



María Fernández Rodríguez

# Transexualidad y familia

En el presente artículo, tras la presentación de la UTIGPA (Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias), tratamos en primer lugar de dar una visión general de cómo se ha ido construyendo el concepto de transexualidad en la historia de la medicina y la psicología; y en segundo lugar hacemos una breve descripción del modelo familiar aún hoy vigente en la sociedad, y sus implicaciones en la comprensión del fenómeno de la transexualidad.

**PALABRAS CLAVES:** Transexualidad, familia, intervención familiar.



## La UTIGPA (unidad de trastornos de identidad de género del principado de asturias)

**La UTIGPA comienza a funcionar en marzo de 2007 compuesta por dos Psicólogos Clínicos, un Endocrinólogo y una Enfermera.** Funciona un día y medio a la semana, dedicando un día a la asistencia directa y el medio día restante a reuniones de equipo para el establecimiento de sesiones clínicas y favorecer una adecuada transmisión de la información sobre todos los usuarios entre todos los miembros del equipo, dentro de un enfoque decididamente interdisciplinar. Se pretende que los usuarios sean tomados a cargo globalmente por el equipo evitando las intervenciones parceladas por especialidades: todos los miembros del equipo son conocedores de las circunstancias fundamentales para la asistencia de todos los usuarios.

La implantación de la UTIGPA es una decisión política que toma forma cuando en junio de 2006, la Consejería de Salud del Principado de Asturias, aprobó incluir el tratamiento integral multidisciplinar de los pacientes con trastornos de identidad de género dentro del marco institucional del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Hasta ese momento en el estado español el centro pionero era la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) de Málaga (Hospital Carlos Haya), que se había formado en octubre de 1999 después de que el Parlamento Andaluz, en febrero del mismo año, hubiera incluido la atención a las personas con trastornos de identidad de género dentro de las prestaciones del Servicio Andaluz de Salud (SAS). También en el Hospital Clinic de Barcelona se prestaba atención a los transexuales, pero sin contar con un equipo interdisciplinar.

El fundamento jurídico de la atención al colectivo transexual se concreta de manera decisiva por medio de una resolución del Parlamento Europeo, de fecha 12 de noviembre de 1989, en la que en sus conclusiones se pide a los estados miembros que “aprueben disposiciones sobre el derecho de los transexuales a un cambio de sexo de carácter endocrinológico, plástico-quirúrgico y estético, el procedimiento y la prohibición de la discriminación”.

La situación en España venía marcada por el Real Decreto 63/95 de Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en cuyo Anexo III excluye “La cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos”. No obstante, posteriormente, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, abre la puerta a su inclusión, si todas las CCAA lo acuerdan así en el Consejo Interterritorial, siguiendo el procedimiento que se estipula en este Real Decreto para incorporar nuevas prestaciones.

Finalmente en 2007 se aprueba la **“Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas”** por la que se establece el procedimiento para la rectificación del sexo en el Registro Civil de las personas transexuales.

Vemos, entonces, como la asistencia a las personas transexuales es la consecución y puesta en práctica de un DERECHO de un colectivo que hasta entonces había estado asistencialmente mal asistido.

## Transexualidad y familia

EN BUSCA DE UNA NOMENCLATURA.

En un primer momento vamos a desarrollar estos dos conceptos de forma independiente para posteriormente integrarlos.

- La distinción entre transexualismo, travestitismo y homosexualidad es bastante reciente por parte de la comunidad científica.
- Históricamente los autores han tratado el tema desde las desviaciones o aberraciones sexuales, confundiendo y superponiendo las características de unos y otros.

El transexualismo entró en la literatura médica en 1853 cuando Frankel (Frankel, 1853) describe un cuadro clínico compatible con un caso de transexualidad. El caso de Screfakind Blank que desde niño había sentido la necesidad de vestirse de mujer. Terminó suicidándose y con graves acusaciones.

A finales del siglo XIX y principios del XX tres autores dan un gran impulso al estudio de los intereses y prácticas sexuales: Richad Krafft-

Ebing (1894) con su obra "Psicopatía Sexual" publicada originalmente en 1886, Havelock Ellis (1904) con su obra "Estudios de la psicología del sexo" y Sigmund Freud (1953) con "Tres ensayos sobre la Teoría de la sexualidad" publicado por primera vez en 1905.

Krafft-Ebing, profesor de psiquiatría de la Universidad de Estrasburgo enfoca la sexualidad humana como una colección de nauseabundas enfermedades. Las desviaciones del patrón "normal" son enjuiciadas como perversiones. Así por ejemplo consideraba a los homosexuales como víctimas de un "instinto sexual antipático" y la homosexualidad como una enfermedad degenerativa. En el marco de estos casos de homosexualidad presenta teorías de travestismo y transexualidad. Describió una forma de vestirse según el sexo contrario que denominó "metamorfosis sexuales paranoicas".

Sigmund Freud fue educado a las sombras de las doctrinas de Krafft-Ebing. Al igual que él, postuló que las desviaciones sexuales eran enfermedades y desempeñó un papel importante en el enjuiciamiento de las conductas sexuales desviadas de lo normal, como la homosexualidad. Sin embargo no habló en términos tan descalificadores. Así, por ejemplo, era más llevadero para los homosexuales ser calificados de inmaduros que de pecadores o criminales como pensaría Krafft-Ebing.

Cuando Sigmund Freud en el capítulo de las aberraciones sexuales hace su hipótesis sobre la génesis de la inversión o persona homosexual define a un grupo de invertidos que se acercan a las descripciones de los transexuales femeninos "el hombre invertido sucumbiría como mujer al encanto emanado de las cualidades físicas y espirituales masculinas y sintiéndose mujer buscaría al hombre".

Havelock Ellis (1904) también trató la homosexualidad como una desviación aunque con cierta comprensión debido a las experiencias homosexuales de su mujer. En sus escritos recogió ejemplos de transexuales femeninos que en 1936 llamó "invertidos sexoestáticos" o "eonistas" en referencia al caballero Eón que vivió la mitad de su vida como mujer.

Magnus Hirschfeld, fundó el Comité Humanitario Internacional para la defensa de los Homosexuales. En su obra "Die transvestiten" de

1912 acuñó el término "travestido" que definía sin distinción los actuales diagnósticos de transexuales, travestismo y homosexual afeminado.

Sandor Ferenczi publica en 1914 "*El homoerotismo: nosología de la homosexualidad masculina*" (Ferenczi, 1981). Pertenece a la primera generación de psicoanalistas. Promovió la defensa de los homosexuales marginados y perseguidos, llega a ser representante del Comité Humanitario fundado por Magnus Hirschfeld en 1897 y se posicionó en contra de Krafft-Ebing y Möbius en relación a la consideración de la homosexualidad como una enfermedad degenerativa. Considera más apropiado el término "homoerotismo" que el de homosexualidad. Distingue dos elecciones homoeróticas: Homoerótico pasivo (subjetivo) que se siente mujer en su relación con otros hombres y en todos los momentos de su existencia; y el Homoerótico activo (objetivo) que es completamente viril y sólo ha cambiado el objeto femenino por otro del mismo sexo. En el primer caso está haciendo descripciones propias de los transexuales.

El término "transexual" emergió al uso profesional y público durante los años 50. Cauldwell (1949) crea el término transexual y se empieza a usar en sentido moderno para señalar a individuos que desean vivir de manera permanente en el papel social del género opuesto y a quienes desean ser sometidos a reasignación de sexo. En el artículo "Psicopatía transexuales", el término está construido según el modelo de psicopatía sexuales de Krafft-Ebing.

### El término "transexual" emergió al uso profesional y público durante los años 50.

El término transexual fue acuñado por Caldwell pero fue Harry Benjamin quien lo popularizó y realizó la primera definición en 1953 en su obra "Travestism and transexualism" donde habla de la diferencia entre travestismo y transexualismo. Describe el transexualismo como la asociación entre normalidad biológica y la convicción de pertenecer al otro sexo y en consecuencia, con el deseo de cambio

de sexo. Al igual que su predecesor Hirschfeld consideraba la transexualidad como una forma de intersexo. En 1966 publica "The transexual phenomenon" (El fenómeno transexual) donde escribe: "Los verdaderos transexuales sienten que pertenecen al otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales (pene y el resto), son deformidades desagradables que el bisturí del cirujano puede cambiar seguramente por los grandes progresos recientes de la endocrinología y de las técnicas quirúrgicas". Benjamin se va a referir fundamentalmente al transexualismo del varón (TF).

Alby (1956) se refiere también al transexualismo de la mujer e introduce el término "**error de la naturaleza**": "**más a menudo, hombres que mujeres, esos sujetos normalmente constituidos, tienen el sentimiento de pertenecer al sexo opuesto y demandan una transformación morfológica por medio de la cirugía plástica y la administración de hormonas, para corregir lo que consideran como un error de la naturaleza.**"

Money y Stoller plantean la necesidad de distinguir entre sexo y género, esta doble realidad. Es imposible entender la transexualidad sin el concepto de género. John Money (1955) introduce el concepto de género en su primera acepción "rol de género" (gender role) que definió como: "todo cuanto una persona dice o hace para indicar a los demás o a sí misma el grado en que es niño o varón, o niña o mujer, respectivamente". Sitúa la génesis del concepto género en sus investigaciones sobre el hermafroditismo y señala su importancia en la constitución de la identidad sexual. Encontró que varones genéticos habían sido rotulados y criados como niñas debido a un síndrome femi-

nizante testicular (síndrome de insensibilidad a los andrógenos). Su aspecto externo es de mujer. En otros casos mujeres genéticas que se les había asignado sexo varón y criados como tales (representaban un síndrome adrenogenital): desde estos casos clínicos empezó a hacerse preguntas. Necesitaba un concepto vinculado a la realidad sexo pero distinto de él y que explicase el desarrollo de una identidad edificada sobre una biología que la contradice. Constató que la convicción básica de pertenecer a uno u otro sexo no estaba directamente determinada por el patrón cromosómico, gonadal, hormonal, ni tan siquiera por los tractos internos y externos de la morfología genital de una persona.

Robert Stoller publica en 1968 "Sex of gender", define el 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 añade que la convicción es permanente e inquebrantable. Para entender esta incongruencia entre cuerpo e identidad necesitaba otros conceptos que le explicaran lo que estaba ocurriendo en aquellas personas que presentaban transexualidad. Consideraba necesario distinguir entre sexo y género. Utiliza la palabra sexo para referirse a los componentes biológicos que distinguen al varón de la hembra (anatomía y fisiología), mientras que el término género lo reserva para señalar el dominio de lo psicológico de la sexualidad (sentimientos, pensamientos, actitudes, papeles, etc.) El género alude a la masculinidad y la feminidad. Plantea estudiar la génesis y el desarrollo de la masculinidad y feminidad fundamentalmente a través de dos conceptos psicológicos: identidad de género y núcleo de la identidad de género. El núcleo

El género es del orden psicológico y cultural y alude a la masculinidad y la feminidad



La DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) introduce cambios importantes. Elimina el término transexualidad y lo sustituye por Trastorno de Identidad de Género.

de la identidad de género es esa convicción, ese sentimiento que un niño y una niña tienen de ser un varón o una mujer, se establece a los 2 ó 3 años, es el primer paso para el desarrollo de la identidad de género (masculina o femenina) que se desarrolla y modifica a lo largo de la vida. (El género es del orden psicológico y cultural y alude a la masculinidad y la feminidad)

Fisk en 1973 propone el término “síndrome de disforia de género” para designar el malestar resultante de la discordia entre identidad de género y el sexo asignado. Este concepto es más amplio que el de transexualismo, e incluye también travestismo no fetichista y otros trastornos de identidad sexual.

La Clínica de Género de Amsterdam se crea en 1974. El resultado exitoso de la terapia de reasignación de sexo en la mayoría de los transexuales y el cambio en las conductas sociales produjo una actitud más liberal por parte de las autoridades sanitarias, culminando en 1982 con la aprobación por parte del seguro médico holandés de los costes de la terapia. En 1988 Lovis Gooren se convirtió en el primer profesor de transexología, ocupando una cátedra.

La Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) se constituye en 1979 y se aprueban unos protocolos estándares de tratamiento para estos pacientes que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial. Estos estándares asistenciales son los que nosotros utilizamos en la UTIGPA (Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias). La sexta revisión y última es de 2001 (Meyer et al., 2001), siendo las anteriores desde el documento original de 1979, de 1980, 1981,

1990 y 1998. Estas normas de cuidado tienen el objetivo de proporcionar pautas flexibles para el tratamiento de las personas con TIG (Trastorno de Identidad de Género).

#### EL DIAGNÓSTICO DE TRANSEXUALIDAD: NI CONTIGO NI SIN TI

El desarrollo histórico del término “transexualidad” junto con los estudios e investigaciones que se concretan en los Criterios Feighner (Feighner et al., 1972) y los Criterios de Investigación Diagnóstica (Spitzer, Endicott, & Robins, 1975) hicieron posible la aparición del diagnóstico de transexualidad en la nomenclatura oficial de la APA en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Desde su inclusión y a lo largo de las siguientes revisiones se han ido realizando pequeños cambios en su ubicación, sin haber conseguido alejarla lo suficiente de las disfunciones sexuales y de las parafilias.

El hecho de estar incluida la transexualidad en las clasificaciones diagnósticas legitima el derecho a la asistencia sanitaria e impulsa y promueve la investigación. Sin embargo no son pocos los que desde posturas menos conservadoras y atendiendo a los grandes avances sociales defienden la desaparición (la exclusión) de esta entidad como trastorno al igual que sucedió en su momento con la homosexualidad.

En 1994, la DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) introduce cambios importantes. Elimina el término transexualidad y lo sustituye por Trastorno de Identidad de Género y además incluye entre sus criterios diagnósticos que la alteración no debe coexistir con una enfermedad intersexual.

La etiología de la transexualidad es aún desconocida y aunque los más defienden una compleja interacción entre factores biológicos y ambientales, las últimas investigaciones continúan buscando una base fisiológica que convertiría precisamente a este trastorno en un estado intersexual.

Con la introducción de Fisk (1974) del término “Disforia de género”, concepto más amplio que el de transexualidad, se abre la posibilidad de que otros trastornos de identidad de género que no cumplan criterios de transexualidad puedan manifestar distintos grados de disforia de género; pero además también podría plan-

tearse qué pasaría si alguna persona transexual no presentase disforia de género: si ese malestar entre género sentido y el sexo biológico hubiese encontrado alguna forma adaptativa de existir en el mundo ¿dejaría por ello de ser transexual?. Sin disforia también podría hacerse innecesaria la cirugía de reasignación de sexo y otras. El “deseo” de parecerse al sexo opuesto mediante intervenciones endocrinológicas y quirúrgicas ha sido desde los comienzos un criterio diagnóstico. Lo que sí es bien cierto, hoy por hoy, en este contexto social, es que muchas personas transexuales hacen demanda no solo de tratamiento hormonal sino también de cirugía. Esta demanda, más que un “deseo” es una necesidad porque “sienten” pero no se “ven” y necesitan verse para sentirse y que los demás también los vean.

#### ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA FAMILIA?

Todos hemos nacido en una familia y nos construimos en esa familia. Formamos o formaremos nuestra propia familia. El ser humano, desde su nacimiento precisa del otro para ir desarrollando y construyendo su identidad. Tanto las teorías clásicas (psicoanálisis, conductismo, cognitivismo) como los nuevos marcos explicativos de los años 70 y 80 (Bem, 1981; Block, 1973, etc..) explican que en la formación de la identidad sexual están implicadas las figuras parentales y la sociedad. La sociedad, a través de la familia, va a ejercer su poder para que el resultado sea la obtención de dos identidades de género reconocidas habitualmente por las distintas sociedades: la de varón y la de mujer.

**¿Qué modelo de familia tenemos en mente?** Es evidente que al mencionar el término familia, a la mayoría de la gente le viene a la cabeza el modelo estereotipado de familia tradicional compuesta por la familia nuclear: padre, madre e hijos y la familia extensa: abuelos, tíos y primos. En los últimos años ha habido una proliferación de los llamados “nuevos modelos de familia” donde incluiríamos a las familias reconstituidas, las monoparentales o a las nuevas formadas por personas homosexuales. A pesar de los importantes cambios obtenidos tanto a nivel legal como social donde ya se reconoce su existencia con pleno derecho e igualdad de condiciones con otros tipos de familia, conti-

nuamos funcionando con estereotipos familiares. A la sociedad y a los propios profesionales les cuesta liberarse de esos modelos tan arraigados no solo por el estilo educativo sino también por los contenidos formativos de su especialidad. La asistencia debe estar libre de prejuicios y contenidos moralistas.

La persona que presenta un TIG cuando acude a nuestra consulta en busca de ayuda, generalmente viene sola. Mayoritariamente la demanda es a petición propia y suele ser muy explícita. Nosotros posteriormente ampliamos la convocatoria tanto para obtener datos en el proceso de evaluación (diagnóstico, primer paso del proceso) como para saber con qué apoyos cuenta en todo este complejo recorrido asistencial que va a iniciar (triada terapéutica: diagnóstico, tratamiento hormonal y cirugía).

**Aunque físicamente la persona transexual venga sola, debemos recordar que en sus esquemas cognitivos lleva plasmado todo su mundo relacional y que por lo tanto trae a su familia incorporada** (con sus reglas, normas y escala de valores). La familia como grupo natural con historia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por REGLAS que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. Mediante estas reglas los distintos miembros de la familia van aprendiendo lo que está y no está permitido en la relación. Las reglas son la expresión observable de los valores de la familia y sociedad.

La estabilidad de la familiar (homeostasis familiar) se mantiene en gran medida en que todos sus miembros se adhieran a un cierto número de reglas. Las reglas representan un conjunto de prescripciones de conducta que definen las relaciones y la manera en que los miembros interactúan. Las reglas pueden ser explícitas, implícitas, secretas y metarreglas y las familias funcionan con una mezcla de todas ellas. Hay reglas funcionales y otras disfuncionales, por ejemplo, “los niños no deben hacer esto... esto es de niñas”. Normas o reglas de este tipo sólo traen consigo la maduración personal de los hijos de una manera inadecuada donde están latentes los prejuicios y visiones estrechas del mundo.

Por lo tanto, las instituciones como la familiar, son constelaciones cargadas de normas (reglas) y sistemas de roles que ordenan la es-

estructura de las relaciones de familia. La familia es el lugar donde el niño aprende los roles básicos para la formación de la personalidad y para desenvolverse en la sociedad. En la familia tradicional hay hombres y mujeres biológicas (dimorfismo sexual). Además en todas las sociedades existe un modelo normativo adscrito y prescrito a uno y otro sexo: modelo de masculinidad y modelo de feminidad. Estos modelos (son construcciones culturales y temporales) organizan las sociedades y participan en la estructuración de la subjetividad humana. Por regla general se ha encontrado en casi todas las culturas que la atribución del género se hace en función de este dimorfismo sexual, si se es hombre o mujer biológica. (Analogía entre la masculinidad y feminidad psicológica y la realidad biológica.) Concordancia entre sexo biológico - género - roles.

El sexo del bebé es una de las primeras preguntas que se realiza ante su nacimiento. **Cuando un niño nace en el seno de una familia lo primero que se hace es sexarlo, es decir, la primera pregunta que se realiza tanto por parte de los miembros de la familia como de todo su entorno es si es niño o niña, aún más este atributo ya se hace explícito durante el embarazo cuando a los pocos meses de gestación ya se detecta si es niño o niña, y se va comunicando al entorno. Incluso antes de nacer se van realizando preparativos (habitación, colores...) en función del sexo del bebé.**

**Cuando nace se le nombra, se le viste y se le peina siguiendo el modelo de masculinidad o feminidad prescrito por la cultura y transmitido a través del intercambio social y del poder de la comunicación (es imposible no comunicar y además la comunicación se hace a nivel verbal y analógico (axioma de la comunicación humana)).**

El sexo del niño es uno de los primeros criterios que se tienen en cuenta en la interacción social y partiendo del sexo asignado se ponen en marcha una serie de interacciones bebé -

padres - entorno. El sexo biológico es uno de los principales elementos diferenciadores que impregna toda la estructura social y dicotomiza la conducta humana. Es un organizador básico en todas las culturas y sociedades.

Todo este relato anterior es necesario para contextualizar a la persona transexual. Conocer la dinámica y el funcionamiento de su familia nos proporcionaría concebir estrategias de ayuda y asesoramiento para la solución y/o apoyo de las diversas demandas y problemáticas que puedan ir surgiendo a lo largo de todo el proceso de intervención (triada terapéutica de los estándares asistenciales).

En este contexto de normas, reglas y roles preestablecidos y constructos que se han naturalizado y que en cierta forma son mecanismos de control social emerge una persona transexual.

**Se rompe la PREDICTIBILIDAD en el funcionamiento y en la dinámica familiar y las expectativas y deseos de los padres entran en conflicto con las necesidades del hijo transexual.**

Las reacciones de las familias ante la transexualidad suelen ser muy variadas aunque debemos reconocer que el denominador común es la presencia en períodos más o menos largos de rechazo e incluso de repudio por parte de algún miembro de la familia.

La mayor parte de las familias relatan haber sospechado desde siempre que su hijo/a tenía algún problema de identidad. Sus gustos o preferencias no eran lo esperable. En estos primeros años de vida los progenitores de la persona transexual pueden adoptar una estrategia de negación. Piensan que esto es pasajero, cosa de la edad, influencia de la fratria...y hacen oídos sordos a las informaciones que llegan del entorno (como de la escuela) y del propio hijo transexual. En no pocos casos comienzan desde edades tempranas un recorrido asistencial donde el objetivo es la valoración de sus conductas. Psiquiatras y psicólogos suelen ser los principales consultantes y pocas veces sus evaluaciones y devoluciones satisfacen a las familias.

A medida que la persona transexual va creciendo, el problema va aumentando. Cada vez se va haciendo más claro que sus comportamientos y deseos entran en disonancia con el sexo que

se le ha asignado desde su biología. La familia como parte integrante de la sociedad, también está impregnada de prejuicios y actitudes de rechazo. Siguen sin tener claro lo que le está pasando a su hijo/a. Los más, piensan que es homosexual. Aún albergan esperanzas de que se produzca algún cambio. Las descalificaciones (insultos, castigos, etc.) y las desconfirmaciones (“tú no existes para mí”) pueden ser la base de las interacciones en ciertos momentos del ciclo vital (pubertad y adolescencia) donde todas las manifestaciones de la transexualidad se hacen más patentes.

**Esta situación de continuo malestar y conflicto provocan que no pocos transexuales abandonen la familia cuando apenas cumplen la mayoría de edad. En la calle, con una formación académica escasa (también en el contexto escolar han padecido el rechazo), sin apoyos familiares, buscan grupos de iguales que favorezcan la supervivencia y que en muchos casos también rozan la marginalidad.**

Esta actitud de rechazo, generalmente no es uniforme, ni tiene la misma intensidad en todas las familias. Los padres suelen tener una actitud más de rechazo, incluso de repudio, mantenido en el tiempo. Las madres, aunque al principio también les cuesta asumir que su hijo/a es distinto poco a poco van aceptando y entendiendo. Esta diferencia, en cuanto a la comprensión de lo que le esté pasando al hijo/a puede estar relacionado con los modelos de masculinidad y feminidad en que los padres han sido educados y que han determinado sus roles dentro del seno familiar. A pesar de los cambios que se están desarrollando en el seno de la familia respecto a la diferenciación de roles de los distintos componentes, aún hoy en día es la madre la que se hace cargo de los aspectos emocionales del hijo. La rigidez de roles en la dinámica familiar, dificulta la comprensión del fenómeno de la transexualidad. No todas las familias terminan aceptando a la persona transexual. Algunas simplemente se resignan y lo aceptan tras intentos fallidos de que las cosas fueran de otro modo. Han pasado por sentimientos de culpa y de vergüenza. Se han preguntado qué parte de responsabilidad han tenido con respecto a las pautas educativas o con respecto a la herencia: “ya nació así... yo quería una hija y nació un hijo...”

Aunque no es lo más frecuente también se presentan familias donde el rechazo ha sido menor tanto en intensidad como en el tiempo y desde casi el principio han apoyado a su hijo o hija transexual. Cada vez más familias después de un periodo de adaptación y asimilación del problema van cediendo en sus posturas de rechazo y manifestando su aceptación y a apoyo al hijo/a transexual.

Las personas diagnosticadas de TIG presentan un elevado índice de patología psiquiátrica asociada. Son los trastornos de personalidad, los trastornos depresivos, de ansiedad, conductas autodestructivas o suicidas y abuso de sustancias psicoactivas, los trastornos psiquiátricos que han sido asociados con mayor frecuencia. Esto es congruente con las situaciones adversas y conflictivas que estas personas han vivido tanto a nivel personal como familiar. Por lo tanto estos trastornos mentales comórbidos pueden considerarse secundarios a las dificultades de adaptación inherente al trastorno de identidad que presentan.

La aceptación temprana, por parte de la familia favorecería el desarrollo saludable de la persona transexual, convirtiéndose además en el principal factor de protección que amortiguaría el impacto de las actitudes sociales de rechazo y marginación.

## Conclusión

La transexualidad no se puede mantener en secreto. Lo más relevante para el sujeto es lo que “siente”. Por ejemplo, si se siente hombre en clara discrepancia con la identidad que los demás le asignan, lo ven y lo clasifican como mujer, todo su esfuerzo irá orientado a intentar que los demás lo vean como él se siente.

La discriminación supone atentar contra el derecho humano más fundamental que sería hacer uso de tu propia identidad. Negarlo o no aceptarla trae como consecuencia graves problemas psicológicos.

Familia y sociedad están constantemente en interacción influyéndose mutuamente y protagonizando los cambios sociales. Se están produciendo importantes cambios en el contexto (legislación, derechos, movimientos sociales,...) que exigen cambios en los modelos



familiares y las familias tienen que construir modelos relacionales distintos. Estos cambios sociales son más aceptados cuando no se refieren a tu propia familia, cuando no te implican directamente, por eso la persona transsexual se enfrenta a importantes presiones del "orden establecido".

La familia es un sistema en evolución donde los padres deben ir cambiando y flexibilizando sus roles en función de las necesidades cam-

biantes de los hijos que pasan por distintos momentos de su ciclo vital. La no aceptación, con posturas rígidas e inflexibles dificulta aún más el desarrollo saludable del hijo/a transsexual, al no proporcionarle el soporte emocional necesario.

Los terapeutas familiares tenemos la oportunidad de observar y prender, y libres de prejuicios, contribuir al cambio social a través del trabajo psicoterapéutico con estas familias.

## Referencias bibliográficas

- ALBY, J. M. (1956). *Contribution a l'etude du transexualisme*. París: Faculte de Medicine de Paris
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and statistical of mental disorders* (3ª ed.) (B. Version española: Mason, 1984, Trans.). Washington, D. C.: APA
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical of mental disorders* (4ª ed.). Washington, D. C.: APA
- BEM, S. L. (1981). *Gender schema theory: a cognitive account of sex typing*. Psychol. Rev., 88, 354-364.
- BENJAMIN, H. (1953). *Transvestism and Transexualism*. International Journal of Sexology, 7, 12-14.
- BENJAMIN, H. (1966). *The transsexuals phenomenon*. Nueva York: The Julian Press.
- BLOCK, J. H. (1973). *Conceptions of sex role: Some cross-cultural and longitudinal perspectives*. American Psychologist, 28, 512-526.
- CAULDWELL, D. O. (1949). *Psychopatia Transexualis*. Sexology, 16, 274-280.
- ELLIS, H. (1904). *Studies of the Psychology of Sex*. Philadelphia: Davis.
- FEIGNER, J. P., ROBINS, E., GUZE, S. R., WOODRUFF, R. A., WINOKUR, G., & MUÑOZ, R. (1972). *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Arch. Gen. Psychiatry, 26, 57-63.
- FERENCZI, S. (1981). *El homoerotismo: nosología de la homosexualidad masculina*. In Obras completas (Vol. II, pp. 149-162). Madrid: Espasa Calpe.
- FISK, N. M. (1974). *Gender dysphoria syndrome-the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen*. West J Med, 120, 386-391.
- FRANKEL, H. (1853). *Homo mollis*. Medizinische Zeitung, 22, 102-103.
- FREUD, S. (1953). *Three essays on theory of sexuality*. In Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Vol. 7). London: Hogarth Press.
- HIRSCHFELD, M. (1910). *Die Transvestiten*. Berlin: Pulvermacher.
- KRAFFT-EBING, R. V. (1894). *Psychopatia Sexualis* (12 ed.). Stuttgart: Enke.
- MEYER, W., BOCKTING, W., COHEN-KETTENIS, P., COLEMAN, E., DICEGLIE, D., DEVOR, H., ET AL. (2001). The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA9). *The standards of care for gender identity disorders* (sixth version). The International Journal of Transgenderism, 5(1).
- MONEY, J. (1955). *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings*. Bull Johns Hopkins Hosp, 96, 253-264.
- SPITZER, R. L., ENDICOTT, J., & ROBINS, E. (1975). *Clinical Criteria for Psychiatric Diagnosis and DSM-III*. Topical papers: Diagnosis. Am J Psychiatry, 132(11), 1187 - 1192.
- STOLLER, R. J. (1968). *Sex and gender*. Nueva York: Science House.