

## TRANSEXUALISMO: UN ENFOQUE PSIQUIATRICO\*

EDUARDO LAVERDE RUBIO.  
Universidad Nacional.

En el presente trabajo se expone el cuadro clínico del transexualismo, sus signos, síntomas diagnósticos, y diferenciación. Se amplía su comprensión psicodinámica. Estos datos han sido obtenidos tanto de la revisión de la literatura científica seleccionada, como de la observación clínica de once pacientes. Se enfatiza en la necesidad de dar un diagnóstico y tratamiento psicológicos precoces a este trastorno, evitando intervenciones quirúrgicas que se consideran productoras de una transformación ficticia.

### *Denominación, clasificación y definición de términos.*

Se ha sugerido para designar a este síndrome los términos de "Gender Dysphoria Syndrome", Eonismo, etc. En este trabajo utilizaremos el más generalmente aceptado de transexualismo.

En cuanto a su clasificación también se ha discutido si se trata de una psicosis, un transvestismo fetichista o una forma de homosexualidad. (Stoller, 1972). Estamos de acuerdo en ubicarlo dentro de un trastorno de la personalidad (desviación sexual), en el grupo de desórdenes mentales no psicóticos, ítem 302.8 de la clasificación de desórdenes mentales de la Organización Mundial de la Salud (1974).

El transexualismo es un síndrome diferente de los estados intersexuales, del hipogonadismo y de las disendocríneas. Se caracteriza por:

1. Intenso deseo de transformarse en una persona del sexo opuesto, ya sea directamente por cirugía o indirectamente por hormonas.

---

\* Trabajo presentado en cumplimiento de uno de los requisitos para ser promovido a la categoría de Profesor Titular de la Universidad Nacional.

### *Agradecimiento.*

El autor agradece por su participación en la realización de este trabajo a los siguientes profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional:

- Doctor Bernardo Reyes Leal, Endocrinología.
- Doctor Emilio Yunis, Genética.
- Doctor Héctor Bernal, Ginecología.
- Doctora Berta Restrepo, ya fallecida, quien realizó las pruebas psicológicas.
- Doctor Felipe Coiffman por sus generosas opiniones sobre este trabajo a pesar de nuestras diferencias conceptuales sobre el tema.
- Doctor Luis Yamín, con quien tuve la oportunidad de discutir los aspectos psicodinámicos de los historiales clínicos y de quien siempre recibí ideas estimulantes y valiosos conceptos.

2. Convicción delirante, o casi delirante, de que "básicamente" se pertenece a otro sexo.

3. Conducta imitativa del sexo opuesto, con alteraciones en el vestido, actividades, actitudes y en la escogencia del objeto genital.

4. Insistente búsqueda de transformación genital hasta el punto de llegar en algunos de los pacientes masculinos a actos de automutilación.

### *Objetivos y problema.*

Exponer razonadamente los signos y síntomas diagnósticos del transexualismo, destacando su diagnóstico diferencial, pues consideramos que constituye una entidad psicopatológica no suficientemente diferenciada aún por los especialistas.

Ampliar la dinámica inconsciente mediante entrevistas exploratorias.

Expresar un criterio diferente al de algunos autores, en cuanto a concepción o manejo de estos pacientes, razón por la cual publicamos nuestras ideas en este artículo que intenta ser polémico.

Evidenciar las interacciones psicodinámicas y ambientales en este tipo de pacientes para contraponerlas al enfoque simplista de algunos cirujanos que practican intervenciones quirúrgicas en el tratamiento de transexualismo como resultado de apreciar a estos pacientes solamente en su aspecto físico y sintomático.

Demostrar que el tratamiento quirúrgico de una problemática primariamente psicógena, como creemos que conforma esta alteración, es el resultado de un punto de vista no científico, empírico, ya que no tiene en cuenta los aspectos etiológicos.

Relievar la escasez de publicaciones de enfoque psicodinámico al respecto.

La prevalencia del transexualismo es difícil de establecer. Mehl (1973) cita estadísticas de 1 x 100.000 mujeres y 1 x 37.000 hombres y relaciones de 3:1 entre hombres y mujeres. Es un trastorno primariamente psicológico, más concretamente un trastorno de la identidad personal y más específicamente de la identidad sexual y por tanto se genera en los primeros años de vida.

Este trastorno de la identidad se puede expresar sintomáticamente en transvestismo, homosexuality y transexualismo, separada o concomitantemente en sus aspectos manifiestos, pero siempre el transexualismo está asociado con transvestismo oculto y homosexualidad latente. Por esto creemos que el "transexualismo puro" postulado por algunos autores no existe, sino que es la manifestación externa de un trastorno de la identidad personal sobre todo de la identidad sexual, y por lo tanto, hay que modificar no la expresión sino lo que genera la expresión.

### *Metodología del trabajo.*

a) Revisión de la bibliografía científica escogida como la más representativa a juicio del autor y publicada a partir de 1953, fecha en la que se realizó la primera comunicación médica acerca de una intervención quirúrgica para el tratamiento de un transexualista (Hamberger, 1953). La publicación de Hoyer (1933) no es una comunicación médica, sino un informe biográfico.

b) Estudio clínico de 11 pacientes transexuados de ambos sexos que han acudido a consulta a la Unidad de Salud Mental, Centro Hospitalario de San Juan de Dios, Bogotá, en el curso de cuatro años, remitidos por otras secciones del Hospital, en especial por endocrinología y cirugía plástica por ser candidatos para intervención quirúrgica. Nueve de éstos no habían recibido tratamiento médico hormonal ni indicaciones médicas para cambiar de nombre, vestidos,

ocupación o vecindario. Dos pacientes fueron estudiados después de ser operados para observar las repercusiones psicológicas de la cirugía transformadora. Con todos los pacientes se procedió de la siguiente manera: se realizaron entrevistas clínicas no dirigidas, de tipo asociación libre. Al final de las entrevistas no dirigidas se focalizaba el interés del entrevistador en las siguientes áreas: motivaciones para el "cambio de sexo", actitud del paciente en relación con la operación, la concomitante castración y subsiguiente esterilidad, actitud del paciente hacia su medio familiar y hacia el psiquiatra, cambio de nombre, profesión y vecindario, planes para después de la operación, tipo de escogencia de pareja que el paciente ha hecho o piensa hacer, si el paciente proyecta realizar una unión marital, establecer si tiene planes de adopción y determinar número de hijos, edades y sexos de éstos.

Todos los pacientes fueron evaluados previamente por medicina general, endocrinología, ginecología o urología, algunos por neurología; su cromatina sexual se estudió en 9 casos y se realizaron dosificaciones de hormonas (17 cetoesteroides; F.S.H.; L.H.), así como estudios psicológicos y electroencefalografía cuando clínicamente se consideró necesario.

La actitud del psiquiatra frente al paciente ha sido la siguiente: incrementar la toma de conciencia sobre su patología mental, ofreciéndole la posibilidad de un tratamiento psicoterapéutico. En cuanto a la intervención quirúrgica, aclarar que esta operación no produce un cambio de sexo sino una transformación de algunas de sus características sexuales, explicándole claramente que este tipo de intervenciones produce castración y por tanto esterilidad irreversible con pérdida de otros órganos y funciones también de manera irreversible. Suministrar más elementos de juicio en relación con su decisión de hacerse operar sin prohibir ni recomendar la operación.

### *Revisión bibliográfica.*

De las descripciones del cuadro clínico realizadas por los autores que hemos revisado (Benjamín, 1953; Simón, 1967; Allen, 1969; Stoller, 1972), la de Allen nos parece más completa, pues este autor ha tenido la oportunidad de observar cien casos de transexualistas en el curso de 25 años de su práctica profesional. Este autor define brevemente el transexualismo como: "el deseo de cambiar de sexo algunas veces manifestado por el delirio de que el cambio de sexo está ocurriendo de manera espontánea". A este respecto Socarides (1970) anota que si el paciente está casi delirando o delirando, puede formar parte de una psicosis esquizofrénica subyacente. Pensamos que a pesar de los núcleos psicóticos que puedan existir en estos pacientes, el componente delirante del cambio de sexo en mayor o menor grado forma siempre parte del cuadro clínico del transexualismo. El paciente usualmente es un hombre y ocasionalmente una mujer, más a menudo son jóvenes. Desde temprana edad se sienten perteneciendo al otro sexo, con sensaciones de extrañamiento frente a las características físicas de su sexo biológico. Creen que un cambio sexual está ocurriendo y el motivo de la consulta es acelerar este cambio; insisten en que una operación debe ser realizada para producir un cambio de tal manera que su mente coincida con su cuerpo. No es raro que algunos pacientes masculinos insistan en que menstruan regularmente por la uretra, el ano o la nariz. Se observa concomitancia con transvestismo racionalizado (las mujeres informan que se sienten más cómodas con pantalones). La autoadministración de hormonas así como los intentos de vasectomía (Socarides, 1970) o autocastración (Allen, 1969; Blaker, Wong, 1963), forman parte del cuadro clínico de aquellos transexuales masculinos en los cuales la confusión sexual es más intensa y está asociada a depresión.

Worden y Marsh (1955) destacan la marcada inseguridad, la abundancia de lagunas mnémicas de la época infantil, una infancia llena de privaciones y tristezas, sin una adecuada vida afectiva familiar. En los varones existe un predominio de fantasías narcisísticas junto con una idealización de la figura femenina con gran importancia de lo estético.

La carencia de conciencia de enfermedad mental y su falta de cooperación para la psicoterapia o la terapia analítica es un hecho que forma parte del cuadro clínico, como ya ha sido señalado por Benjamín (1966) y por Stoller (1966, 1968). Este hecho ha determinado que las publicaciones analíticas al respecto sean muy escasas (Greenson, 1966; Stoller, 1964, 1966, 1968; Socarides, 1970).

A continuación resumiremos algunos aspectos psicodinámicos encontrados por Socarides (1970), en el tratamiento psicoanalítico de su paciente de 19 años Víctor-Valerie, un típico transexualista masculino con antecedentes de homosexualidad manifiesta, transvestismo, depresión clínica, con dos intentos de suicidio e intentos de feminización por medio de auto-administración de hormonas y auto-vasectomía "para causar atrofia testicular". En el curso de su psicoanálisis se revelaron importantes fijaciones orales generadas por privación de una madre privada de afecto a su vez e intensas identificaciones primarias con la figura persecutoria de la madre, todo esto unido a una entrega homosexual pasiva al padre en la fantasía y simbólicamente con un maniquí de yeso que el paciente construyó y con el que realizaba "acting" sexuales. Posteriormente esta situación fue desplazada a un hermano y a otros hombres en un intento de reforzar su débil identidad masculina. Pero la homosexualidad era inaceptable para él y su identidad femenina lo llevó a asumir una identificación superficial a través del transvestismo, lo

cual no fue suficiente y finalmente pidió que le removieran sus genitales externos, a pesar de que sus sueños revelaban su pánico ante la cirugía que conscientemente deseaba. Este paciente abandonó el análisis después de seis meses y acudió al doctor Rosen de Baltimore quien realizó una sesión hipnótica en la cual se descubrió subyacente una psicosis esquizofrénica con elementos catatónicos. Socarides ubica así el dilema del transexual: "por un lado desea ser una mujer, tomar el puesto de su madre y convertirse en ella, lo cual le ocasionará al ser violado por su padre, una retaliación contra éste y contra su hermano; por otro lado, el deseo de ser hombre le produce una gran culpa, puesto que es un equivalente de castrar y asesinar al padre. En la homosexualidad hay un deseo de ser como el padre, en consecuencia la destrucción del padre es su propia destrucción. Por lo tanto, ambas posiciones —femenina y masculina— son insoportables" (Pág. 347). El período preedípico entre uno y medio y tres años de vida (van der Leeuw, 1958), así como las fases simbióticas y de separación (Mahler, 1967) han sido señaladas como las etapas cruciales de fijación en la génesis de esta desviación sexual.

Stoller (1968) destaca la peculiar relación de los transexualistas masculinos con una madre sobreprotectora con mucha tendencia a aproximarse físicamente hacia el paciente.

En cuanto a posibles alteraciones endocrinas o cromosómicas que juegan algún papel en la etiología de esta enfermedad, al igual que se ha demostrado en la homosexualidad (ver revisión que sobre este tema ha hecho el autor: Laverde, 1971), fueron desechadas por completo hasta esa fecha. Estudios más recientes (Kolodny y col., 1971; Loraine, 1972), sugieren la existencia de diferencias cuantitativas en testosterona y estrógenos entre homosexuales masculinos y femeninos y hombres y mujeres nor-

males. Estos resultados no son de manera alguna concluyentes. Comunicaciones en el mismo sentido, anteriores a ésta, han sido invalidadas después de un cuidadoso análisis. En cuanto al transexualismo se refiere, los pocos estudios realizados no muestran ninguna diferencia. Un estudio de Jones (1973) sobre concentración de testosterona plasmática en doce mujeres transexuales fue perfectamente normal a excepción de dos que tenían un claro síndrome de ovario poliquístico (síndrome de Sein Levinthal). Se sabe que la testosterona plasmática está aumentada tanto en este síndrome como en la hiperplasia suprarrenal.

En cuanto a las hormonas prenatales que pudieran ejercer influencias sobre la diferenciación del sistema nervioso central y su ulterior expresión en la identidad sexual, se sabe que sujetos femeninos que han sufrido androgenización fetal presentan más tarde alteraciones en la conducta. Estas alteraciones son las siguientes: hiperquinesia, "marimachismo", preferencia por los muchachos en sus juegos, rechazo a las muñecas, menor interés en su apariencia y arreglo personales. Aunque no resultan alteradas en su capacidad de establecer una identidad femenina ni tienen problema de identidad genérica como la observada en mujeres transexuales. Su semejanza con éstas es solamente en la conducta manifiesta. (Ehrhardt, 1973).

La comunicación de Vague (1956) sobre posibles alteraciones antropométricas y de distribución de grasa en estos pacientes no ha sido confirmada por otros autores.

El transexualismo se puede distinguir fácilmente de los estados intersexuales y demás condiciones de ambigüedad sexual por medio de la exploración física, el estudio de la cromatina sexual y la dosificación de hormonas sexuales.

En cuanto a la esquizofrenia, ésta puede desarrollar tanto en hombres co-

mo en mujeres, el delirio de que sus órganos sexuales están cambiando de tamaño y forma o que ellos están variando de sexo; ya mencionamos las alteraciones similares de los transexuales pero en éstos el delirio es más encapsulado y mono-sintomático y no existen las alteraciones del pensamiento, conducta o afecto bien conocidos del esquizofrénico. Desde luego hay que recordar los ya mencionados núcleos psicóticos subyacentes en los transexualistas.

El transvestismo es una condición usualmente asociada con el transexualismo, pero existe transvestismo sin transexualismo. La función del transvestismo es expresar una identificación más superficial con la madre a través del uso de los vestidos de otro sexo, mientras se retiene el pene reasegurándose de esta manera contra las ansiedades de castración. Como lo señaló Fenichel (1930), el motivo inconsciente es la envidia del transvestista hacia su madre en su capacidad de tener hijos pero sin sacrificar su falo.

Al igual que el transvestismo la homosexualidad se asocia con el transexualismo, pero el resto de los homosexuales trata de mantener sus genitales intactos. El homosexual se identifica con la madre en la conducta sexual en tanto que el transvestista va más allá y se identifica además con el cuerpo de la madre.

Randall (1959) en su trabajo sobre 50 pacientes transexualistas y transvestistas los clasifica en dos grupos: homosexuales y obsesivos-compulsivos; en el segundo predominan los pacientes masculinos, los cuales no solicitaban operación y se conformaban con el cambio de vestidos. Aun cuando la experiencia clínica demuestra que los pacientes obsesivos pueden tener ideas obsesivas de homosexualidad, impotencia o inadecuación sexual, consideramos que sus manifestaciones clínicas y psicodinamia subyacente son de naturaleza diferente y por lo tanto no es necesario tenerlos en cuenta para el diagnóstico diferencial.

Se ha insistido en la ausencia de un tratamiento satisfactorio para el transexualista. Benjamín (1953) y Allen (1969) han utilizado el tratamiento hormonal. Este último autor les explica a los transexualistas masculinos que algunas de las características del sexo opuesto pueden ser producidas por un tratamiento hormonal y los satisface con ésto; además, anota que estos pacientes se angustian ante sus deseos sexuales masculinos, los cuales se ven disminuidos con la administración de estrógenos y esto les produce gran alivio, hasta el punto de no insistir en la operación. La administración de estrógenos tiene el riesgo de producir cáncer mamario; Symmers (1968) ha informado de dos pacientes masculinos quienes fueron sometidos a cirugía transformadora y administración de estrógenos por vía oral, subcutánea y directamente en los senos y quienes después de cinco años desarrollaron adenocarcinoma mamario primario con metástasis. Como ya se mencionó, Hamberger y colaboradores comunicaron en 1953 la operación transformadora de las características sexuales en un soldado americano, quien después tomó el nombre de Christine Jorgensen. Esta cirugía fue incompleta, pues sólo se removieron los genitales masculinos pero no se construyó neo-vagina porque lo consideraron "indeseable desde el punto de vista ético". Este tipo de operaciones se ha generalizado desde entonces; el propio Hamberger (1953) informó de 455 solicitudes de operaciones que recibió después de la publicación en los periódicos de la noticia de esta intervención.

Edgerton y colaboradores fundaron en los Estados Unidos en el año de 1963 la primera institución de lo que se ha dado en llamar "Clínica de Identificación Sexual" o "Clínica de Reasignación de Sexo", destinada al estudio y cirugía del transexual; el mismo Edgerton informa que ya han sido evaluados más de 1.000 pacientes por ese grupo. En

nuestro medio estos casos están apareciendo cada vez con mayor frecuencia y Coiffman (1976) informa la realización de cinco de estas operaciones.

La técnica quirúrgica está ya bien establecida (Govan, Hentz, 1973). El paciente masculino debe vivir aparentemente como mujer por espacio de 6 meses, recibir estrógenos en dosis suficientes y por el tiempo necesario, para desarrollar senos de tamaño normal y causar atrofia testicular, de la próstata y del resto de los genitales.

Estos pacientes han sido informados en detalle del procedimiento quirúrgico. Los cirujanos descartan los pacientes menores de edad y los que presentan problemas sistémicos de importancia como diabetes, hipertensión, etc. La intervención se realiza bajo anestesia general y consiste básicamente en amputación del pene y los testículos y construcción de pro-vagina a lo cual se pueden agregar aplicación de prótesis mamarias, depilación de barba y vello, reducción de cartílago tiroides, rinoplastia y otras.

En cuanto al aspecto post-operatorio anotan que tienen un umbral más bajo al dolor que otros pacientes y tendencia a solicitar policirugía, pues no quedan por completo satisfechos con los resultados.

El tratamiento quirúrgico del transexualado femenino ha sido descrito por Coiffman (1974) de la siguiente manera: cierre de vagina, construcción de un neo-pene, amputación de senos, ooforo-salpingo-histerectomía, construcción de un neoscrotum e implante de prótesis testiculares. La intervención es precedida y continuada con administración de testosterona.

Las complicaciones en los pacientes de ambos sexos incluyen riesgos anatómicos, fístulas, estenosis, infecciones, pérdida de injertos, hemorragias, etc. Dentro de las complicaciones psiquiá-

tricas post-operatorias se han informado reacciones de ansiedad, depresión y suicidio.

Ya nos hemos referido a las dificultades para emprender y mantener tratamientos psicoterapéuticos por parte de transexuados y también a la escasez de comunicaciones científicas al respecto.

Allen (1969) sostiene que la psicoterapia es el tratamiento de elección, pero en caso de que el paciente lo rechace o falle la psicoterapia recomienda el uso de estrógenos. Roth (1973) ha comunicado la realización de un tratamiento psicoterapéutico durante tres años en un paciente transexual masculino de 35 años con antecedentes de intento de suicidio. La psicoterapeuta lo consideró siempre mujer; durante la psicoterapia no se trabajó la reorientación genérica y como se trataba de un paciente fronterizo los mayores logros del tratamiento se consiguieron en relación con un mejor juicio de realidad y adaptación social.

### *Material clínico.*

Ha sido obtenido del estudio de once pacientes: cinco hombres y seis mujeres. Dentro de la casuística publicada que nos ha sido posible revisar, es la única serie en la cual predomina el sexo femenino; lo corriente es que los hombres transexualistas sean tres veces más frecuentes que las mujeres. Las edades de estos pacientes se extienden entre los 17 y los 46 años, pero la mayor parte se encuentra entre los 20 y los 30 años. Todos los pacientes son solteros con excepción de una mujer que era casada antes de la intervención quirúrgica y luego volvió a contraer matrimonio con el sexo genérico masculino. De las mujeres, tres refieren experiencias heterosexuales, dos de las cuales las realizaron por consejo médico; todas reaccionaron con frigidez y dos de ellas quedaron embarazadas pero no asumieron el rol

de madres. Los hombres no refieren relaciones heterosexuales y los que intentaron realizarlas o intentaron ser seducidos reaccionaron con impotencia. Dos de los pacientes refieren masturbación fálica; a este respecto hay marcada negación de los genitales y en algunos casos sólo tomaron conciencia de éstos hasta la iniciación de la pubertad; consideran su pene y sus testículos como un cuerpo extraño y reaccionan ante éstos con asco. Uno solo de los pacientes realizó un intento autocastratorio.

Todos los pacientes, menos dos, refieren relaciones homosexuales con actividad genital manifiesta; en las mujeres, yuxtaposición genital o masturbación recíproca. Todos los pacientes sin excepción suspendieron la actividad homosexual ante la expectativa de la operación para tener más tarde "relaciones normales como hombres... o como mujeres".

En todos los pacientes se encontró transvestismo espontáneo, a veces episódico en privado; en los hombres oculto, usando ropa interior femenina en forma permanente, o manifiesto, junto con cambio de nombre (no legal), de ocupación y de vecindario. En las mujeres, lo más frecuente es el transvestismo mimetizado por medio de uso de ropa de tipo masculino o "unisexo". En dos casos el transvestismo era completo con sexo genérico masculino; una de ellas trabajaba como celador y la otra como contabilista.

En ocho de estos pacientes se encontró depresión clínica; de éstos, cinco realizaron uno o más intentos de suicidio y dos más amenazaron al psiquiatra con suicidarse en caso de no ser satisfechas sus peticiones de cirugía transformadora. Como ya se mencionó, solamente uno de los hombres intentó castración ingiriendo previamente alcohol hasta la ebriedad.

Los hogares de donde provienen estas personas son notoriamente inadecuados

o deshechos. El padre había muerto en cinco de ellos y en dos más había abandonado el hogar y las figuras sustitutivas fueron en extremo insatisfactorias, llegando hasta la violación homosexual en uno de los casos. Los padres presentes eran rechazantes, permanecían fuera del hogar la mayor parte del tiempo o tenían como características de su personalidad la ingestión periódica de alcohol y la violencia, mostraban notoria preferencia por los hijos varones; la característica más notoria de la figura materna, con excepción de un caso, es la de abandono por tener que trabajar y ausentarse del hogar o por rechazo de su papel de madre, delegando éste en tías, abuelas o hermanas mayores.

Aparte del homosexualismo, el transvestismo y cierto componente depresivo, que consideramos forman parte del cuadro clínico de esta entidad, se encontró como patología psiquiátrica concomitante, retardo mental leve, en tres casos, y disritmia cerebral en uno. Estos diagnósticos clínicos fueron confirmados por pruebas psicométricas y E.E.G.

En todos los pacientes el examen físico no reveló ninguna alteración, la cromatina sexual correspondió siempre al sexo anatómico-funcional. Los estudios radiológicos (ginecografía, uretro-cistografía, urografía, etc.), fueron siempre normales. La dosificación de hormonas fue normal con una excepción en una mujer de 20 años en quien se encontró alta la excreción urinaria de 17-ceto-esteroides. Una minuciosa exploración ginecoendocrina solamente estableció un discreto aumento de tamaño del ovario izquierdo, sin significación patológica aparente. En la mayoría de estos pacientes se realizó estudio psicológico de la personalidad mediante la administración de las pruebas Rorschach, Machover y Zondi. Los principales hallazgos fueron: labilidad afectiva, dificultad para establecer y mantener relaciones inter-personales. Expresión de los im-

pulsos instintivos en forma explosiva. Dificultad para identificar figuras personales e identificarse con ellas. El Rorschach evidenció marcada estereotipia en las respuestas de contenido sexual, la mayor parte escenas primarias con los padres fundidos.

Los conflictos aparecen en la etapa oral, con permanentes defensas de tipo genital.

Los rasgos que predominan en los protocolos son los depresivos, también se encuentran rasgos obsesivos y fóbicos.

Del presente grupo se descartaron los pacientes cuyo estudio reveló pseudohermafroditismo, ambigüedad sexual anatómica, cariotipo en mosaico, hipogonitalismo o disendocrínea sexual.

A continuación presentaremos los resúmenes de dos historiales clínicos, con algunos comentarios acerca de su psicodinamia.

Paciente femenina de 23 años a quien llamaremos Amelia, soltera con un hijo de 7 años, antiguamente secretaria y actualmente sin ocupación. Vive con su madre viuda, su hermano menor y el hijo varón de la paciente.

Amelia es la hija menor de un hogar formado por el padre que murió hace dos años, la madre de 54 años y sus hermanos, una mujer de 39 años y tres varones de 35, 31 y 27 años.

Fue remitida a psiquiatría para evaluación por el servicio de cirugía plástica a donde consultó por "intención de cambiar su sexo femenino y volverse hombre".

Embarazo y parto sin complicaciones, recibió pecho materno durante un año. Dentro de su desarrollo psicomotor evidenció un retardo en el desarrollo de su lenguaje, pues sólo comenzó a emitir sus primeras palabras hasta los tres años. A los seis años ingresó al colegio y continuó estudiando hasta el bachillerato sin dificultades en el aprendizaje.

A la edad de ocho años refiere este episodio: al ver desnuda a su amiguita deseó cogerla y acariciarla. A partir de este momento Amelia ubica su deseo de volverse hombre, sus juegos y actividades eran de tipo masculino, orinaba de pie, vestía como los hombres y evitaba y ridiculizaba todas las actividades femeninas. Su menarquia ocurrió a los trece años con gran rechazo por parte de Amelia. Desde la pubertad se afeitó la cara y las piernas para que le salieran pelos. Su tiempo libre lo dedicaba a acompañar al padre y ayudarle en las labores del campo, mecánica automotriz y otras actividades de tipo masculino.

Desde los trece años refiere vinculaciones afectivas de tipo homosexual con compañeras y religiosas, inicialmente sublimadas y más tarde actuadas a través de contactos genitales. Esto motivó una consulta a un ginecólogo, dada la intensa angustia que le despertaron dichas relaciones. El ginecólogo le explicó que su problema se debía a falta de relaciones sexuales con hombres. Consiguió novio, lo sedujo sexualmente sintiendo durante el acto sexual "rabia por sentirse marica". De estas relaciones nació su único hijo, a quien rechazó desde su embarazo, no lo alimentó con su seno por considerarlo ridículo, no asumió jamás el papel de madre, delegando éste primero en una prima y luego en su hermana.

Hay antecedentes claros de episodios depresivos con dos intentos de suicidio por considerar que ella estaba "mal hecha".

Desde hace más de un año mantiene relaciones homosexuales con una amiga de 22 años "muy bonita y femenina a quien deseo poseer de inmediato, penetrándola". Durante las relaciones sexuales que mantiene con esta amiga, evita que la vea desnuda, pues "no quiero que me vea como mujer". Ella piensa contraer matrimonio con su amiga para lo cual solicita que le hagan la opera-

ción; dice que si no es posible realizarla en Colombia viajará al exterior con este fin y si no logra este objetivo se suicidará. Informa que ella se considera "muy hombre" y detesta a las lesbianas. El contenido manifiesto de sus sueños está caracterizado por luchas a tiros contra hombres y actuaciones sexuales con su amiga en las cuales Amelia se ve como hombre. Durante las entrevistas se aprecia una mujer vestida de ropa masculina que adopta actitudes y modales de tipo masculino, imita la voz masculina con tonos bajos, usa el pelo y las uñas muy cortos, sin ningún maquillaje facial. Demuestra ansiedad, su inteligencia es normal. Expresa ideas casi delirantes de pertenecer básicamente al sexo masculino. No tiene conciencia de enfermedad mental y rechaza todo ofrecimiento psicoterapéutico, acepta las entrevistas sólo como un requisito para la cirugía transformadora. Los estudios endocrino, ginecológico, urológico, incluyendo rayos X y laboratorio fueron normales.

Dentro de la comprensión psicodinámica que hemos realizado de esta paciente queremos hacer resaltar los siguientes hechos: la historia de Amelia muestra su incapacidad para establecer una identidad como experiencia de sí misma, única y coherente, especialmente refleja esta incapacidad en su identidad sexual. No puede integrar la experiencia de su cuerpo con las vivencias que resultaron de su interacción con sus primitivos objetos personales. Existe una extrema disociación mente-cuerpo; su mente de "hombre" en un cuerpo de mujer. En el episodio que Amelia nos relata a los 8 años y que ella ubica como el iniciador de sus sentimientos de pertenencia al otro sexo, vemos un típico recuerdo encubridor; Amelia se angustia frente al cuerpo desnudo de la mujer (madre) y desplaza las ansiedades que esta situación le producen al cuerpo de la niña, un cuerpo inmaduro, indiferenciado y por lo tanto menos ansiógeno

para ella. Por identificación proyectiva en masa coloca en el cuerpo de su compañera su confusa identidad masculina-femenina de predominio femenino que la perturba, pues no la ha podido integrar ni asimilar. Así este elemento femenino, que por confuso y no asimilado la perturba, lo proyecta sobre el cuerpo de su amiguita y solamente fuera de ella lo acepta "deseando cogerla y acariciarla"; Amelia se queda con la otra parte de su identidad, también confusa, no asimilada: la porción masculina. Desde entonces se siente como hombre, viste como hombre, intenta actuar como hombre, acompaña al padre en sus actividades. Sus intentos de recuperar lo femenino se observan en sus contactos homosexuales pero siempre a condición de que lo femenino quede fuera de ella. Pero esta suplantación de la figura del padre le causa ansiedad y culpa, por lo cual consulta al médico, pero éste la presiona a ejercer una identidad inconsciente y rechazada y por lo tanto esta experiencia fracasa y le da a Amelia la convicción de que si este último recurso, desesperado, no ha tenido éxito, es una prueba de su condición "básica masculina". A esto se une la muerte del padre que como un mecanismo liberador le permite, ahora sí, asumir plenamente el lugar dejado por éste, intenta recuperar el padre asumiendo su papel, y esto se suma a la existencia de su pareja homosexual que la acepta y le permite recuperar lo femenino como objeto externo. Concreta y mantiene las disociaciones mente-cuerpo, masculino-femenino, dentro-fuera, para lo cual deberá sacrificar sus genitales en los cuales ha aislado y reducido el confuso y precario sentimiento de identidad femenina que le queda. Esta castración asumida le permite de igual manera ejercer su masoquismo, como prueba de fuego, como castigo previo antes de asumir el papel del objeto idealizado y envidiado: en este caso el masculino, apropiándose simbólicamente la potencia del padre.

Veamos ahora el caso opuesto, el transexualista que desea cambiar de hombre a "mujer".

Roberto, sexo biológico masculino, 21 años, soltero. Remitido por cirugía plástica para estudio psicológico post-operatorio. En el momento de la primera entrevista psiquiátrica ya habían transcurrido dos meses desde la iniciación de la cirugía transformadora. Había cambiado legalmente de nombre, ocupación y vecindario. Por este motivo nos referiremos a este paciente como perteneciente al sexo genérico femenino a partir de la cirugía.

El padre de este paciente había muerto hacía 5 años a la edad de 60 años, era persona de alguna importancia, industrial, comerciante, ausente de su hogar. La madre, más de 20 años, menor que el padre, estableció con el paciente una vinculación muy estrecha, de tipo simbiótico. La infancia de éste transcurrió muy cerca de la madre, tanto física como emocionalmente, rehuía el contacto con sus hermanos de quienes temía ser golpeado, refugiándose en la "cariñosa e íntima protección de mamá". Desde muy temprana edad prefería jugar con muñecas, sintiéndose inadecuado frente a otros hijos varones. Ocupa el tercer lugar en orden cronológico entre sus hermanos; una mujer de 24 años, un varón de 22, el paciente, un varón de 18 años y una niña de 10.

No se detectaron alteraciones en el embarazo, parto, ni desarrollo motor. Su escolaridad transcurrió sin dificultades.

A partir de su pubertad y desde los 13 años fue el amante homosexual, por espacio de 6 años, de un hombre de 40 años, a quien se sometía pasivamente; por esa misma época tuvo otras relaciones homosexuales de corta duración. Relata erecciones fálicas sin manipulación, acompañadas de fantasías homosexuales, de ser penetrado "vaginalmente" y que terminaban en eyaculación

con una sensación de vértigo. En el contenido manifiesto de sus sueños también se aprecian caídas, con sensación placentera-displacentera de vértigo, siempre acompañadas de eyaculación. Cuando tenía 14 años una mujer mayor, casada, intentó seducirlo, pero Roberto reaccionó con impotencia por lo cual fue rechazado y humillado. Desde entonces manifiesta una evitación fóbica al contacto heterosexual. Existen episodios tempranos de transvestismo con la ropa de la hermana mayor o de la madre; estos episodios se volvieron más frecuentes hacia la adolescencia, cuando el transvestismo se volvió casi permanente, dedicándose a modelar ropa femenina; también trabajó como peinadora y estilista. Por esta época iniciaba relaciones con hombres, quienes la consideraban mujer, pero "ante las fantasías de ser descubierto y golpeado hasta morir, les confesé luego de poco tiempo, que era transvestista y que no estaba interesado en hacer sexo, simplemente en conversar".

Se enteró de la posibilidad de "cambio de sexo" por intermedio de una transexualista dedicada a espectáculos en sitios de recreación nocturnos. Ella le instruyó además en el uso permanente de ropa femenina y de hormonas femeninas para desarrollar los senos y redondear las caderas. A la edad de 20 años tuvo una crisis depresiva que culminó en un intento de suicidio. Fue tratado en un centro psiquiátrico con electroshock, lo cual no le alivió la ansiedad ni la depresión. Dos psiquiatras de ese centro consideraron que su ansiedad y depresión dependían de la discrepancia entre su sexo biológico y psicológico y autorizaron por escrito la cirugía transformadora, remitiendo el paciente a un cirujano plástico.

Antes de la operación tenía un "novio", a quien no permitía acercamiento genital por temor de ser descubierto, después rompió la relación "para no tener que informarle su cambio de sexo".

Respecto a la cirugía, "tenía esperanzas de que por dentro fuera mujer y al mismo tiempo el temor de no tener nada de mujer y que por lo tanto la cirugía no pudiera realizarse".

Días antes de la primera entrevista psiquiátrica post-operatoria tuvo su primer experiencia sexual "como mujer", con un "hombre extranjero, maduro a quien acababa de conocer y jamás volveré a ver". Esta experiencia la realizó a pesar de las advertencias de su cirujano de que el período post-operatorio no había terminado. Describió estas relaciones como muy satisfactorias, obtuvo un orgasmo de tipo expulsivo y lo más importante "el hombre no se dio cuenta de nada", refiriéndose al "cambio de sexo".

Dice "haber roto con su pasado", ha destruido todos los papeles, fotografías y documentos de su anterior sexo, y teme ser descubierta por antiguos amigos homosexuales por lo cual insiste en completar la cirugía con plastia del mentón, la nariz, etc., no por razones estéticas "sino porque cuando me miro al espejo, reconozco mi rostro". También desea obtener más volumen en sus senos a través de una mamoplastia.

Durante las entrevistas se aprecia una persona de apariencia totalmente femenina, alta, bonita, de ojos claros y pelo rubio largo, bien vestida y elegante, con actitudes y ademanes suaves y delicados, su expresión corporal es como la de las modelos profesionales, al igual que su manera de fumar, hablar, caminar, etc.

Sus extremidades son delgadas, no tiene vello superfluo. Se comunica fácilmente, de inteligencia normal, su afecto impresiona como exaltado. Se muestra muy satisfecha con su actual condición a pesar de la ansiedad casi permanente, en grado moderado, por lo cual fuma mucho y consume tranquilizantes por su cuenta.

Sus senos tienen el desarrollo normal para una adolescente, pero ella los considera pequeños para su estatura. Dentro de sus planes inmediatos no considera casarse ni adoptar hijos, pero sí establecer una "boutique", viajar y gozar de su nueva vida.

En Roberto-Roberta se puede apreciar una disociación de la imagen materna, con negación del aspecto persecutorio que le somete y no le deja desarrollarse libre e independientemente ni asumir su masculinidad. Se identifica parcialmente con la fracción idealizada y en un intento de romper la simbiosis se separa de la madre externa, pero condenado a continuar siendo como ella. Existen en Roberto fantasías inconscientes de castración, reprimidas y renegadas, evidenciadas en sus tempranas vivencias de ser débil, frágil, con temores de ser golpeado, refugiándose en mamá. Más tarde cuando es transvestista y establece relaciones amorosas con hombres, teme que le descubran sus genitales y le golpeen hasta morir. Se somete a la castración real, o sea lo que más teme, de tal manera que si sobrevive, obtendrá su liberación. Es un renacimiento, una nueva vida; muere como hombre y renace como mujer. Establece una disociación entre su pasado masculino y su vida futura como mujer idealizada. De ahí que relegue al pasado todas las vivencias persecutorias para deshacerse de ellas. Todas las pruebas externas de su pasado y de su propio cuerpo, en especial los genitales y su rostro, deberán ser destruidas o cambiadas hasta el punto de hacerse irreconocibles, incluso para ella misma. Se trata de una situación de máxima disociación y negación. De ahí su necesidad de ponerse a prueba, teniendo de inmediato relaciones sexuales "como mujer" y no ser descubierta, lo cual le da la posibilidad de triunfo maniaco sobre sus perseguidores. Al mismo tiempo se burla secretamente de los hombres seduciéndoles a una relación homosexual.

La aparente felicidad obtenida con su nuevo género depende del establecimiento de un conjunto defensivo maniaco y de la captura dentro de su "self" del objeto femenino idealizado. Pero este objeto no es nunca alcanzado del todo, no se siente por completo satisfecha con los resultados quirúrgicos exige más y más transformaciones, que le acerquen a su ideal concretado en su cuerpo.

En este momento de nuestra exposición nos parece útil establecer una breve comparación del proceso de adquisición del sentido de identidad sexual, tal como ocurre normalmente y como lo vemos en estos pacientes. Para tal fin utilizaremos los conceptos de Meltzer (1967, 1973).

El sentido adulto de identidad se deriva de la identificación introyectiva con las figuras parentales, primero parciales y luego totales, con predominio de la imagen parental del mismo sexo. La integración que el sujeto hace de estas introyecciones debe llegar hasta el punto de no permitir que después de la adolescencia esta bisexualidad psicológica sea experimentada y reconocida directamente como tal. Para que este proceso de integración tenga lugar debe estar precedido por una adecuada disociación ("split") entre estas identificaciones parciales.

Este proceso para lograr el sentido de identidad sexual puede alterarse por factores externos (relaciones insatisfactorias de objeto) o internos (incremento del instinto agresivo o de la envidia). En los sujetos en los cuales este proceso se encuentra alterado, y creemos que los transexualistas forman parte de este grupo, no se da un "split" normal seguido de integración, sino que se establecen situaciones confusas permanentes, tanto de zonas libidinales (confusión entre ano y vagina; nalgas, senos; senos y pene, etc.), como geográficas (no pueden ubicar el objeto masculino o femenino nítidamente dentro o fuera de sí

mismo). Estas confusiones que forman parte de la posición esquizoparanoide, crean ansiedad la cual se intenta controlar por medio del uso de identificación proyectiva, negación y disociación extremas, eliminando de su cuerpo lo que no pueden aclarar en sus mentes. Aíslan y concretan lo masculino y lo femenino en sus genitales y lo eliminan para intentar escapar de las confusiones zonales (semejante a lo que sucede en una hipocondría). Por otra parte ubican su propio sentimiento precario y rechazado de masculinidad o femineidad en el objeto externo controlado para esquivar sus confusiones geográficas (semejante a un manejo fóbico). Así vemos el panorama desolador de estos pacientes que en un intento para escapar de la confusión de sus mentes, terminan amputándose su propio cuerpo.

### *Conclusiones.*

Considero que con el presente trabajo se han realizado los siguientes aportes:

— Descartar las alteraciones físicas, cromosómicas u hormonales de los pacientes transexuados estudiados.

— Confirmar las explicaciones psicodinámicas informadas por otros autores: privación afectiva temprana, especialmente materna, predominancia del narcisismo, identificación femenina predominante en los hombres e identificación masculina predominante en las mujeres, las fijaciones orales pre-edípicas, y de las fases simbiótica y de separación, la entrega homosexual pasiva al padre en los hombres y la identificación con la madre persecutoria en ambos sexos.

Por tratarse de un tema en controversia, los hallazgos empíricos que confirman un punto de vista deben considerarse aportes.

— Ampliar la conceptualización psicodinámica, en los aspectos relacionados

con algunas de las motivaciones inconscientes que tienen los transexuados, para someterse a la castración.

*En los hombres.* El intento de romper la simbiosis con el objeto materno externo recuperándolo internamente en forma idealizada y adquiriendo la capacidad de seducción y fascinación sobre los hombres y la posibilidad de burlarse de ellos a través de la seducción homosexual oculta.

*En la mujer.* Romper la simbiosis con la madre adoptando el papel del padre, adquiriendo su envidiado pene y su potencia.

*En ambos sexos.* La transformación les permite ejercer las actividades homosexuales negando la culpa.

Por otra parte, las técnicas transformadoras significan inconscientemente una expiación y sacrificio máximos con un sometimiento extremo, a través de un ritual de iniciación sádico (castratorio) para renacer "con otro sexo" confundidos con el objeto idealizado.

La transformación es la línea divisoria entre el morir y el renacer: mueren como hombres y renacen como "mujeres" o viceversa.

— Establecer la existencia de una confusión en su identidad consciente aceptada y la identidad inconsciente rechazada.

Las manifestaciones transvestistas, homosexuales y de "cambio de sexo" son expresiones en la conducta de esta confusión y esta disociación. Los médicos que aceptan realizar "el cambio de sexo", ya sea por medios hormonales o quirúrgicos establecen un acuerdo tácito e inconsciente con las fantasías inconscientes y delirios de estos pacientes por medio del mecanismo de contra-identificación.

Nuestro estudio ulterior indica lo siguiente: de los dos pacientes que ya estaban operados, uno de ellos logró un

balance o compensación psicológica aparente, gracias al establecimiento de intensos mecanismos maniacos. El otro de los operados de mujer a "hombre", desarrolló un rechazo a los injertos, fistulización de la neo-uretra, policirugía y reacción fóbica ante ésta, hasta el punto de no aceptar más intervenciones y conformarse con "orinar sentado". Contrajo nuevo matrimonio en su condición genérica masculina, en una unión poco afortunada con una mujer que describe como dominante y fría. Esta paciente evidencia en la actualidad una depresión clínica.

Otro paciente se encuentra actualmente en proceso de cirugía transformadora y no ha sido todavía evaluado en el post-operatorio.

Uno solo, de los demás pacientes aceptó psicoterapia, pero es todavía muy temprano para evaluar los resultados.

En vista de lo refractario de estos pacientes a la psicoterapia y considerando que la castración no es la solución, pensamos que solamente el diagnóstico y tratamiento psicológico precoces, antes de la pubertad, pueden tener algún resultado satisfactorio.

### *Resumen.*

En la presente publicación se estudia el síndrome del transexualismo desde el punto de vista psiquiátrico a través de la revisión de las publicaciones más representativas sobre el tema, desde el año de 1953. Del estudio de esta literatura se destacan los siguientes hechos: el cuadro clínico del transexualismo se diferencia y se separa de otras condiciones relacionadas tales como homosexualidad, transvestismo, fetichismo, etc. Se descartan alteraciones endocrinas o cromosómicas que jueguen algún papel en la etiología de esta enfermedad. En cuanto a la influencia de hormonas prenatales éstas pueden determinar al-

teraciones en la conducta pero solamente en su aspecto manifiesto, sin alterar los aspectos más íntimos de la identidad genérica.

Por otra parte se presenta el material clínico correspondiente al estudio realizado a través de técnicas de observación psicológica en once pacientes transexuales; cinco hombres y seis mujeres que por espacio de cuatro años fue recopilado en la Unidad de Salud Mental del Centro Hospitalario de San Juan de Dios de Bogotá.

El estudio de estos pacientes puso de relieve que es la única serie de las estudiadas hasta el momento, en la cual predomina el sexo femenino con una relación de seis mujeres por cinco hombres. La distribución de edades indica que la mayor parte se encuentra entre los 20 y los 30 años. El estado civil de diez de ellos es el de solteros. Existen antecedentes de actividad homosexual manifiesta en nueve de ellos. Todos revelaron transvestismo concomitante. En cuanto a factores causales psicosociales se destaca que los hogares de donde provienen estos individuos son inadecuados o deshechos. En ninguno de los casos se evidenciaron alteraciones físicas de tipo anatómico, cromosómico o endocrino.

En el aspecto psicodinámico se ponen de manifiesto las influencias de las relaciones de objeto externo (objetos parentales inadecuados o abandonados) y las alteraciones del proceso de identificación que tienen lugar en estos sujetos y que consisten en una intensa confusión de los aspectos masculino-femenino. El sentimiento de masculinidad o feminidad depende de la capacidad de diferenciar lo masculino de lo femenino; estos pacientes no han logrado desarrollar esta capacidad discriminatoria, debido en gran parte a privaciones afectivas paterno-maternas. Se destaca como un aporte original la importancia de las fantasías inconscien-

tes de ruptura de una relación simbiótica con el objeto maternal externo para reemplazarlo por la unión con un objeto interno idealizado, así como las fantasías de morir y renacer a través del "cambio de sexo". Se insiste en la necesidad de un diagnóstico y tratamiento psicológico precoces de este tipo de alteraciones, dada la poca utilidad de la psicoterapia después de la adolescencia y lo empírico del tratamiento quirúrgico u hormonal.

### Resume.

This paper studies the syndrome of transexualism from a psychiatric view through the review of the most representative studies on the matter since 1953. From the above the following facts stand out: the clinical picture of transexualism is differentiated and separated from other related conditions such as homosexuality, transvestism, fetishism, etc. Endocrine and chromosome alterations that play some role in the etiology of this illness are discarded. As far as the influence of prenatal hormones, they may cause alterations in behavior, however, only in the open aspects, without reflecting on the most intimate aspects of generic identity.

On the other hand a presentation is made of the clinical material covering the study carried out through psychological observation techniques in eleven transexual patients: five men and six women, compiled during four year in the Mental Health Division of San Juan de Dios Hospital Center in Bogotá.

The study of these patients brought out that this is the only series of those

studied so far, in which the feminine sex prevails, with a ratio of six women to five men. Age distribution shows that most subjects are between 20 and 30 years. Ten of them are single. There are antecedents of manifest homosexual activity in nine of them. All the subjects revealed accompanying transvestism. Concerning the psychosocial causing factors it is pointed out that the homes they come from are inadequate or destroyed. In no case was there evidence of physical alterations of anatomic, chromosome or endocrine type.

In the psychodynamic aspect, evidence is found of the influence of external object relations (inadequate or neglecting parent objects) and the alterations in the identification process that take place in the above subjects, consisting of a considerable confusion of the masculine-feminine aspects. The feeling of masculinity or femininity depends on the capacity to establish the difference between the masculine and the feminine character; the above patients have been unable to develop this discriminating capacity, due, for the most part, to paternal-maternal affective deprivations. As an original contribution, emphasis is placed on the importance of the unconscious fantasies of breaking of a symbiotic relation with the external maternal object to replace it by the union with an internal ideal object, as well fantasies of dying and being reborn through the "change of sex".

Insistence is placed on the need of a precocious diagnosis and psychological treatment of this type of alterations, in view of the little use of psychotherapy after the adolescence and the empirical character of surgical or hormone-based treatment.

### REFERENCIAS

ALLEN, C. (1969). *A textbook of psychosexual disorders*. Oxford University Press, London, pp. 281-299.

BENJAMÍN, H. (1953). Transvestism and transexualism. *Int. J. Sexol.* 7, 12-14.

- BENJAMÍN, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. Julian Press, New York.
- BLACKER, K. H., WONG, N. (1963). Four cases of auto-castration. *Archgen. Psychiat*, 8, 169-67.
- COIFFMAN, F. (1974). *Tratamiento quirúrgico de los transexuados*. Folleto mimeografiado XIII Congreso de Cirugía Plástica. Caracas.
- COIFFMAN, F. (1976). Comunicación personal.
- EHRHARDT, A. (1973). The etiology of transsexualism. En: *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford, pp. 44. 48.
- FENICHEL, O. (1953). *The psychology of transvestism*. Collected Papers. Norton, New York.
- GREENSON, R. R. (1966). A transvestite boy and a hypothesis. *Int. J. Psycho-Anal.* 47, 396-403.
- HAMBERGER, C., et alii (1953). Transvestism: Hormonal, psychiatric and surgical treatment. *J. A. M. A.* 152, 391.
- HAMBERGER, C. (1953). Desire for change of sex as shown by personal letters from 455 men and women. *Acta endocr.* 14, 361-75.
- HOYER. (1933). Citado por Mehl: Transsexualism, a perspective, en: *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford, 1973, pp. 61-63.
- JONES, J. (1973). Plasma Testosterone concentration in female transsexuals. En: *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford, pp. 61-63.
- KOLODNY, R. C. et alii (1971). Plasma Testosterone and semen analysis in male homosexuals. *New England Journal of Medicine*. 285, 1170-1174.
- LAVERDE, E. (1971). *Homosexualidad*. Biblioteca de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Bogotá.
- LORAIN, J. (1972) Hormones and homosexuality. *New Scientist*, 53, 270-271.
- MAHLER, M. S. (1967). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *J. Am. Psycho-Anal. Ass.* 15, 740-763.
- MEHL, M. (1973). Transsexualism, a perspective. En: *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford, pp. 99-102.
- MELTZER, D. (1967). *The psycho-analytical process*. Heineman. London.
- MELTZER, D. (1973). *Sexual states of mind*. Clunie Press. Edimburgo.
- RANDALL, J. B. (1959). En: Allen, C. (1969). *A textbook of psychosexual disorders*. Oxford University Press. London, pp. 295.
- ROTH, H. (1973). Three years of on going psychotherapy of a transsexual patient. En: *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford, pp. 99-102.
- SIMON, R. I. (1967). A case of female transsexualism. *A. J. Psychiat.* 123, 1958-1601.
- SOCARIDES, Ch. (1970). A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation ("Transsexualism"): The plaster-of-Paris man. *Int. J. Psycho-Anal.* 51, 341-349.
- STOLLER, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *Int. J. Psycho-Anal.* 45, 220-226.
- STOLLER, R. J. (1966). The treatment of transvestism and transsexualism. En: *Current Psychiatric Therapies*. Grune & Stratton, New York.
- STOLLER, R. J. (1968). *Sex and Gender*. Science House, New York.
- STOLLER, R. J. (1972). Male transsexualism: Uneasiness. *Danish Medical Bulletin*. 19, 301-306.
- SYMMERS, W. S. (1968). Carcinoma of breast in transsexual individuals after surgical and hormone interference with primary and secondary sex characteristics. *Brit. Med. J.* 2, 83-85.
- VAN DER LEEUW, P. J. (1958). La fase preedípica del varón. *Rev. de Psicoanálisis*. 23, 1-21.
- VAGUE, J. (1956). Le desir de changer de sexe: forme épidémique actuelle d'un mal ancien. *Presse Méd.* 64, 949-951.
- WORDEN, F. G., MARSH, J. T. (1955). Psychological factors in men seeking sex transformation. *J. Amer. Med., Ass.* 157, 1292-1298.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1974). *Glossary of mental disorders and guide to their classification*. Geneva.