar la eyaculación durante el coito si piensa que puede eyacular enseguida?					
5. ¿Está insatisfecho con la cantidad de variación que hay en su vida sexual con su pareja?					
6. ¿Le disgusta frotar o acariciar los genitales de su pareja?					

7. ¿Se pone tenso o nervioso cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?					
8. ¿Disfruta realizando el coito con su pareja?					
9. ¿Le pregunta a su pareja que es lo más que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?					
10. ¿Tiene fallos de erección?					
11. ¿Considera que existe una falta de amor y afecto en las relaciones con su pareja?					
12. ¿Disfruta cuando su pareja le frota o acaricia el pene?					
13. ¿Puede evitar eyacular demasiado pronto durante el coito?					
14. ¿Intenta evitar tener relaciones sexuales con su pareja?					
15. ¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?					
16. ¿Logra tener una erección durante el juego previo con su pareja?					
17. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?					
18. ¿Disfruta masturbándose mutuamente con su pareja?					
19. ¿Si quiere tener relaciones sexuales con su pareja toma Vd. La iniciativa?					
20. ¿Le disgusta ser abrazado o acariciado por su pareja?					
21. ¿Realiza el coito tan frecuentemente como quiere?					
22. ¿Rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?					
23. ¿Pierde la erección durante el coito?					
24. ¿Eyacula sin quererlo casi tan pronto como su pene entra en la vagina de su pareja?					
25. ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?					
26. ¿Siente una falta de interés hacia el sexo?					

27. ¿Eyacula accidentalmente justo antes de que vaya a penetrar la vagina de su pareja?					
28. ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que Vd. Y su pareja están haciendo mientras hacen el amor?					

### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEXUAL G.R.I.S.S (FEMENINO)

Sexo.....  
 Edad.....  
 Lugar de residencia.....  
 Estado civil.....  
 Religión.....  
 Profesión.....

### INSTRUCCIONES

Cada pregunta del cuestionario puede responderse de las formas siguientes:

Nunca : <b>N</b>	Casi nunca: <b>CN</b>	Ocasionalmente: <b>O</b>	Habitualmente: <b>H</b>	Siempre: <b>S</b>
------------------	-----------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------

-Lee cada pregunta con atención y decide la respuesta que describe mejor la forma en cómo te han ido las cosas en sus relaciones sexuales RECIENTEMENTE, luego ponga una cruz en el cuadro correspondiente a la numeración.

-Le recuerdo que este cuestionario es totalmente anónimo.

-Nota aclaratoria: En el cuestionario, al hacer mención a la pareja puede entenderse como cualquier pareja sexual.

¡Por favor, no olvides contestar a todas las preguntas!

¡Gracias por su colaboración!

<b>MUJER</b>	<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>O</b>	<b>H</b>	<b>S</b>
1. ¿Siente una falta de interés hacia el sexo?					
2. ¿Le pregunta a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?					
3. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?					
4. ¿Se excita sexualmente con facilidad?					

5. ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que Vd. y su pareja dedican al juego previo al coito?					
6. ¿Siente que su vagina está tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle?					
7. ¿Evita tener relaciones sexuales con su pareja?					
8. ¿Es capaz de experimentar un orgasmo con su pareja?					
9. ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?					
10. ¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?					
11. ¿Le resulta posible introducir un dedo de su mano en su vagina sin sentir molestias?					
12. ¿Le disgusta frotar o acariciar el pene de su pareja?					
13. ¿Se pone tensa y nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?					
14. ¿Le resulta imposible tener un orgasmo?					
15. ¿Realiza el coito más de dos veces por semana?					
16. ¿Le resulta difícil explicar a su pareja que es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?					
17. ¿Le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestia alguna?					
18. ¿Piensa que existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja?					
19. ¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia sus genitales?					
20. ¿Rechaza el tener relaciones sexuales con su pareja?					
21. ¿Puede llegar al orgasmo cuando su pareja le estimula el clítoris durante el juego previo al coito?					
22. ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto?					
23. ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?					

24. ¿Siente que su vagina está suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no pueda entrar muy profundamente?					
25. ¿Le disgusta que su pareja le abrace y acaricie?					
26. ¿Se humedece su vagina mientras está haciendo el amor?					
27. ¿Disfruta cuando realiza el coito con su pareja?					
28. ¿Consigue llegar al orgasmo durante el coito?					

