



**DUELO EN PROCESOS DE REASIGNACION DE
SEXO DE VARÓN A MUJER EN PERSONAS TRANSGÉNERO**

TESINA

PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

TANATOLOGÍA

PRESENTA:

AIDA ALEJANDRA BERRIEL GRANADOS

ASESOR: LIC. MA. DEL CARMEN ALONSO Y CORONADO

MÉXICO D.F.

OCTUBRE 2011



INDICE

❖ I. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y ALCANCE	1
❖ II. INTRODUCCION Y PANORAMA	2
❖ III. EL PROCESO	8
❖ IV. SITUACIÓN EN MÉXICO Y ASPECTOS JURÍDICOS	21
❖ V. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DUELO	24
❖ VI. DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN TRANSGÉNERO	30
❖ VII. TESTIMONIOS	35
❖ VIII. DUELO EN PROCESOS DE REASIGNACION DE SEXO DE VARON A MUJER	42
❖ IX. CAMPO DE ACCIÓN DEL TANATÓLOGO	44
❖ X. CONCLUSIONES FINALES	45
❖ BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS	46

I.- JUSTIFICACION, OBJETIVOS Y ALCANCE

El presente trabajo tiene como finalidad, exponer los duelos y pérdidas que enfrenta una persona al someterse a un proceso de *Reasignación de sexo varón-a-mujer (V-M)*, para que resulte útil como material accesible para familiares, amistades, profesionales o cualquier otra persona interesada en el tema, e incluso para aquellos que cuestionan su propia identidad de género.

Debido a la amplia gama de identidades implicadas se eligió la palabra "*transgénero (TG)*" o "*trans*" para referirnos a transexuales, crossdresseros, intersexuales y a las múltiples variantes entre ellos.

Se eligió a los individuos VaM debido a que es una población más numerosa (3 a 1) comparada con los individuos MaV (mujer-a-varón), y tienen más recursos a su alcance (quirúrgicos y cosméticos) para lograr la feminización, lo cual también puede conducir a resultados más radicales.

Al final se definirá el campo de acción de un tanatólogo y el trabajo por hacer ante esta condición.

II.- INTRODUCCION Y PANORAMA

En este trabajo entenderemos a la transgeneridad como a la condición humana por la cual la persona transgénero (*TG*) por necesidad o por deseo, trastoca o trasgrede el género que se le ha sido asignado socialmente debido a su sexo biológico de nacimiento, pudiendo llegar a optar por modificar sus caracteres sexuales secundarios de manera permanente a través del reemplazo hormonal intervenciones quirúrgicas, etc, a fin de adaptar su anatomía a su identidad sexo-genérica y que por consecuencia requiere ajustar su situación jurídica a dicha identidad.

Otra característica es que haya permanencia en la vivencia del rol de género con el que se identifica.

Cauldwell en 1949, fue el primero en usar el término Transexualismo.

Las personas *TG* son aquellas cuya identidad difiere de las expectativas convencionales sobre el sexo físico. La Identidad de Género es el sentido interno que uno tiene de ser hombre o mujer, lo cual es comunicado a los demás a través de la Expresión de Género (ropa, corte de cabello, etc).

Aunque las personas transgénero siempre han formado parte de todas las culturas y las sociedades en la historia de la humanidad, sólo recientemente la ciencia medica ha empezado a ocuparse de ellas. Muchos investigadores médicos creen ahora que la transgeneridad tiene su origen en complejos factores biológicos que ya están fijados al nacer y que por lo tanto no se trata de una elección personal. (Benjamin, 1966). Más complejos son aún los procesos internos por los que las personas trans construyen una identidad con otro género al nacido biológicamente.

Las personas *trans* incluyen transexuales (los que sienten que nacieron con el sexo físico equivocado) ya sean pre-operados/as, post-operados/as y no operados/as; crossdreseros/as, (anteriormente llamados travestis o travestidos/as) los que usan la ropa del sexo opuesto con el fin de expresar mejor una identidad interior; personas intersexuales (anteriormente llamadas hermafroditas) y muchas otras identidades demasiado numerosas como para enlistarlas aquí.

Los/as crossdresseros/as son el mayor grupo de personas transgéneras. Aunque la mayoría son hombres heterosexuales, también hay hombres bisexuales y gays, así como lesbianas, mujeres bisexuales y heterosexuales que se “visten”. Muchos están casados y muchos tienen hijos. La gran mayoría vive su transgeneridad en secreto. A diferencia de los/as transexuales, los/as crossdresseros/as no desean cambiar su sexo físico.

Más allá de esta variación en la terminología, la mayoría de la gente trans estaría de acuerdo con que su autoidentificación es un derecho personal importante.

Las personas transexuales son de mujer a varón (MaV) o las más conocidas de varón a mujer (VaM).

Según a la intensidad de Disforia de Género, estas personas comienzan a sentir que no pueden continuar viviendo en el género asociado a su sexo físico (el de nacimiento).

La Disforia de Género es un término psicológico, usado para describir globalmente los sentimientos de dolor, angustia y ansiedad que surgen por el desajuste entre el sexo físico de una persona trans y su identidad de género, y de la presión familiar y social de someterse a las normas genéricas. 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. Casi todas las personas *TG* sufren disforia de género en grados variables. Algunas personas transexuales descubren a una edad temprana que no son capaces de vivir en el género de su sexo de nacimiento, algunas lucharán por someterse, a pesar de su sufrimiento interno, hasta la adultez, en cambio, otras preferirán la transición de género en busca de alivio.

La Transición de Género es un período durante el cual las personas *TG* comienzan a cambiar su apariencia y su cuerpo para que coincidan con su identidad de género interna. Debido a que el género es tan visible, los/as transexuales en transición deben darse a conocer como tales, a sus empleadores, a sus familiares y a sus amigos, literalmente a todas las personas en su vida.

Mientras están en transición son muy vulnerables a la discriminación y la necesidad que tienen de apoyo por parte de su familia y amistades es apremiante. La terapia hormonal puede durar desde varios meses a muchos años hasta lograr los cambios físicos en las características sexuales secundarias que producirán una apariencia "aceptable".

Para las personas *TG* que buscan Cirugías de Reasignación de Sexo (CRS), la Prueba de Vida Real (también llamada Experiencia de Vida Real), es un período de un mínimo de un año durante el cual las personas deben ser capaces de demostrar a sus psicoterapeutas su habilidad de vivir y trabajar tiempo completo en su género congruente de manera exitosa.

La Prueba de Vida Real es un prerrequisito para la cirugía de reasignación de género bajo los Estándares de Cuidado, en países en los que hay un tratamiento legal a la disforia de género. En general, una transición de género completa incluye un periodo de psicoterapia para confirmar el género verdadero, el comienzo de una terapia hormonal de por vida, la Prueba de Vida Real y finalmente, si se desea, la cirugía de reasignación.

La Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS) es la readecuación quirúrgica permanente de la anatomía sexual para asemejarla a la del sexo apropiado. Para las transexuales de varón a mujer (VaM), la CRS implica la conversión del pene y tejido escrotal en genitales femeninos. Para los transexuales de mujer a varón (MaV) puede estar limitada solo a la cirugía "de arriba" (remoción de pechos) y a veces histerectomía. Mientras muchos hombres *TG* estarán satisfechos con sus nuevas anatomías, la mayoría opta por no someterse a cirugías genitales por una variedad de razones, incluyendo el costo e insatisfacción con los resultados. Muchas transexuales VaM siguen varios procedimientos cosméticos adicionales y muchos tipos de cirugías faciales.

Al reasignarse un nuevo sexo, las personas transgénero están sujetos a nuevas presiones sociales las que pueden incluir hostigamiento e incluso violencia, deben además lidiar con la discriminación en el trabajo, vivienda y puestos públicos. Muchas personas trans a menudo también confunden sus sentimientos internos de pertenecer a otro género con sentimientos de ser gay o lesbianas.

Puede tomarles un largo tiempo reconocer y admitir su verdadera identidad. Y como los hombres gays y las lesbianas que no salen del "closet", muchas personas trans deben enfrentar una profunda soledad como miembros de una minoría y es muy probable que los padres y madres, familiares y amigos de personas gays, lesbianas, bisexuales y trans experimenten los mismos estadios de negación y duelo, acompañados de preocupaciones por la seguridad y mucha confusión cuando un miembro de la familia sale del "closet". Dado que la experiencia transgénera es menos común, más compleja y con cambios más profundos y visibles, esos padres y madres tienen aun más dificultad en alcanzar las etapas de aceptación y celebración, por lo que necesitan mucho apoyo y comprensión.

Mientras las personas gays y lesbianas, que son mucho más numerosas, han progresado considerablemente en la educación de la sociedad, las personas trans están todavía luchando por presentar a la sociedad imágenes reales más positivas y adecuadas acerca de quiénes son.

Más aún, los cambios que surjan de la transición de género serán mucho más profundos que sólo la apariencia física. En cierto modo, cuando un/a joven transexual sale del closet y se presenta a su familia como tal, los padres están de hecho "perdiendo a una hija/o" y ganando un nuevo hijo/a que ellos nunca supieron que tenían. Sin embargo, el/la joven sigue siendo su hijo/a, y en general mucho más feliz, aunque con muchos y nuevos obstáculos por superar.

Mientras un número creciente de padres y madres reconocen la lucha de género de sus hijos/as, la mayoría de los niños/as trans guardan secreto hasta que ya les es imposible hacerlo. Es por eso que esta revelación toma por sorpresa a la mayoría de los padres y madres. Las mamás y los papás de estos/as niños/as deben lidiar no sólo con el choque, la negación, la ira, el duelo, la culpa y la vergüenza, sino también con las preocupaciones reales acerca de la seguridad, la salud, las cirugías, el empleo y las futuras relaciones amorosas de su hijo/a. Además, ellos deben aprender a llamar a su hijo/a por su nuevo nombre y, lo que es todavía más difícil, usar nuevos pronombres. De modo que los padres y las madres de hijos/as trans necesitan mucha orientación.

La juventud trans a menudo siente que su identidad de género verdadera es crucial para la supervivencia de su *yo*. Si sus padres se niegan a permitir su transición de género o si su familia y amigos les niegan apoyo, esos/as jóvenes incurren en los mismos riesgos enfrentados por gays y lesbianas con familias que no los/as aceptan. Algunos huyen de su casa y viven en la calle, o intentan escapar del dolor en su vida mediante el abuso de drogas. Así como los/as jóvenes gays y lesbianas, los/as jóvenes trans corren también un alto riesgo de suicidio.

Debido a la severa discriminación laboral, las jóvenes trans de varón a mujer (VaM) que están sin hogar, fugitivas o expulsadas de su hogar, a menudo trabajan en la industria sexual para sobrevivir y para pagar sus hormonas, la electrólisis, las cirugías cosméticas y genital de reasignación de sexo. Esas jóvenes, por lo tanto, corren un alto riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y deben ser referidas a centros médicos comprensivos para pruebas médicas y/o tratamiento. Los jóvenes trans de mujer a varón pueden recurrir a estafas u otros medios marginales de ganarse la vida.

Es común el tomar hormonas de venta libre o en altas dosis sin supervisión médica que pueden resultar en complicaciones letales. La reasignación de sexo hormonal solo puede ser realizada de manera segura bajo la supervisión endocrinológica experimentada y bajo el seguimiento de los Estándares de Cuidado.

Para las personas TG es a menudo extremadamente difícil obtener identificación legal con su nuevo nombre y género. Mientras que es posible obtener cambio de nombre legal a través de las cortes, las reglas para cambiar el género en los documentos de identidad varía enormemente de un lugar a otro. La mayoría de los países no permite oficialmente que transexuales pre-operados/as o no operados/as obtengan el cambio de designación de sexo en su nuevos documentos. Aunque algunos países reconocen el nuevo estado sexual y se corrigen los certificados de nacimiento después de la cirugía de reasignación de sexo, la mayoría rehusan del todo corregir certificados de nacimiento.

Transcripciones escolares, antecedentes laborales e historias crediticias pueden ser también difíciles de cambiar. En lugar de estatutos, con frecuencia existen solamente políticas no escritas que se siguen inconsistentemente; por lo tanto, las personas trans están a veces a merced de administradores transfóbicos.

A pesar de todas estas complejas dificultades, muchas más personas trans están saliendo del closet, encontrando nuevas maneras de vivir vidas significativas. Más padres y madres están aprendiendo a aceptarlas/os y acogerlas/los como son y a estar debidamente orgullosos/as de su honestidad y coraje excepcionales. Algunos padres y madres *TG* crían a sus hijos, continúan con su carrera o encuentran otra nueva y se organizan para construir una sociedad más segura y más sana. Las profesiones médica y psiquiátrica/psicológica van lentamente informándose, volviéndose más flexibles y deseosas de suministrar servicios más especializados necesarios. Va en aumento la formación de grupos de apoyo para personas trans, y sus familias e incluso los medios presentan ahora muchas historias positivas.

III.- EL PROCESO

DIAGNÓSTICO

Los criterios de diagnóstico usados normalmente para la diagnosis del transexualismo, también llamado Desorden de Identidad de Género (DIG) por los psiquiatras, están tomados del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), 4ª edición (referenciado como DSM-IV).

Las claves características del DIG son; una fuerte y persistente identificación de género equivocado, incomodidad persistente con el sexo natal y el rol asociado, angustia significativa o deterioro social y laboral.

Aunque el DIG es la única diagnosis bajo la cual las personas trans pueden recibir tratamiento, es también controversial. El DIG ha sido usado inapropiada y dañinamente por algunos psicoterapeutas para tratar a jóvenes trans y muchas, sino la mayoría de las personas transexuales, no creen tener un desorden mental.

El diagnóstico es efectuado por un psiquiatra con experiencia en problemas de género, sin embargo un médico, psicólogo o psiquiatra general pueden dar un diagnóstico adecuado y dirigir al paciente a un especialista.

Debe enfatizarse que el trangénero por sí mismo no es un desorden psiquiátrico pero puede ser un factor contributivo a otros estados psiquiátricos como los depresivos, los cuales son muy habituales entre las personas trans, y aunque se ha demostrado que el DIG puede existir independiente de otras condiciones psiquiátricas, es importante que sean tratadas junto con él.

Las personas trans por lo general oscilan entre su necesidad de psicólogos y psiquiatras, en un extremo pueden tener conocimiento detallado de su condición y sólo buscan que le confirmen el diagnóstico para comenzar con el tratamiento, o contrariamente un paciente puede tener un desorden depresivo extremo y un historial de intentos de suicidio y puede necesitar amplía ayuda del personal de la salud antes durante y después de su proceso de cambio de género.

Muchos pacientes diagnosticados de DIG presentan un índice elevado de patología psiquiátrica asociada y una mortalidad por suicidio mayor que la población general.

Los trastornos psiquiátricos asociados con mayor frecuencia son los trastornos de personalidad (narcisista, dependiente y límite), trastornos depresivos, trastornos neuróticos en general, esquizofrenia y abuso de sustancias psicoactivas.

La comorbilidad psiquiátrica es diferencial entre el sexo biológico, siendo más frecuente en hombres biológicos y supone diferencias en cuanto a la evolución y pronóstico, siendo los trastornos de personalidad y la esquizofrenia diagnósticos asociados a una peor evolución del trastorno de identidad de género.

Actualmente existe una campaña internacional para despatologización de las identidades trans y ha logrado el respaldo en una cincuentena de países y organizaciones en pro de la diversidad sexo-genérica, con el objeto de lograr la despatologización de la transexualidad en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) a aprobarse en 2013 y el Catálogo Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-11 (24)) a aprobarse en 2015.

PRUEBA DE VIDA REAL (PVR)

Es una práctica necesaria en el proceso, en la que el paciente vive las 24 horas asumiendo su nuevo rol de género antes de su cirugía genital.

El paciente cambiará su nombre y debe mostrar su habilidad para trabajar y funcionar socialmente como una mujer o un hombre. El principio de la PVR puede ser muy estresante para el paciente, ya que requiere de un reaprendizaje y puede experimentar rechazo de familia y amigos, así como otros problemas prácticos.

Es importante que el paciente reciba mucho apoyo de parte de su psiquiatra o psicólogo durante este período.

ELECTRÓLISIS

Casi de forma invariable los transexuales varón a mujer (VaM) requieren tratamiento con electrólisis para remover el vello facial o corporal, previamente o poco después de su cambio de género.

Debido a la naturaleza del vello masculino el procedimiento puede ser delicado y desagradablemente doloroso.

TERAPIA DE VOZ

La mayoría de los trans (VaM) tienen una voz masculina desde la pubertad que no cambiará con el tratamiento hormonal, ni con la cirugía, por eso el paciente debe aprender a “suavizar” su voz mediante técnicas y ejercicios para integrarse a la sociedad.

TRATAMIENTO DE REASIGNACION HORMONAL (TRH)

Básicamente consiste en administrar hormonas contrarias a las que produce el cuerpo del paciente y bloquear los receptores necesarios para la fijación y el efecto de las hormonas sexuales propias, una vez que el paciente quiere iniciar el tratamiento hormonal, se le administrarán amplias dosis de esteroides sexuales femeninos (estrógenos y progestágenos) para inducir el desarrollo de características sexuales secundarias, normalmente acompañado por una forma de tratamiento anti-andrónico para reducir los efectos de las hormonas masculinas. Los efectos varían mucho de paciente a paciente, según su edad y sus factores genéticos.

Los principales efectos de las hormonas feminizantes son :

La fertilidad y la conducta sexual masculina decrecen rápidamente y los genitales masculinos pueden atrofiarse.

Desarrollo de los pechos; el crecimiento puede aumentar mucho con el uso de un progestágeno adecuado proporcionando una forma más natural, pero aún así, muchos se someten a implantes.

Redistribución de la grasa facial y corporal, los rasgos se vuelven más femeninos.

El crecimiento de pelo corporal a menudo se reduce y si el paciente ya está recibiendo electrólisis el vello decrece rápidamente.

El cuero cabelludo mejora en textura y densidad y la pérdida de cabello reduce su progreso.

La piel y el pelo se vuelve menos graso o incluso puede llegar a researse demasiado lo que hace que sean necesarios productos tópicos para la piel.

El rendimiento metabólico decrece muchos pacientes ganan peso y se reduce la masa muscular.

Muchos pacientes reportan cambios emocionales y de sensibilidad. Los cambios de humor son frecuentes al inicio de la terapia hormonal o de cualquier cambio en el régimen. Las hormonas son suministradas por lo general oralmente, sin embargo también se usan inyecciones y parches en la piel especialmente a pacientes con problema de hígado.

Existe un debate sobre si las dosis deben administrarse diariamente o de manera cíclica de manera que imite el ciclo natural hormonal, reduciendo o deteniendo los estrógenos cada 7-10 días de cada 28, añadiendo progesterona durante este período pero no se ha demostrado ninguna ventaja por este método clínico y existe evidencia que la aproximación no cíclica produce rápidamente una más rápida feminización, así que el método no cíclico es el preferible hoy en día.

RIESGOS

Existen numerosos riesgos asociados con la Terapia Hormonal, el mayor de ellos, el riesgo a una trombosis de las venas profundas (DVT, Deep Vein Trombosis) o Embolismo Pulmonar (PE, Pulmonar Embolism), que pueden amenazar la vida. Los riesgos son mayores si el paciente es mayor a 40 años, si tiene sobrepeso o si fuma.

Se debe abandonar cualquier tratamiento con hormonas de 3 a 6 semanas anterior a cualquier tipo de cirugía mayor debido al riesgo de sucesos tromboembólicos.

El tratamiento hormonal puede tener como resultado la retención de fluidos y la hipertensión.

Algunos análisis de sangre son recomendados sobre una rutina de hormonas base que lleve un paciente con reasignación de sexo. Las opiniones varían pero como base deben hacerse chequeos hepáticos regulares y de presión sanguínea y más frecuentes si el paciente es pre-operado.

También es aconsejable el chequeo de la glucosa, la función tiroidea, coagulación, prolactina y niveles de hormonas sexuales en la sangre.

ORQUIDECTOMIA BILATERAL (OB)

Esta intervención quirúrgica consiste en la extirpación de los testículos dejando las bolsas escrotales, es una alternativa posible a una terapia antiandrogénica en pacientes pre-operados.

El procedimiento es sencillo y ofrece múltiples ventajas, después de orquidectomizado, el paciente endocrinológicamente equivale a un sujeto post-operado y al no necesitar antiandrógenos pueden bajar los riesgos de eventos tromboembólicos, en general mejora la feminización, y además evita el riesgo de cancerización de las glándulas testiculares.

IRREVERSIBILIDAD

En ambos tratamientos (TRH) y (OB) la pérdida de fertilidad será irreversible. La conducta y la función sexual masculina podía llegar a restaurarse hasta cierto punto con administración de testosterona si el paciente quisiera regresar al rol masculino, aunque también existe un riesgo de atrofia del pene y tejido escrotal. Con el asesoramiento adecuado los cambios de retorno al rol de género original son extremadamente raros.

CIRUGIA DE REASIGNACIÓN DE SEXO (CRS)

Es la última y trascendental etapa del protocolo de Harry Benjamin. Se propone con ella la máxima aproximación corporal o somática, hasta donde la ciencia lo permita. Considerando que a este punto la persona ha vivido ya y ha sido eficiente un mínimo de dos a tres conforme a su identidad de género y ha sido objeto de tratamiento endocrinológico por más de un año, la autenticidad de su decisión está plenamente probada antes de entrar al quirófano.

Es muy importante que en la cirugía participe un equipo médico especializado e interdisciplinario integrado por un urólogo, un neurocirujano y un cirujano plástico.

Las técnicas, los cuidados y los resultados varían de cirujano a cirujano, los pacientes deben ser orientados en la elección del médico, ya que los resultados pueden ir desde muy pobres hasta excelentes. Desgraciadamente las complicaciones no son inusuales y la mayoría de los cirujanos deberán dar una lista detallada de instrucciones de preparación pre-operatoria.

El requerimiento principal es dejar de tomar hormonas y anti-andrógenos si es el caso, de 6 a 8 semanas antes de la intervención.

Cabe destacar que algunos países la CRS, puede ser financiada con disponibilidad limitada por Autoridades Sanitarias o Grupos pro-derechos de las personas trans. En México aun no existe un órgano que regule el proceso de Reasignación de Sexo y por lo general la cirugía corre por cuenta del paciente.

TÉCNICAS Y RESULTADOS

VAGINOPLASTIA CON INVERSIÓN PENIL

Es considerado el método preferido para CRS varón-a-mujer, se realiza ampliamente y bien realizado produce resultados ampliamente satisfactorios.

El método básico representa girar la piel del pene hacia adentro usándolo para alinear la cavidad vaginal. El pene y los testículos son removidos. Muchos cirujanos usan variantes de esta técnica, en muchos pacientes es necesario añadir material suplementario con injertos tomados del escroto, los muslos o el abdomen.

Los labios son contruidos a partir del tejido del escroto, la uretra es resituada y acortada para corresponder a la anatomía femenina normal. La residual glándula de la próstata (una terapia hormonal a largo plazo causa su atrofia y encogimiento) es dejada en su lugar y proporciona sensación sexual a través del muro anterior a la neovagina, análogo al llamado “punto G” en las mujeres nacidas naturalmente.

Después de la operación el paciente tendrá un paquete (usualmente de grasa quirúrgica) colocado en la neovagina para retener los tejidos en su correcta posición aproximadamente 5 días en lo que se realiza la curación, durante este tiempo la paciente estará en cama, con una dieta de fluidos suaves y será cateterizada durante al menos 7 días para permitir la curación de la uretra.

En el post-operatorio la paciente necesitará “dilatarse” su neovagina con regularidad con dilatadores hechos para prevenir su cierre. Puede hacerse dos o más veces diariamente al principio, reduciendo eventualmente a una vez o dos por semana pero la dilatación será necesaria de por vida, especialmente si no hay vida sexual.

COLOVAGINOPLASTIA

En este procedimiento la formación de labios, el meatro uretral, etc, sigue el mismo camino que en la vaginoplastia con inversión penil pero en lugar de usar tejido escrotal/penil para alinear la neovagina, se aísla una sección del colon sigmoide para usarlo en la línea de la neovagina.

Esto es claramente una intervención mucho más importante que en la inversión penil, requiriendo una incisión abdominal (dejando una larga cicatriz), así como todos los riesgos y complicaciones normalmente asociados con la cirugía del colon.

El injerto del colon confiere la adicional útil característica de la auto-lubricación de la vagina construida (las pacientes con inversión penil requieren lubricación adicional para la penetración sexual), sin embargo este beneficio esta descompensado por los problemas potenciales ya que existe un riesgo muy real de encogimiento por anastomosis entre el tejido del colon y el genital que puede llevar a una estenosis de la neovagina, adicionalmente se informa de frecuentes espasmos del segmento del colon injertado e incluso fistulas.

La sensibilidad de la zona genital externa será similar a la obtenida con la inversión penil ya que se utiliza el mismo método para su construcción, en cambio la línea de la vagina conseguida con la colovaginoplastia puede llegar a no ser placentera e incluso llegar a ser desagradable.

Por todas estas razones se considera a la colovaginoplastia como la última opción y no debe dejarse su elección a la ligera.

CRS COSMÉTICA

Esta operación puede ser la opción para los pacientes medicamente incapaces de recibir una vaginoplastia, es la menos intrusiva y a menudo es elegida por pacientes mayores.

La operación representa la formación de labios y la retirada de órganos masculinos, exactamente como en la vaginoplastia; puede crearse una imitación de la abertura vaginal utilizando una sutura profunda para dibujar el tejido labial en el punto adecuado, pero no será por supuesto una verdadera abertura ya que la operación no produce una vagina funcional y no será capaz de ser penetrada.

En este procedimiento el tejido penil y escrotal será descartado y debe advertirse a los pacientes que con esta procedimiento es esencialmente imposible crear posteriormente una vagina. El paciente tendrá sensibilidad en los labios y normalmente es posible realizar una clitoroplastia y el paciente podrá tener sensibilidad sexual en el clítoris.

Después de la CRS Cosmética no es necesario un largo reposo en cama, necesidad de paquete vaginal ni convalecencia, el paciente será cateterizado por pocos días para permitir la curación de la uretra. No existe por supuesto necesidad de dilatación al no existir vagina.

CLITOROPLASTIA

No todos los cirujanos realizan este procedimiento y los resultados varían; con métodos para la construcción del clítoris y resultados distintos en cuanto a sensibilidad sexual.

El método más utilizado de clitoroplastia representa tener una sección del glande del pene con su aporte sanguíneo y nervios intactos e injertarlo en la posición adecuada encima del meato uretral. Como los nervios del glande de un hombre fenotípico son análogos al clítoris de una mujer esta técnica proporciona una natural sensibilidad en el paciente.

Algunos cirujanos también construyen una confluencia labial y un capuchón del clítoris de aspecto natural que proteja al clítoris como en una mujer de nacimiento.

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

Esta sección discute las cuestiones relevantes en relación a la curación a largo plazo de los pacientes trans varón-a-mujer post-operados. No intenta detallar las rutinas de cuidados, ya que varían de cirujano a cirujano.

HORMONIZACIÓN

Algunas hormonas de reemplazo serán administradas de por vida, si se quieren evitar problemas importantes como la osteoporosis.

Se requerirá alguna forma de estrógenos orales y de aplicación tópica, algunos progestágenos pueden ser también sugeridos.

Cada cirujano administrara las dosis y si serán o no a largo plazo.

HIGIENE E INFECCIONES

Una cirugía extensiva en la zona genital inevitablemente conlleva un considerable riesgo de infección. El paciente debe ser advertido por el cirujano de la importancia de una limpieza escrupulosa y de estar alerta de cualquier síntoma anormal.

Cuando una infección se presenta el tratamiento normal es con antibióticos de amplio espectro como la Augmentina o la Ciprofloxacina acompañadas normalmente con Metronidazole, para eliminar el riesgo de una infección anaeróba.

Los pacientes post-operados deben ser concientes de la necesidad de tener rutinas de limpieza por tiempo indefinido y de que pueden sufrir una variedad de infecciones vaginales al igual que una mujer de nacimiento y correr los mismos riesgos de contraer una infección de transmisión sexual al igual que cualquier persona.

COMPLICACIONES

Debido a la complejidad de la CRS es muy común tener complicaciones de todo tipo, algunas serán detectadas inmediatamente y el personal médico sabrá tratarlas antes de que la paciente abandone el hospital.

Algunas de las complicaciones que pueden presentarse después son:

Para la Vaginoplastia de inversión penil (o pene-escrotal) existe el riesgo de prolapso parcial o total de la línea de la neovagina. El riesgo parece tener relación con la proporción del tejido usado para la construcción de la neovagina y la salud general del paciente, así como su edad y su peso.

El prolapso suele darse de dos tipos, el *prolapso precoz*, ocurre durante los primeros 3 meses después de la intervención y es causado por el fallo de alineamiento vaginal para agarrarse al piso de los músculos pélvicos, en la medida que se produce la curación, una vez que las suturas absorbibles interiores se rompen el alineamiento prolapsa.

El *prolapso tardío* se ve más a largo plazo, típicamente después de 3 o más años posteriores a la operación y la razón de la pérdida de la alineación es menos clara. Cualquier prolapso significativo requerirá una reparación quirúrgica.

Otros riesgos son la eventual formación de una fístula entre la neovagina y el recto, problemas con la uretra o dificultades para orinar y también suelen ser reportados episodios de dolor durante y después del coito, situación que desgraciadamente puede persistir.

CONTROL DE SALUD

Adicionalmente a los análisis de sangre anteriormente descritos, son apropiados otros controles incluidos los de cáncer de mama y cervical, ya que aunque no son los mismos tejidos que los de una mujer nacida natural si se pueden desarrollar por la hormonización y el riesgo de contraer el virus de papiloma humano VPH.

También es importante mencionar la salud psicológica ya que suelen ser vulnerables a la discriminación y como resultado altos niveles de stress y trastorno depresivo. El trato a estos pacientes debe ser delicado y con mucha comprensión ya que un paciente que desarrolle una depresión después de una CRS, no significa que no sea un verdadero transgénero o que no debiera haber sido reasignado. La psicoterapia o una asesoría son generalmente más recomendables que medicamentos psicoactivos, siempre y cuando no exista un problema fisiológico o psiquiátrico.

OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Aquí se mencionará algunos procedimientos quirúrgicos adicionales, que los pacientes pueden considerar para alcanzar una aspecto más femenino o más natural. La elección del cirujano debe ser cuidadosa y cada intervención se aconseja discutirla previamente con el asesor, el psicólogo o el psiquiatra.

MAMOPLASTIA DE AUMENTO

Es el procedimiento complementario más requerido en los trans VaM y si es bien realizado produce resultados muy satisfactorios. Los pacientes suelen ser advertidos de ponerse los implantes un tiempo razonable después de su terapia hormonal para ver como se produce el crecimiento natural de los pechos y si este no es satisfactorio, puede realizarse la intervención.

Al igual que los implantes aplicados a pacientes mujeres nacidas naturalmente existe una gran variedad de métodos y materiales, cada paciente debe elegir el más adecuado para sus necesidades, su estilo de vida y su tipo de cuerpo, por lo general los pacientes trans tienen una caja torácica un poco más amplia y deben buscar ajustar la forma de los pechos para un resultado más definido y proporcionado. Puede realizarse antes, durante y después de la CRS.

RINOPLASTIA

La intención nuevamente es producir una imagen más femenina, reduciendo el tamaño de la nariz. Al igual que cualquier otra cirugía cosmética es de vital importancia la elección del cirujano y su juicio estético.

CONDRIOPLASTIA TIROIDEA (Reducción de Tráquea)

En este procedimiento se realiza una pequeña incisión horizontal en una línea del pliegue natural del cuello y quitando parte del cartílago tiroideo. Este procedimiento es relativamente seguro ya que no afecta la calidad de la voz, siempre y cuando el cirujano tenga experiencia en tratar pacientes transgénero, pues un excesivo corte de cartílago puede causar un colapso a las cuerdas vocales.

OTROS PROCEDIMIENTOS DE CAMBIO DE VOZ

Se han intentado varios procedimientos para “feminizar” la voz con resultados distintos. Estos procedimientos deben considerarse experimentales y de alto riesgo.

Las técnicas incluyen endurecer las cuerdas vocales mediante láser pero los resultados no son garantizados y las modificaciones en la voz son totalmente irreversibles.

REMODELACIÓN DE MANDIBULA

Normalmente se realiza con el fin de reducir una mandíbula prominente, se trata de una cirugía mayor debido al largo periodo de recuperación y a lo doloroso del procedimiento y puede producir buenos resultados con el riesgo de perder permanentemente sensibilidad en la zona.

IMPLANTES MALARES

Es un procedimiento relativamente simple en el que se implantan pómulos sintéticos sin cicatrices externas. Puede realizarse al mismo tiempo que la rinoplastia y utilizar en vez de implantes, el cartílago retirado de la nariz.

IMPLANTE DE LABIOS

Es una cirugía poco justificada ya que produce resultados poco naturales y resulta muy cara a largo plazo, pues los resultados no son permanentes, por lo general se inyecta colágeno o alguna otra proteína y hay que “repetir” constantemente, en algunas ocasiones puede perderse la sensibilidad de la zona.

REDUCCIÓN DE CEJA

Representa eliminar el hueso de los arcos supraorbitales del cráneo para reducir la apariencia de la ceja gruesa común en los hombres fenotípicos. No es muy común y sus resultados son inciertos.

LIPOESCULTURA

Se quita el exceso de grasa por medio de una cánula y es un método relativamente seguro y ampliamente utilizado, está indicada para depósitos de grasa muy tenaces.

ELIMINACIÓN DE COSTILLAS

Es altamente desaconsejable pero es muy contemplada para reducir el talle.

REMODELACIÓN DE HOMBROS

Se usa raramente, con el fin de estrechar los hombros del paciente, pocos cirujanos realizarían este procedimiento ya que representa romper varios huesos y eliminar el material de los mismos, lo cual es no aconsejable.

TRASPLANTE DE PELO

Aunque las hormonas reportan mejora en el aspecto general del cuero cabelludo muchos pacientes pueden buscar un injerto de pelo.

Actualmente se realizan micro-injertos de pelo del mismo paciente capaces de proporcionar buenos resultados.

DERMOABRASIÓN Y PEELING

Ambas técnicas eliminan la superficie de la piel, con la intención de que la piel se regenere con un aspecto más suave y juvenil. Ambas suelen ser altamente atractivas para los pacientes con una textura de piel demasiado áspera o masculina. Los resultados como en todos los procedimientos varían de persona a persona.

En conclusión se trata de un procedimiento largo, complejo y poco accesible económicamente, sin embargo los pacientes TG se someten a él ya que esperan tener una vida mucho más auténtica, congruente a su identidad de género. Todos estos intentos con el objetivo de lograr la armonía entre la imagen que desean observar de sí mismos y la satisfacción con un impacto positivo y favorable en la vida en general.

La reasignación de sexo, aún siendo la realización de un objetivo fuertemente deseado, conlleva a vivir uno o muchos duelos conforme a las diferentes etapas del proceso. Además que para el común de la sociedad, ha resultado difícil comprender y más aún aceptar esta condición.

IV.- SITUACION EN MEXICO Y ASPECTOS JURIDICOS

El gobierno del Distrito Federal, a través del Sector Salud, otorga apoyo a más de 340 hombres y mujeres en busca de un procedimiento de reasignación de sexo, ya que a finales del 2008 al aprobarse reformas en el código civil de la capital se permitió que las personas trans tramiten actas y documentación conforme a su verdadera identidad sin que exista evidencia de su género anterior y se hizo obligatoria la atención médica en los servicios de salud del D.F.

El apoyo consta de tratamientos hormonales, ayuda psicológica y emocional para lograr la reasignación de sexo, pero el sistema de salud no se hacen cargo de la CRS al no contar con médicos, equipos ni capacitación especializada para realizar este tipo de cirugías.

Uno de los mejores endocrinólogos especialistas en el manejo de hormonoterapia se encarga de atender a los pacientes trans en la Clínica Condesa*, que además esta especializada en dar atención a personas VIH.

El doctor Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson, director del Instituto Mexicano de Sexología AC, comenta que antes de la CRS es necesario seguir un proceso que por lo menos dura 2 años de psicoterapia y terapia hormonal y los pacientes tienen que haber vivido por lo menos un año completo en su nuevo rol de género.

Hasta 2008, el cambio de nombre y de género en el acta de nacimiento representaba erogar entre 100 mil y 400 mil pesos. Con la reforma de 2009, los honorarios de abogados expertos se cotizan entre 8 y 40 mil pesos. Se adicionan unos 15 mil por cada uno de los dictámenes médicos que exige la norma, más el costo del tratamiento hormonal, de la carta de no antecedentes penales y de la propia acta, además de otros gastos extras, al final suman aproximadamente unos 70 mil pesos.

Este derecho, incorporado al Código Civil del Distrito Federal en enero del 2009, se gestó desde la comunidad trans para combatir la discriminación y solicitó el apoyo de defensores de derechos humanos, sociólogos, antropólogos, médicos, abogados, e incluso diputados locales.

La posibilidad de rectificar el acta de nacimiento se concretó el 13 de enero del 2009 con las modificaciones, adiciones y reformas a los artículos del Código

Civil para el Distrito Federal: 134 (que exige que se haga ante el juez de lo familiar), el 135 fracción II (que prevé la rectificación del nombre por enmienda), así como el 135 bis (que prevé el levantamiento de una nueva acta de nacimiento por reasignación de concordancia sexo genérica).

Al entrar en vigor esas reformas el 13 de marzo de ese año, fue posible variar datos esenciales que afecte el estado civil, la nacionalidad, el sexo y la identidad de la persona en el acta de nacimiento.

El antecedente legal de las reformas se remonta a 2005 cuando una persona obtuvo en primera instancia el cambio de nombre y de sexo pero no logró que se le expidiera una nueva acta. Como las autoridades del Registro Civil escribieron su identidad anterior en el margen de su acta de nacimiento original, el interesado apeló, pero la sentencia le fue confirmada. Por ello el quejoso –que consideró que se estaban violando sus garantías- promovió un amparo contra esa confirmación. La Suprema Corte de Justicia de la Nación atrajo el recurso y dio la razón al quejoso al ordenar que se le expidiera una nueva acta de nacimiento con los cambios solicitados (en el amparo directo civil 6/2008 relacionado con la facultad de atracción 3/2008-PS). La instancia judicial asentó que el nombre podía rectificarse en el acta de nacimiento no sólo por algún error, sino “cuando existe necesidad de hacerlo”, es decir, cuando se ha usado constantemente otro nombre distinto del que consta en el registro y cuando sólo con la modificación del acta se identifica a esa persona. Antes de la reforma de 2008, los solicitantes debían exhibir pruebas periciales en psicología, endocrinología, genética, psiquiatría y en sexología, refiere el director del bufete Transexua-legal, Víctor Hugo Flores Ramírez. La norma actual les pide que vivan como personas trans un mínimo de dos años y someterse a un tratamiento hormonal y psicológico que será evaluado en dos peritajes: uno médico y otro psicológico.

Para Hazel Gloria Davenport, presidenta de la organización Nación Trans, tal requisito es un candado al logro jurídico de la comunidad trans. Afirma que con esa medida, el derecho a la identidad de personas transgénero quedó en manos de “especialistas privados y de empresarios de la psicología y la sexología”, porque la obtención de ambos peritajes depende de su criterio.

Aunque algunos médicos reducen el costo de sus servicios para hacerlos más accesibles, ese aspecto aún depende del criterio individual, declaró, al tiempo que propuso eliminar el requisito de los peritajes o que estos se practiquen en los servicios de salud pública.

De manera paralela, los solicitantes deben mostrar que cumplen con un protocolo psicológico y médico, lo que también representa erogaciones por consultas, administración de hormonas, etc. Por la presión de organizaciones trans, en enero del 2009 se puso en marcha la Iniciativa Escarlata, por la que la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de la clínica de Especialidades Condesa, apoya con hormonas y tratamiento psicológico a personas trans pre y post operadas. Otro requisito para los solicitantes de la rectificación es comprobar que no tengan antecedentes penales y que sólo buscan ajustar su nombre a la realidad social.

Actualmente el juicio para obtener el cambio de identidad jurídica dura de cuatro a seis meses, cuando en el 2008 podía tardar hasta cuatro años.

No existe una estadística oficial de las actas expedidas por cambio de género. La única declaración oficial de la Consejería Jurídica del Gobierno del Distrito Federal (GDF) sobre el tema fue a una revista feminista, entre abril y mayo del año pasado. “Hubo entre 10 y 12 juicios antes de la reforma de 2008, y entre 15 y 16 los juicios después de esa reforma”. Al respecto, el Tercer informe de actividades 2008-2009 de la Consejería Jurídica y de Servicios Legales del GDF asienta que el Registro Civil rectificó 2 mil 77 actas sin diferenciar cuáles fueron por error o por solicitud.

El derecho a obtener una nueva identidad en la ciudad de México es una conquista jurídica en contra de la discriminación de grupos minoritarios y excluidos de sus derechos y la sociedad capitalina es más sensible a las demandas de los grupos marginales que el resto de los otros estados de la república, y en la iniciativa que cristalizó en las reformas de 2009, convergieron los intereses del gobierno local, la necesidad del Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (LGTB), fuerzas de la sociedad civil, así como de los profesionistas en diferentes disciplinas que atienden a la comunidad trans.

V.- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DUELO

Etimológicamente, el término duelo tiene dos acepciones; la de “dolor” por una parte y la de “combate o desafío entre dos” por otra. A nivel intrapsíquico, el dolor surge por la pérdida del objeto y de las partes del yo proyectadas en el mismo.

La capacidad para sentir dolor es fundamental para que el duelo se realice, sin dolor no hay duelo. El combate, también librado dentro del territorio interno, consiste en una lucha entre la fantasía y la realidad, entre el amor y el odio, entre la vida y la muerte. Para que el duelo se resuelva satisfactoriamente, el juicio de realidad ha de imponerse a la fantasía, el amor tiene que triunfar sobre el odio de manera que la vida prevalezca sobre la muerte. Este combate es un lento y doloroso proceso.

El duelo es la reacción normal a la pérdida. Se asocia con la pérdida de un ser querido, pero la reacción de duelo se produce tanto ante pérdidas físicas o tangibles como ante pérdidas simbólicas o psicosociales, como la pérdida de status, de empleo, de la juventud, etc. En palabras de Freud “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”

Durante el complejo proceso psicológico denominado *tareas del duelo* (Worden) o elaboración del duelo, el sujeto ha de aceptar la realidad de la pérdida, enfrentarse al dolor de esta, deshacer los lazos contraídos con el objeto amado, adaptarse a la nueva situación, reubicar y seguir viviendo. Todo esto requiere una laboriosa tarea que es atestiguada por la falta de interés que la persona muestra por el mundo exterior. Tradicionalmente, el duelo se había considerado como una atenuación progresiva y espontánea del dolor, sin embargo, esta nueva comprensión del duelo implica un trabajo interno que puede prosperar o fracasar como muestran los duelos patológicos.

La adecuada elaboración del duelo permitirá que el doliente se acomode al mundo sin la presencia de lo que perdió, adoptando nuevos roles y actividades a la vez que redefine su identidad. Finalmente, la energía emocional retirada de la relación previa podrá ser reinvertida en nuevas relaciones.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DUELO

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (**DSM-IV**), el duelo está clasificado dentro del apartado Problemas Adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, junto con el incumplimiento terapéutico, la simulación, el comportamiento antisocial del adulto, el comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia, la capacidad intelectual límite, el deterioro cognoscitivo relacionado con la edad, el problema académico, el problema laboral, el **problema de identidad**, el problema religioso o espiritual, el problema de aculturación y el problema biográfico.

Según el **DSM-IV**, la categoría diagnóstica “duelo” puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la pérdida de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (por ejemplo, sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). El diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal puede ser útil para diferenciar el duelo de un episodio depresivo mayor.

CIE-10.- En la décima edición del Catálogo Internacional de las Enfermedades (CIE- 10) no existe la categoría de duelo. Las reacciones normales de duelo, apropiadas a la cultura del individuo y que no excedan los 6 meses, se codificaran como:

- Z63.4, Desaparición o Fallecimiento de un miembro de la familia.
- Z71.9, Consejo.
- Z73.3, Estrés no clasificado en otra parte. Cuando las reacciones de duelo a causa de su contenido o forma se consideran anormales o cuando exceden los 6 meses, se codificarán como Trastorno de Adaptación (F43.2).

Por lo tanto, en ambas clasificaciones, el concepto de Duelo Patológico, quedaría englobado por el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor o el de Trastorno de Adaptación con sus distintas modalidades.

Se han identificado una serie de factores que pueden contribuir al desarrollo de un duelo patológico. Por lo general, en los duelos de difícil elaboración es frecuente identificar relaciones de una gran ambivalencia con el objeto perdido, en las que prevalecían sentimientos de rabia y de culpa. Asimismo, en las relaciones que se caracterizan por un alto nivel de narcisismo, la pérdida es vivida como la separación de una parte de sí mismo, razón por la cual, tiende a ser negada.

EXPLICACIONES TEÓRICAS DEL DUELO NORMAL Y PATOLÓGICO

Freud, en su ya clásico artículo, “Duelo y melancolía”, ofrece una posible explicación sobre los mecanismos subyacentes al proceso de duelo normal y duelo patológico (melancolía). En ambos procesos se ha producido una pérdida de objeto, consciente y clara en el duelo normal e inconsciente y ambivalente en el caso de la melancolía; sabe “a quién” perdió, pero no “lo que” perdió en él. La persona que experimenta un duelo normal tras la pérdida de su ser querido, siente que el mundo ha quedado pobre y vacío. Sin embargo, el melancólico se siente él mismo empobrecido y despreciable.

En el duelo normal, el juicio de realidad demuestra que el objeto amado no existe ya y exige que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo. Tras un lento y doloroso proceso, y con un gasto de tiempo y energía psíquica muy grande (trabajo del duelo), la realidad triunfa finalmente y el sujeto consigue sustraer toda la energía invertida en el objeto perdido y emplearla en nuevas relaciones. La persona muerta se internaliza como un objeto bueno.

En el duelo patológico, se ha producido un desengaño con el objeto, de cualquier índole, que provoca que la libido no pueda ser sustraída del objeto y quede retraída en el Yo. Se establece por tanto, una identificación de una parte del Yo con el objeto perdido. De este modo, al identificarse una parte del Yo con el objeto, el odio y la hostilidad dirigidas hacia el objeto se vuelven contra el yo. El conflicto existente entre el Yo y el objeto se transforma en un conflicto entre una parte del yo y una instancia autocrítica. Es decir, los reproches y quejas que el melancólico dirige contra sí mismo, serían en realidad acusaciones contra la persona muerta.

Debido al odio, se ataca la parte del Yo identificada con el objeto, humillándola y encontrando en ese sufrimiento una satisfacción sádica. En la tendencia al suicidio la hostilidad primitivamente dirigida hacia el objeto es orientada hacia uno mismo.

Para Melanie Klein, existe una conexión estrecha entre el duelo y los procesos de la temprana infancia. El niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y son estos tempranos duelos los que le sirven posteriormente en la vida cuando experimenta algo penoso. Propone que en el duelo se reactiva la posición depresiva infantil. Se entiende el término posición, no como una etapa o una fase transitoria, sino una configuración específica de relaciones objetales, de ansiedades y de defensas.

En la posición esquizo-paranoide infantil (0-3/4 meses), el niño no reconoce "personas" y se relaciona con objetos parciales, la ansiedad existente es de tipo paranoide y la defensa utilizada es la escisión. En la posición depresiva infantil (6-12 meses), el niño reconoce a la madre como un objeto total, la ansiedad predominante es de tipo depresivo y las defensas principales son la ambivalencia y la culpa.

Estas dos configuraciones de relaciones objetales (parcial y total), de ansiedades (paranoide y depresiva) y de defensas (escisión, integración, ambivalencia, culpa...) persisten a lo largo de toda la vida. El individuo puede oscilar siempre entre ambas posiciones. La posición depresiva nunca llega a reemplazar por completo a la posición esquizo-paranoide.

La diferencia fundamental entre el duelo normal y el duelo patológico consiste en que los sujetos que fracasan en su elaboración del duelo, no vencieron nunca la posición depresiva infantil. Esto es, no fueron capaces en su temprana infancia, de establecer objetos buenos internos y de sentir seguridad en su mundo interno.

En el duelo normal, sin embargo, la posición depresiva temprana, que se ha revivido con la pérdida del objeto amado, se modifica una vez más y se vence por métodos similares a los que usó el yo en la infancia. El individuo reinstala dentro de él sus objetos de amor perdidos reales y al mismo tiempo sus primeros objetos amados, en última instancia, sus padres buenos, a quienes, cuando ocurrió la pérdida real, sintió también en peligro de perderlos.

Cuando el sujeto en duelo reinstala dentro de sí a los padres buenos y a las personas recientemente perdidas y reconstruye su mundo interno, que estuvo desintegrado y en peligro, puede vencer su pena, gana nueva seguridad y logra armonía y paz verdaderas.

DUELO POR UNO MISMO

Sabemos que el ser humano desde su nacimiento y a lo largo de la vida se encuentra enfrentado a una sucesión de pérdidas. La posibilidad de enfrentar la muerte propia siempre ha sido una difícil tarea para el ser humano, este miedo conlleva una ansiedad existencial.

Cuando Freud describe en 1915 las dos actitudes del hombre civilizado frente a la muerte nos dice que por un lado que estaría loco quien negara el aspecto natural, inevitable de la muerte; y por otro lado que es impensable imaginar nuestra propia muerte. No existe representación de la muerte en el inconsciente, solamente la representación del deseo, no existe la duda ni la incertidumbre, la negación ni el paso del tiempo. Estas cualidades del proceso primario, esta intemporalidad del inconsciente impiden por tanto concebir a ese nivel el fin de la existencia.

Sin embargo él mismo introduce la hipótesis de pulsión de muerte, cuya función específica apunta a la desligazón, a la ruptura. La angustia de muerte deviene entonces de la angustia de castración o de las pérdidas arcaicas (nacimiento, destete, control de esfínteres) y la resignificación de estas, favorecerán los trabajos de duelo.

El duelo por uno mismo, es una tarea infinita que todos enfrentamos. De cómo se atraviesen y elaboren esos duelos, dependerán las posibilidades psíquicas y la estructura yoica, permitiendo o no; espacio para nuevas formas de creación y para el despliegue de la vida.

Para las personas trans que se someten al procedimiento de Reasignación de Sexo, el duelo es por la identidad que han decidido dejar atrás y la propia estructura psíquica es puesta a prueba. Son muchas pérdidas a las que se enfrentan en busca de manifestar al mundo su autenticidad.

RESILIENCIA

La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección frente a la adversidad. Son Kobasa y Maddi los autores que desarrollan el concepto, a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían. Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia.

VI.- DESCRIPCION DE LA CONDICION TRANSGÉNERO

La característica esencial de los trastornos incluidos en esta subclase es una incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad de género. La identidad de género es la sensación de saber a qué sexo pertenecen, es decir, la conciencia de que 'yo soy un hombre' o 'soy mujer'. La identidad de género es la experiencia privada del rol de género y rol de género es la expresión pública de la identidad de género. Rol de género se puede definir como todo lo que uno dice y hace, como la excitación sexual, para indicar a los demás o para sí mismo el grado en que uno es hombre o mujer.

- Por lo general, se quejan de que no se siente cómodo vistiendo la ropa de su sexo anatómico propio.
- A menudo deciden participar en las actividades que se asocian generalmente con el otro sexo.
- En diversos grados, su comportamiento, la vestimenta y los gestos son los del otro sexo.
- Puede coexistir con trastornos de personalidad.
- Con frecuencia sufren de ansiedad y depresión considerable.
- Sin tratamiento, el curso es crónico y continuo.
- Su funcionamiento social y ocupacional a menudo deteriorada de forma significativa, la depresión es común y, en raras ocasiones los hombres pueden mutilar los genitales.

Las sub-clasificaciones basadas en la preferencia sexual son las siguientes: asexual, homosexual (mismo sexo anatómico), heterosexual (otro sexo anatómico).

Junto con un gran número de casos observando la eficacia de la terapia de reemplazo hormonal en el tratamiento de la condición de variante de género, se han producido tres documentos principales que proponen que gran parte de la identidad de género de una persona puede depender de los eventos biológicos tempranos.

En 1997, Zhou publicó un estudio en el que se examinó el volumen de la subdivisión central del núcleo de la estría terminal (BST) del cerebro de seis hombres VaM y encontraron que un BST de tamaño femenino fue encontrado en todos los casos.

Esto les llevó a declarar que una estructura del cerebro femenino existe en trans genéticamente masculinos, apoyando la hipótesis de que la identidad de género se desarrolla como resultado de una interacción entre el desarrollo del cerebro y las hormonas sexuales en el útero. De ello se desprende, por tanto, que la persona afectada puede tener como resultado, un parcial a pleno sentido de tener una diferente identidad de género.

Krujver hizo un estudio de seguimiento a la de Zhou. Krujver y sus colegas contaron el número de la somatostatina que expresan las neuronas en el BST de 42 sujetos en relación a la orientación sexual, identidad de género, y el estado hormonal pasada o presente. Ellos encontraron que, independientemente de su orientación sexual, los hombres tenían casi el doble de neuronas de somatostatina que de mujeres ($P < 0,006$). El número de neuronas en el BST de trans VaM fue similar a la de las mujeres ($P = 0,83$). En contraste, el número de neuronas de un trans MaV se encontró en el rango masculino y muestran que el tratamiento hormonal o las variaciones de hormonas en la edad adulta no parecen haber influido en el número de neuronas BST. Los autores concluyen: *"Los resultados actuales de las diferencias de somatostatina sexo neuronal en el BST y su cambio de sexo en el cerebro transexual apoyan claramente el paradigma de que en los transexuales hay diferenciación sexual entre el cerebro y los genitales y pueden ir en direcciones opuestas y es el punto de partida a una base neurobiológica de el trastorno de identidad de género"*.

Kudwa Andrea, después de realizar una serie de experimentos con ratones, confirmó que estradiol fue el principal agente en el proceso de desfeminización, e informo: *-El desarrollo de las diferencias de sexo neural se inicia por el estradiol, que activa dos procesos en los recién nacidos varones, masculinización, el desarrollo de conductas de tipo masculino, y desfeminización, la pérdida de la capacidad de mostrar conductas de tipo femenino.-*

El mero hecho de que exista un proceso específico de la masculinización y desfeminización en el cerebro del feto en desarrollo y que es sensible a las perturbaciones ambientales, tales como la introducción accidental o intencional de hormonas exógenas, añade credibilidad a la posibilidad de la existencia de una condición de género variante en un número significativo de la población.

LA NARRATIVA TRANSGÉNERO

Las historias que uno cuenta de uno mismo, son como contenedores, que nos mantienen, nos dan sentido de coherencia y continuidad, el contar lo que nos ocurrió da sentido a lo que somos hoy, dan orden a nuestra experiencia, y el cómo se construyen estas las narrativas definen, o no, una auténtica personalidad.

Cuando hay un cambio radical de vida o de personalidad, se crea una nueva narrativa que la soporte o la contenga.

En las personas trans el deseo de cambio de identidad es radical, (de un género a otro) y típicamente reportan haber nacido con el sexo equivocado o en un cuerpo que no les corresponde, error que puede llegar a ser “corregido” quirúrgicamente. En el proceso reaprenden a vivir como el otro género hasta en el más mínimo detalle, con la angustia que esto conlleva sobretodo familiar, social y económicamente para sustentar los tratamientos, todo para vivir en autenticidad con su “verdadero” género, o como lo dice el personaje de Agrado, en “Todo sobre mi madre” de Pedro Almodovár, -“Cuesta mucho ser auténtica, y uno es más auténtica, cuanto más se parece a lo que ha soñado de sí misma”-

Las personas trans no cuentan con su cuerpo para definirse, tienen que “buscar” en otro lugar para construir y sustentar su “verdadero yo”, en donde, aprenden a encontrar sentido es en el pasado, así buscan en su biografía evidencias de la manifestación de su identidad de género y se construyen a sí mismos mediante su narrativa.

Para Erickson (1995) las personas se refieren a “el verdadero yo” o al “ser verdadero” cuando se actúa consistentemente con los valores más arraigados, es decir, cuando se actúa “auténticamente” lo cual hace ver a la autenticidad como un nivel de experiencia y no como una entidad psicológica. En la cultura occidental, sin esta construcción las personas se sienten vacías, confundidas e incompletas, así el “verdadero yo” se convierte en un poderoso concepto y el deseo de la experiencia de autenticidad es una fuerte motivación que incluso puede reforzarse con las dificultades externas que esto conlleve.

De esta manera las historias personales reflejan el relato individual del “yo verdadero” a través de eventos significativos a lo largo del tiempo, además que están “contadas” mediante patrones culturales preestablecidos y que además

se siguen construyendo, cubriendo necesidades individuales.

Las personas trans, en la mayoría de los casos, reportan haber nacido con el sexo equivocado, distinto al que sienten como “verdadero yo”, esa construcción indica una condición que ha existido desde su nacimiento y muestran la evidencia de ser diferentes del resto, así reinterpretan su biografía y pasados eventos como muestra de su transexualidad. Recordar los sentimientos asociados con los eventos narrados es crucial y refuerza el sentido de autenticidad del “verdadero yo”.

Al parecer la personas trans aceptan como temprana evidencia de su condición el vestir ropa del otro sexo o fantasear con eso, incluso en los individuos VaM esto es más común quizá porque culturalmente es más aceptado que una niña vista ropas masculinas.

Por otro lado las historias en las que son “descubiertos” vistiendo ropa del otro género, suelen ser usadas para contar cómo la sociedad los ha reprimido y frustró por determinado tiempo su autenticidad pero como las personas trans constantemente trabajan su identidad para crear un “verdadero yo”, reconcilian sus discrepancias en la manera de contar su biografía. En otras palabras; las narrativas se vuelven aún más importantes en la construcción de la identidad creando un orden.

ESTADOS EMOCIONALES

Si la situación es crítica, los terapeutas a menudo encuentran una combinación de depresión, ansiedad, despersonalización, miedo, ira, una abrumadora sensación de culpabilidad y una amenaza muy real de suicidio. Estos síntomas secundarios parecen surgir como resultado del tiempo, a veces décadas, de hacer presión social a adaptarse a una expresión de género que por naturaleza sabe que es erróneo y no puede tolerar por más tiempo.

Las preocupaciones familiares son mucho más comunes. Los pacientes sienten alterar la estructura de la familia o incluso destruirla y esto puede conducir a sentimientos abrumadores de culpabilidad y de vergüenza u otros conflictos espirituales.

En tal circunstancia, el terapeuta debe hacer un esfuerzo para educar a los miembros de la familia sobre la condición del variante de género y ayudar a mantener o a construir nuevas redes de apoyo. Normalmente la familia se siente más tranquila cuando entiende que el trastorno de identidad de género rara vez tiene algo que ver con cómo el individuo se crió, y que no es nada de lo que deban avergonzarse o culparse.

VII.- TESTIMONIOS

Los siguientes testimonios fueron recogidos de diversos foros en internet especializados en personas transgénero, donde pueden debatir, compartir experiencias e informarse de temas de su interés, además en estos foros les resulta fácil abrirse y hablar de sus procesos emocionales. Cabe destacar que en muchos casos el internet es una importante herramienta que tienen para informarse, disipar sus dudas y conocer un poco más de su condición, así como conocer gente en todo el mundo que esta pasando por la misma experiencia.

También tuve oportunidad de entrevistar a dos personas trans VaM que son completamente abiertos a compartir sus experiencias.

Los nombres fueron omitidos para proteger su privacidad y la de sus familiares.

Los temas a destacar han sido aquellos que competen a la Tanatología, es decir, todo lo referente al duelo, pérdidas y el manejo de las emociones que esto conlleva.

Los testimonios se enlistaron en el orden del proceso; antes de la transición, durante la transición (pre-operación), y post-operación.

ANTES DE LA TRANSICIÓN

Según el grado de Disforia de Género las personas trans tienen casi desde el principio, vidas complicadas y problemas de identidad nada fáciles de resolver, además de que al presentarse en edades tempranas no se cuentan con los recursos para enfrentarlos adecuadamente.

Un asumir su verdadera identidad de género por parte de la persona trans y su inicio en el tratamiento marca un punto severo de presión en sus relaciones entre la negación y la aceptación, tristemente muchas de estas relaciones se disuelven y otras se deshacen con recriminaciones.

“Uno sabe su identidad desde que nace...desde que tiene conciencia”.

“Nunca me sentí normal, me gradué de la secundaria como todos los niños, entré a la universidad y empecé con las hormonas, pero mi familia no podía aceptar que su único hijo estuviera convirtiéndose en su segunda hija, mi padre me echo de la casa y cortó todos los lazos conmigo, mi vida entonces cayó en una lenta espiral hacia la inevitable perdición, estaba segura que no llegaría a los 21 años”.

“Durante un tiempo un montón de cosas en mi vida me pasaron de largo, perdí contacto con muchos amigos, no salía de casa y abandoné las cosas que me hacían feliz, caí en una profunda depresión.”

“El malestar, la tristeza, la desolación que yo vivía entonces, me vaciaban el alma, aunque yo no lo acabara de entender ni lo expresara”.

“La ansiedad es especialmente mala porque me golpea de repente y no dejo de pensar por qué soy así, pensé que ya lo había superado, pero vienen oleadas imparables y sólo puedo esperar que se vayan, no importa lo irracional que parecen incluso en el momento, sigue siendo difícil de entender. Recientemente he empezado a explorar mi lugar en el espectro del género, yo definitivamente no puedo negar mi lado masculino que es una parte fundamental de lo que me hizo ser quien soy, es un poco raro pero he estado considerando la idea de que yo podría ser de otro género, aunque sé que de esa manera yo moriría para algunos”.

“Estaba muy deprimida, no sabía si decirlo o no decirlo, estaba como en un pozo sin salida, no veía solución, lo veía todo muy negro, fue cuando me intente suicidar...en aquel momento, no veía solución, no creía en la felicidad, tenía miedo de decepcionar a mis padres, no sabía como afrontarlo, fueron sin duda los peores días de mi vida ”.

“Mucha gente encuentra difícil de creer que la persona que han conocido como miembro de un género en realidad es miembro del otro, así el cambio viene de sorpresa para todos, la reacción de familiares y amigos es de desconcierto, de sentir que han sido engañados y de rechazo, uno podía preguntarse, por qué entraría a una relación con una fachada falsa, sabiendo provocaremos mucho sufrimiento a los demás”.

En esta etapa se distinguen periodos de leve a severa depresión e incluso intentos de suicidios, mucha angustia y miedo a cómo enfrentar su “diferencia” y cómo van a afectar a sus seres queridos.

Los duelos se manifiestan al ser rechazados por familiares y amigos. Al parecer, aceptar su condición y decidir comenzar la transición es la única forma de vivir auténticamente.

DURANTE LA TRANSICIÓN

En este periodo es importante distinguir que los pacientes comienzan a ser hormonados y las hormonas pueden jugar un papel determinante en algunos estados depresivos, incluso un aumento o una disminución de la dosis puede provocar cambios en el estado de ánimo, las personas trans y sus médicos deben de asegurarse con pruebas de laboratorio que los niveles en la sangre y las dosis sean eficaces sin ser peligrosas para el estado de ánimo o puedan provocar futuras complicaciones. Los cambios graduales en las dosis son una precaución que permiten al cuerpo irse adaptando física y emocionalmente, además que los pacientes deben ser advertidos de los cambios emocionales que pueden sufrir, es conveniente animarlos a pedir apoyo según sus necesidades. Además algunos de los procedimientos a los que empiezan a someterse son de naturaleza irreversible y causan infertilidad.

“Las personas transexuales experimentamos una especie de adolescencia cuando nos hormonamos”.

“El miedo central es que me siento como si hubiera cometido un terrible error, es algo muy real y aterrador, pero ahí está, me resulta difícil creer que yo haya tomado esta decisión a través de la terapia, vivir como mujer tiempo completo durante cuatro años y la pérdida de relaciones, las amistades, la tensión familiar y todo el abandono emocional que culminó en lo que soy, sólo para encontrarme lleno de remordimientos, yo sé que soy impresionable y aunque mi familia al final se convirtió en mi fuerza, me desafió constantemente por todos lados y le sigo preguntando a mi terapeuta, después de cuatro años, si lo que estoy haciendo es lo correcto para mí”.

“Durante la transición uno tiende a centrarse en un punto o en una meta, sin saber que la transición puede continuar durante toda la vida, incluso si uno es consciente de que no hay un fin, más que poder empezar a seguir con su vida, creo que es más fácil decirlo que hacerlo”.

Nuevamente destaca el peso que tiene la pérdida de relaciones, la familia y el apoyo que se tenga para afrontar los nuevos cambios y retos.

POST-OPERACIÓN

Es aquí, tal vez, donde se vivan los cambios más complejos. Por un lado siguen las variaciones en las dosis de hormonas y por otro, los pacientes se enfrentan a la realidad de lo que hay más allá de la CRS, además salen a flote conflictos no resueltos y emociones como la ansiedad, culpa, inseguridad y baja autoestima que pudieron o no haberse tratado en terapia.

“No me malinterpreten yo he crecido drásticamente desde el punto de vista físico y emocional, pero esto (CRS) es un esfuerzo que todo lo abarca, sabes?, todo es una sensación de y ahora qué? Yo quisiera saber si alguien más ha pasado por este periodo de luto y depresión y cómo lo han tratado???”.

“Uno quiere pensar que después de la CRS todo será maravilloso y la verdad es que es bastante dramático y sus efectos aparecen y otras complicaciones de la vida comienzan a reafirmarse”.

“Creo que uno pasa por un periodo de euforia después de la CRS que dura entre 2 a 5 años, durante ese tiempo todo es grande, pero con el tiempo y las presiones de la vida y los problemas no resueltos, comienzan a traer sus consecuencias, es aquí cuando estás en riesgo y puedes sentirte deprimido, o si no deprimido por lo menos reflexionas sobre las realidades de la vida y de lo que siempre soñaste”.

“Mi doctor me mantuvo con la misma dosis y me costó un tiempo, digamos 5 meses, volverme a sentir normal de nuevo, he tenido problemas con la piel, de mal humor y depresión, estoy mucho mejor ahora, quizá tuve que darle más tiempo , quizá sea lento en entrar en razón”.

“He visto muchos como yo (post-operados) que no han trabajado con temas como el enojo o la ira y no piden ayuda, siguen enojados con el mundo y creyeron que la cirugía resolvería mágicamente sus problemas. En mi opinión los problemas son internos no externos”.

“El pasado sigue y hay nuevas complicaciones, he conocido más de una persona que ha admitido no haber pasado por la terapia y salir corriendo a operarse a Tailandia, no puedo juzgar al respecto pero suelen tener problemas sociales más importantes y evidentes, cuestiones que normalmente se hubieran evitado al tener una terapia”.

“Yo experimente severa depresión después de la cirugía y duró aproximadamente 8 meses, tuve complicaciones al sanar y eso aumento la depresión, ahora un año después he sanado y soy más feliz y segura de mi misma, pero empecé con los antidepresivos cuando los chicos comenzaron a rechazarme, seguro la medicación me ayudo”.

“Me gusta mi cuerpo de mujer, tal vez no sea perfecto pero es mío y estoy satisfecha con mi nuevo yo en muchos niveles, después de mi cirugía hace 3 años, me he calmado mucho y estoy centrada en mi misma, he hecho frente a cuestiones profundas que no vi durante mi transición, mi ansiedad siempre fue muy fuerte y hasta ahora estoy entendiendo que es muy probable que siga ahí todo el tiempo, es una cosa de esas de disforia de género y quizá permanezca arraigada en mi mente”.

“Tarde un año aproximadamente en volver a la normalidad después de la CRS, ser mujer no es tan vigorizante como ser un hombre, no hay que tener expectativas demasiado elevadas”.

“Mi mejor amigo después de su operación fue llevado a un hospital por severa depresión, finalmente salió con una terapia y logró admitir sus problemas y aprendió a pedir ayuda, sigue en la lucha con antidepresivos pero ya se siente mejor y tiene con quién hablar, se quiso escapar de su vida pasada y pensó que no tendría consecuencias, se equivocó, ahora está descubriendo lo que es ser una mujer de mediana edad, estar desempleada, no es la cosa más fácil del mundo”.

“Sentimos que somos los únicos en lidiar con sentimientos de inseguridad y depresión, yo comencé con la depresión un par de años después de mi cirugía, negaba toda la angustia porque me daba miedo lamentarme, pero después supe que mis sentimientos eran comunes y validos, ahora soy muy honesta con mi ansiedad o depresión ocasional, es muy difícil para mí, determinar por qué vienen esos sentimientos”.

“Hace 4 meses que me realice la cirugía y he tenido mucha ansiedad y depresión, siento que no me veo tan femenina como antes, no sé cómo sentirme como antes de mi cirugía y no entiendo por qué no estoy feliz, si ya estoy completa”.

“La mayor parte de mi depresión era por dejar de ser masculino, estoy casado y me sentía triste de ya no poder tener intimidad con mi esposa que es heterosexual y con todo eso en la mente y la falta de hormonas estaba yo teniendo una depresión mayor, lloraba todo el día y pensaba por qué había yo hecho esto, yo era un hombre atractivo, ahora nadie me conoce, los cambios son tan drásticos, no me parezco a lo que solía ser, por fuera soy otra persona. Estoy mejor ahora, pero a veces me pregunto qué pasó con la persona que yo era y que nunca volverá”.

“Yo no fui al quirófano pensando en que era una varita mágica que resolvería mis problemas y aun así mi experiencia no fue la ideal, tuve muchas complicaciones graves debido a la cicatrización estuve fuera de servicio durante casi un año y medio, pero gracias a esa experiencia crecí y ahora los cambios son espectaculares”.

“Mi nombre masculino me gustaba, siempre me gustó, pero ya no es el que siento como mío”.

“Después de 3 meses de mi operación me sentía muy infeliz, creo que eran cosas de mi vida privada y dramáticos cambios de humor, pensaba en lo irreversible y tenía miedo de las complicaciones”.

“Al respecto de quien fui, entiendo el duelo que vive mi familia por qué el familiar que quisieron y conocieron ya no está, se fue lejos a buscar un sueño, como dice mi hermana, y como tal no volverá y a la que soy ahora no se si tengan interés de conocerla”.

“Para mi madre no ha sido fácil tratarme en femenino, y le agradezco el esfuerzo, pero me duele que siga negando a la mujer que soy”.

A pesar de haber llevado una terapia durante la transición y la CRS, no es sino hasta años después de ella que los pacientes pueden manejar profundos asuntos internos y seguir con la terapia es lo más recomendable, ya que cuesta trabajo admitir las dificultades por el miedo a arrepentirse.

La familia y amigos sigue teniendo un gran peso y a eso se suma la angustia de sí se tiene un cónyuge o pareja que viva el proceso, las nuevas relaciones también son fuente de estrés, pues aunque se haya roto con el pasado muchos desean informar que vivieron una vida como miembros de otro género y no cualquiera acepta esto con facilidad.

VIII.- DUELO EN PROCESO DE REASIGNACIÓN DE SEXO DE VARÓN A MUJER

Acorde a esta investigación podemos concluir que las personas TG VaM viven:

- Duelos tempranos cuando a penas se está construyendo el sentido de vida.
- Se sienten diferentes desde siempre.
- Sienten miedo a ser excluidos, o que se burlen de ellos.
- Miedo de afectar el entorno familiar o a sus seres queridos.
- En edades tempranas tienen dificultad de expresar su condición.
- Los familiares y amigos no siempre saben como ayudarlos.
- Viven etapas de alejamiento físico y emocional.
- Su condición se puede complicar con depresión clínica o estados de ansiedad.
- En ocasiones viven con culpa.
- Son vulnerables a recurrir al alcohol o a las drogas como forma de evasión.
- Al comenzar la transición las dosis hormonales pueden complicar los estados de ánimo.
- Pueden ver la CRS como la solución final a sus problemas.
- Puede ver duelos por los drásticos cambios físicos.
- Complicaciones durante la transición pueden afectar sus estados de ánimo.
- En ocasiones hay pérdida de cónyuges, parejas o incluso hijos.
- Pueden llegar a sentir duelos por las viejas formas de relacionarse con los demás y los retos que esto representa.

- En ocasiones encuentran que la sociedad los discrimina.
- En algunos casos pierden sus trabajos y se enfrentan a crear nuevas formas de sustentarse.
- Económicamente puede haber problemas por los altos costos de los tratamientos.
- Legalmente se encuentran con dificultades para establecer su nueva situación.
- En ocasiones se enfrentan a la duda de si cometieron un error con la reasignación.
- Pueden encontrar rechazo de nuevas personas que no quieren relacionarse sexual o sentimentalmente con ellos

IX.-CAMPO DE ACCIÓN DEL TANATÓLOGO

Al ser una condición psiquiátrica y que involucra diferentes tratamientos, en ocasiones hasta farmacológicos, las personas que pasan por un proceso de reasignación de sexo deben ser tratadas por un psiquiatra o un psicólogo especializado en este tipo de condición, especialmente si existe latente algún riesgo suicida, o si llega a ser necesaria la hospitalización.

Aún así la labor del Tanatólogo puede ser de gran ayuda, un asesoramiento o una terapia de duelo que facilite las tareas puede ayudar a resolver los duelos de manera más eficaz y es indispensable que se trabaje de forma multidisciplinaria con otros especialistas y se forme un equipo competente y sensible.

El acompañamiento es vital, los pacientes van a necesitar apoyo durante todo el proceso, especialmente cuando estén en hospitalización o convalecencia. Los grupos de apoyo también han probado ser de gran ayuda.

Trabajar con la familia es clave con este tipo de pacientes ya que la aceptación de esta puede influir directamente en posteriores sentimientos de arrepentimiento (los datos de la década de los 90 sugiere una tasa del 4%).

Y en ocasiones el núcleo familiar se encuentra muy confundido al respecto y también pasan por un proceso de duelo que queda en segundo plano.

X.- CONCLUSIONES FINALES

La condición de las personas transgénero antes, durante y después del proceso de reasignación de sexo es complicada y viven diversos duelos durante toda la transición.

A pesar de todos los obstáculos que enfrentan, la tasa de pacientes que expresan su arrepentimiento es relativamente baja (del 4 al 6%) según un estudio realizado en el 2001 por el Dr. Toby Meltzer con 232 pacientes post operados, incluso ninguno informo de arrepentimiento completo, sólo de lamenta parcial u ocasional.

Otro estudio holandés, entrevisto a personas post-operadas y aunque el 60 % acepto haber tenido dudas, sólo uno declaro que en realidad no quería un cambio de género pero que se sintió presionado por su pareja, quizá en este caso, un diagnóstico erróneo pudo haber sido la causa y una incapacidad por parte del paciente para comunicarse abiertamente con el equipo de salud.

Los estudios siguen mostrando una significativa ausencia de arrepentimiento (Pfafflin) y personas entrevistadas, fuera del ámbito clínico, a largo plazo después de la transición (de 25 a 30 años) tienen claro que “no hay nada de qué arrepentirse” ya que se trasladaron de un lugar que instintivamente sabían que estaba mal, a otro mucho más auténtico. Nuevamente aquí las hormonas son clave en la empresa, ya que además de dotar de características físicas sexuales a las personas en la reasignación, confirman la maduración del deseo de pertenecer al nuevo género y valoran su nueva vida como mucho mejor que la anterior.

Las personas que han concluido la reasignación declaran haber dejado atrás una vida de engaños e infelicidad y a pesar de los grandes obstáculos, él o ella han florecido como la persona que siempre han sido. Cuando uno conoce a una persona transgénero, está conociendo a una persona resiliente, auténtica, que sabe como crecer a pesar de las dificultades, cómo valorarse a sí misma y como resultado sabe amar, valorar y aceptar a los otros. Cuántas personas “normales” pueden demostrar esta distinción?.

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS

- CIE–10. (2000): *Clasificación Internacional de la Enfermedades*. Médica Panamericana, Madrid.
- DSM-IV (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona.
- Freud, S. (1917/1915/) *Duelo y melancolía*. T. XIV, Ed. Amorrortu, Buenos Aires. 1979
- Freud, S. (1915). *De guerra y muerte. Temas de actualidad. Nuestra actitud frente a la muerte*. T. XIV, Ed. Amorrortu, Buenos Aires. 1979
- Coderch, J. (1995) *Las aportaciones de Melanie Klein. La posición depresiva infantil y su relación con el duelo normal y con la psicosis maniaco–depresiva*. En: *Psiquiatría Dinámica*. Herder, Barcelona. pp357-63.
- Worden, J.W. *El tratamiento del duelo, Asesoramiento psicológico y terapia*. Ed. Paidós. Madrid.
- Benjamin, H. (1966) *El fenómeno transexual*. Nueva York: Ed. Julian Press.
- Erickson, R. (1995) *The importance of Authenticity for self and Society*. *Symbolic Interactionism*, 121-144.
- Gergen and Gergen, (1983) *Narratives of the self, in Studies in Social Identity*. Ed. Praeger, New York.
- Vitale AM, (2001) *The gendered self*, Ed. Flyfisher Press. California.

-Zhou J, Hofman MA, Gooren LJ, and Swaab DF (1997), *A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality*, International Journal of Transgenderism 1,1, www.symposiom.com

-Krujver, Frank PM, Zhou Jiang-Ning, Pool Chris W., Hofman Michel A., Gooren Louis JG and Swaab Dick F. (2000), *Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus*, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 85: 2034-2041.

-Kudwa, AE, Bodo C., Gustafsson JA, Rissman EF, (2005) *A previously uncharacterized role for estrogen receptor {beta}: Defeminization of male brain and behavior. Proceedings of the National Academy of Science*, 102: 4608-4612.

-Auger AP, Tetel MJ, McCarthy MM, (2000) *Steroid receptor coactivator-1 (SRC-1) mediates the development of sex-specific brain morphology and behavior*. *Ciencia*.

-Fulco M.C.(2002) *Duelo por la propia muerte ¿Duelo posible?*; *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 96: 92-100.

-Mason-Schrock D.(1996) *Transsexuals Narrative Construction of the "True Self"* ; *Social Psychology Quarterly* No. 3, Special Issue: Gender and Social Interaction 176-192.

-Kobasa, S. C., Maddi, S.R. y Kahn, S.(1982) *Hardiness and health: A prospective study*. *Journal of Personality and Social Psychology*.

-Pfafflin F., Junge, A. (1992) *Reasignación de Sexo. Treinta años de estudios de seguimiento después de la cirugía de cambio de género; una revisión completa*. IJT Libros Electrónicos en línea disponibles en www.symposion.com

-Trinidad B., Cano G., Giraldo F., Esteva I., Ortega M., Gómez M., Gordeman I.
La Transexualidad; Asistencia Multidisciplinar en el Sistema Público de Salud.
España.

-Rueda Castillo A. *Hola, Yo soy Angie.* Arroba Editores, México. 2011

-Diario Digital Transexual: www.carlaantonelli.com

-Foros Trans: www.bonesmart.org , www.lauras-playground.com

*La Clínica Condesa es la más grande de América Latina especializada en la atención a enfermos de VIH/SIDA. Está ubicada en Benjamín Hill No. 24 en la Ciudad de México y brinda más de tres mil consultas por año.