

ESCOLA SUPERIOR D'INFERMERIA DEL MAR
Adscrita a la UPF

TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PARA EL CUIDADO

Andrea Martínez García
Director del treball: Juan M. Leyva
Coordinadors : Marta López i Juan M. Leyva
Treball de Fi de Grau
Grau en Infermeria
Curs acadèmic 2012-2013

RESUMEN

En este documento se realiza una descripción de los trastornos de identidad de género (TIG) y de su situación a nivel nacional e internacional, teniendo en cuenta la legislación y epidemiología, con el objetivo de consolidar así una base teórica para el estudio. Se diferencian también otras patologías similares para evitar confusión o errores.

Se propone un estudio cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo y correlacional que tiene como objetivos principales evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios del personal de enfermería para el cuidado de las personas con TIG y comparar las competencias de la enfermería de distintos niveles asistenciales. Como método de recogida de datos se utiliza un cuestionario de elaboración propia, de preguntas cerradas con múltiples opciones de respuesta. El análisis de los datos será inferencial y descriptivo, ya que el objetivo es realizar una estimación a partir de los resultados obtenidos de la muestra sobre el conjunto total de la población con la finalidad de realizar el contraste de la hipótesis formulada; para ello, se realizará la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado.

Palabras clave: trastorno de identidad de género, enfermería, cuidados, competencia.

RESUM

En aquest document es realitza una descripció dels trastorns d'identitat de gènere i de la seva situació a nivell nacional i internacional, tenint en compte la legislació i epidemiologia, amb l'objectiu de consolidar així una base teòrica per a l'estudi. Es diferencien també altres patologies similars per tal d'evitar confusió o errors.

Es proposa un estudi quantitatiu, observacional, transversal, descriptiu i correlacional que té com a objectius principals avaluar els coneixements, habilitats i actituds necessaris del personal d'infermeria per a les cures de les persones amb trastorns d'identitat de gènere i comparar les competències de la infermeria de diferents nivells assistencials. Com a mètode de recollida de dades s'utilitza un qüestionari d'elaboració pròpia, de preguntes tancades amb múltiples opcions de resposta. L'anàlisi de les dades serà inferencial i descriptiu, ja que l'objectiu és fer una estimació a partir dels resultats obtinguts de la mostra sobre el conjunt total de la població amb la finalitat de realitzar el contrast de la hipòtesi formulada; per a això es realitzarà la prova no paramètrica de Ji-quadrat

Paraules clau: trastorn d'identitat de gènere, infermeria, cures, competència.

ABSTRACT

In this document we provide a description of Gender Identity Disorder (GID) and of their situation both nationally and internationally. Taking into account its legislation and epidemiology, we provide theoretical basis for its study. Additionally, distinctions are made to similar pathologies to avoid confusion or mistakes.

We propose a quantitative, observational, cross-sectional, descriptive, and correlational study. The objective is to assess the knowledge, skills and demeanor required of nursing professionals to take care of people affected with GID, and to compare nursing competencies of different assisting levels. Data compilation is realized through a questionnaire elaborated by the authors, consisting of closed questions with multiple-choice answers. The analysis of data is inferential and descriptive, because the objective is to make an assessment over the total set of the population from the results of the sample, in order to test our hypothesis; to do that, we effect a nonparametric Chi-square test.

Keywords: gender identity disorder, nursing, care, competence.

ÍNDICE

Introducción	Pág. 5
▪ Transexualismo en el mundo	
▪ Transexualismo en España	
▪ Objetivo	
Metodología	Pág. 13
▪ Diseño	
▪ Sujetos estudio	
▪ Variables	
▪ Obtención de datos	
▪ Análisis de datos	
▪ Limitaciones del estudio	
▪ Aspectos éticos y jurídicos	
▪ Recursos humanos y materiales	
▪ Cronograma	
Consideraciones finales	Pág. 19
Anexos	Pág. 23
Índice alfabético	Pág. 24
Bibliografía	Pág. 26

INTRODUCCIÓN

Se entiende el sexo como los aspectos biológicos que permiten distinguir entre hombres y mujeres: genitales, cromosomas, órganos reproductores, etc. Aunque existen casos en los que una persona puede tener ambos sexos, estas características sirven en la mayoría de los casos para diferenciar efectivamente entre hombres y mujeres. El género hace referencia a aquellas características propias de cada sexo biológico dentro de una determinada cultura, dictaminando lo que es propiamente masculino o femenino (1, 2).

Siguiendo los criterios de la clasificación CIE-10 para el diagnóstico de Transexualismo: “[El transexualismo] Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio, y el deseo de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo máximo posible con el sexo preferido” (3). Se entiende el transexualismo, pues, como el desacuerdo de una persona con el sexo biológico con el que ha nacido. La CIE-10 sigue la línea de autores como Person y Ovesey, que en 1974 definían el transexualismo como una reasignación del sexo por medio de las hormonas y de la cirugía en personas biológicamente normales (4). Una definición como esta puede dar a entender que los transexuales son personas “sanas” o “normales” que se someten a tratamiento hormonal o quirúrgico alterando así esa condición de normalidad. Pero esta es una descripción pobre y poco realista, ya que este colectivo no considera que su condición biológica de sexo sea normal, no teniendo en cuenta su sentimiento de género. En la definición actual, en cambio, se puede observar cierta evolución y se ofrece una concepción más adecuada para comprender este problema tan amplio y complejo. Debe distinguirse entre “transexual” y “transgénero”, entendiéndolo primero como una persona que ha cambiado de sexo y/o ha sido sometido a terapia hormonal, mientras que el segundo comprende el problema de forma más amplia, ya que incluye a las personas que eligen no someterse o bien no tienen acceso al tratamiento (5).

Para evitar errores conceptuales, es importante diferenciar la transexualidad de otros fenómenos. Los intersexo son personas que nacen con ambos genitales, masculinos y femeninos. Normalmente, se les realizan unos test para determinar qué sexo se les debe asignar y se someten a una operación antes de los 18 meses de vida para seleccionar los genitales acorde con el sexo decidido por médicos y padres, intentando acercarse lo máximo posible al sexo con el que se sentirá identificada la persona (6). Esta intervención puede resultar precipitada, ya que pueden cometerse errores que tendrán repercusiones negativas en estas personas.

Se debería promover un aplazamiento de este paso para evitar estos problemas, pero en la sociedad en que vivimos actualmente esto no resulta posible, ya que provocaría un cambio en toda la estructura al no poder registrar a estos niños dentro del sexo masculino o femenino. ¿Sería capaz la sociedad de aceptar, en estos casos, un tercer sexo?

También existen confusiones con el travestismo. Estas personas usan ropa, maquillaje y accesorios que son considerados por la sociedad como correspondientes al sexo opuesto. Se puede dar tanto de hombre a mujer como de mujer a hombre. Sin embargo, a diferencia de los transexuales, los travestis no quieren cambiar sus características físicas de forma permanente ni desean vivir siempre como el sexo opuesto (7).

Para la búsqueda bibliográfica he usado distintas bases de datos como PubMed, Dialnet, Cochrane Library Plus e IME, utilizando las palabras clave “transexualidad”, “transgénero”, “enfermería”, “prevalencia/incidencia”, “competencias” y sus traducciones al inglés “transexual”, “transgender”, “nursing”, “prevalence/incidence”, “competencies”. Por último, para acotar la búsqueda he utilizado los operadores booleanos: “AND”, seleccionando así solo las referencias que tuvieran dos o más palabras clave; “OR”, para relacionar términos sinónimos y “NOT” para excluir aquellos términos no relacionados con el tema de investigación, como en este caso la transexualidad de animales. Los motivos de selección de los artículos han sido la actualidad, el rigor científico, la fuente, el contenido de los mismos y la relación con el tema.

El concepto de transexualidad es relativamente actual y novedoso, pero existen diversas manifestaciones a lo largo de la historia que, aunque no se reconocieran como tal, demuestran que no es un hecho reciente (anexo 1). Mucho antes de que apareciera el concepto de transexualismo ya se observaban manifestaciones claras de personas transexuales. Actualmente, el conocimiento sobre este colectivo ha evolucionado y avanzado; por lo tanto, para poder comprender mejor esta patología se debe conocer el estado actual de la situación tanto a nivel nacional como internacional.

▪ TRANSEXUALISMO EN EL MUNDO

Son pocos los estudios sobre la estimación de la transexualidad, pero se puede observar cómo en la mayoría de los países donde se ha estudiado hay una incidencia de la transexualidad entre el 0,14 y el 0,26 por cada 100.000 habitantes y año. En la siguiente tabla, extraída de “Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial”, aparecen estas estimaciones por países (8):

Países	Años	Autores	Incidencia	Razón de sexos hombre/mujer
Inglaterra y Gales	1966-1968	Hoening y Kenna (1979)	0,17-0,26	1/1
Suecia	1967-1970	Walinder (1971)	0,15	1/1
Suecia	1968-1978	Landén et al. (1996)	0,17	1/1
Dinamarca	1970-1977	Sörensen y Hertoft (1980)	0,21	2,8/1
Suecia	1972-1992	Person y Ovesey (1979)	0,14	1/1
Australia	1976-1978	Ross et al. (1981)	0,58	5/1
Polonia	1974-1980	Godlewski (1988)	—	1/5,5
Singapur	1971-1985	Tsoi (1988)	1,58	2,9/1
Alemania	1981-1990	Weitze y Osburg (1996)	0,21-0,24	2,3/1
Alemania	1970-1994	Garrels et al. (2000)	—	2:1
Suecia	1972-2002	Olsson y Möller (2003)	0,19-0,26	1,3/1-1,9/1

Según los datos del “Transgender EuroStudy”, existe la evidencia de un crecimiento de la población transexual, sobre todo desde los últimos 5 años. Sin embargo, se encuentran limitaciones para realizar una estimación del número de personas debido a la falta de datos estadísticos. El problema para saber el número real de personas es el criterio con el que se mide la población: existen diferencias a la hora de tratar este problema o dejar de hacerlo, puesto que se puede recurrir a cirugía de reasignación sexual, a tratamiento hormonal o rechazar cualquier intervención médica al respecto. Es difícil crear un criterio de selección, aunque se afirma el crecimiento exponencial de esta población con una relación cercana al 1:1 entre los asignados hombres y mujeres al nacer (9).

En los últimos 15 años se ha producido un importante cambio en la comunidad transexual, debido principalmente al fácil acceso a internet desde la década de 1990, así como a la posición de muchas mujeres trans en la vanguardia de la tecnología y la información, hecho crucial para desarrollar una nueva —geográficamente extendida y no aislada— comunidad transexual. Es un fenómeno relativamente “joven”, ya que las primeras personas sometidas a cambio de sexo son de los años 60, 70 y 80. Gracias a su aparición pública, el panorama político, jurídico y social es muy diferente al de aquella época y sigue evolucionando (9).

Actualmente, dentro de la Unión Europea, 14 de los Estados (BE, DK, ES, FR, IT, LV, HU, NL, AT, PL, SK, FI, SE, UK) entienden la discriminación al colectivo transexual como una forma de discriminación sexual; otros 11 Estados (BG, CZ, EE, IR, EL, LT, LU, MT, PT, RO, SI) no tienen legislación o jurisprudencia para establecer esta forma de discriminación; y, por último, 2 de los Estados (DE, CY)¹ tratan este tipo de discriminación como discriminación por orientación sexual. El Tribunal de Justicia de la Unión Europea ratificó, el 27 de abril de 2006, que la discriminación por motivos de cambio de sexo tiene que ser considerada como discriminación por razón de sexo. Las legislaciones más avanzadas son la Ley húngara de igualdad de trato, que incluye la identidad sexual como una de las causas de discriminación, y la del Reino Unido, que considera que una persona que tenga un certificado de reconocimiento de sexo completo no puede ser discriminada (5). Esta ley podría entrar en conflicto con el diagnóstico actual del TIG que aún se encuentra en el DSM-IV, lo cual confirma la poca sensibilización que hay sobre este tema tan nuevo, en el que todavía se debe trabajar (10).

La medicina, y todo lo que ella conlleva, está condicionada cultural y temporalmente por la época y la sociedad en las cuales se desarrolla. Este condicionamiento se debe tener en cuenta a la hora de hablar de lo que es patológico, pues lo que hoy se considera una enfermedad quizá no lo será dentro de un tiempo, como ha sucedido por ejemplo en el caso de la homosexualidad, considerada hasta hace poco un trastorno mental. Esta es una observación muy importante al tratar con personas trans, para evitar caer en el error de considerarlas como enfermos por no cumplir con lo que la sociedad establece como “normal”. De hecho, desde la medicina se está investigando sobre la posibilidad de que la transexualidad no sea un trastorno psiquiátrico, sino a nivel biológico. Esto debería hacernos reflexionar sobre la evolución que está teniendo este fenómeno y, por lo tanto, olvidar los prejuicios establecidos a lo largo del tiempo para tratar a este colectivo. (11)

En EEUU, los análisis de las encuestas de 2007 y 2009 sugieren que el 0,5% de los adultos de 18-64 años se ha identificado como transgénero. En 2002 un estudio de Lynn Conway apunta que entre el 0,5% y el 2% de la población se siente transgénero, y entre el 0,1% y el 0,5% toma medidas para realizar el cambio de sexo (12). Utilizando los datos actuales sobre la frecuencia anual de la cirugía de reasignación de sexo, Conway ha estimado la prevalencia del transexual de hombre a mujer en tan solo 1 de cada 500 y un máximo de 1 de cada 250 personas que pasan de mujer a hombre (7).

¹**Aclaración siglas:** BE: Bélgica; BG: Bulgaria; CZ: República Checa; DK: Dinamarca; DE: Alemania; EE: Estonia; IE: Irlanda; HU: Hungría; MT: Malta; NL: Países Bajos; AT: Austria; PL: Polonia; PT: Portugal; RO: Rumanía; SI: Eslovenia; SK: Eslovaquia; FI: Finlandia; SE: Suecia; UK: Reino Unido; EL: Grecia; ES: España; FR: Francia; IT: Italia; CY: Chipre; LV: Letonia; LT: Lituania; LU: Luxemburgo.

La legislación establecida en EEUU en relación con los transgénero se concentra principalmente en evitar la discriminación en el ámbito laboral, aunque actualmente no existe ninguna ley federal que proteja a este colectivo. Sin embargo, se están produciendo avances en este tema a nivel jurídico. En el Acta de Derechos Civiles de 1964, título VII, se prohíbe la discriminación laboral por razón de sexo, pero no ha sido sino recientemente —en la Corte de Apelaciones de EEUU para el Sexto Circuito— cuando se ha considerado a los transexuales dentro de esa ley para protegerlos. En vista de la falta de una clara legislación federal sobre el tema, muchas jurisdicciones estatales y locales han creado leyes que prohíben la discriminación en contra de las personas transgénero en el empleo (7).

- **TRANSEXUALISMO EN ESPAÑA**

Igual que en el resto de los países, es difícil precisar la población transgénero en España. No obstante, hay estudios sobre estimaciones y cierta legislación a nivel nacional. En el año 2009 se realiza una comparativa en Euskadi y el resto de España sobre la prevalencia de transexuales. Se estima que, en 2008, habría en Euskadi un total de 108 personas trans, de los cuales 76 son mujeres y 32 hombres, mientras que en el resto de España se estiman 2.292 personas transexuales, 1.632 mujeres y 606 hombres. Con estos datos y según la incidencia, la previsión es que haya cada año 3 nuevos casos en Euskadi y 67 en el resto de España (13).

Para conocer el estado de la situación en Andalucía y Cataluña, en 2011 se realiza un estudio sobre las demandas de atención en las unidades de identidad de género entre los años 2000 y 2009. Se puede, por tanto, hacer una estimación del número de casos de transgénero que solicitan atención médica, pero no del número real. Los resultados muestran que las solicitudes de asistencia ascendieron a 828 en Andalucía y a 549 en Cataluña. En Andalucía la demanda fue de 79,4 nuevas visitas al año, mientras en Cataluña la demanda media durante los primeros cinco años fue de 34,3, y desde el 2006 al 2009 se observa una media estable de 80,3 nuevas visitas al año. En cuanto a razón de sexos, se observa un predominio mayor de mujeres transexuales tanto en Andalucía (1,6:1) como en Cataluña (2,1:1) (14).

La legislación más actual en España es del año 2007, Ley 3/2007 reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Esta ley reconoce la transexualidad como un hecho ampliamente estudiado por médicos y psicólogos, y afirma que es una realidad social que requiere de una respuesta legislativa. Permite también el cambio de sexo con el cual fue registrada la persona al nacer y de nombre en la identificación de la persona, siempre y cuando haya sido sometida a reasignación sexual y pueda acreditarlo debidamente, para que no haya discordancia entre su sentimiento de género y su nombre (15).

Este cambio busca garantizar el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas (15). Con esta legislación que “obliga” a los transgénero a someterse a intervención quirúrgica o a tratamiento hormonal para poder ser reconocidos con el sexo con el que se identifican, podemos ver cómo seguimos viviendo en una sociedad sexual en la que se entiende el género en base a los genitales y al cuerpo, y no según los sentimientos o roles que adquiriera la persona. Por más que la ley actual busque ayudar a este colectivo para evitar esa discordancia entre su identificación legal y su sentimiento respecto a ser hombre o mujer, los condiciona a someterse a tratamiento si quieren cambiar esta situación.

La sociedad determina los “límites” de inclusión en la misma y sentirse incluido en un grupo ofrece seguridad a las personas, poder considerarse en la categoría de hombre o mujer da seguridad. Por ello, se puede comprender la angustia que pueden tener las personas con trastorno de identidad de género por el hecho de sentirse “aisladas” de la sociedad al no cumplir esos límites establecidos respecto a lo que es ser hombre o mujer.

Para poder aprobar la ley de 2007, se reformó el artículo 54 de la Ley del Registro Civil de 8 de junio de 1957, garantizando el derecho de las personas a la libre elección del nombre propio, se deroga la prohibición de inscribir como nombre propio los diminutivos o variantes familiares y coloquiales que no hayan alcanzado sustantividad (15).

Basándome en mi experiencia profesional en una clínica de cirugía plástica, donde he podido entrar en contacto con personas transexuales, y comparándola con mis períodos de prácticas y las dudas que surgían a los profesionales sobre este tema, considero que el personal de enfermería o bien carece de conocimientos sobre esta realidad, o bien son incompletos, salvo en el caso de personas que se dedican a un ámbito que trata habitualmente con personas con TIG. Mi búsqueda bibliográfica ha reforzado esta idea previa, ya que he constatado una falta de documentación sobre la transexualidad y los cuidados correspondientes de enfermería.

- **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

La hipótesis de este estudio es la siguiente: el personal enfermero no posee los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el cuidado de las personas con trastorno de identidad de género. Los objetivos principales planteados son evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de enfermería sobre los trastornos de identidad de género y comparar la competencia de enfermería en distintos niveles asistenciales. A un nivel más específico, este estudio pretende detectar áreas de interés para realizar planes de mejora y averiguar si existen diferencias notables en la competencia sobre este tema entre los distintos ámbitos asistenciales de enfermería.

La elección de este tema viene dada por diversos motivos. En primer lugar, un interés personal por adquirir conocimientos e información contrastada sobre este tema, ya que he podido estar en contacto con este colectivo y, como futura profesional, creo importante comprobar que la realidad que he conocido coincide con la estudiada. Además, desde mi visión como enfermera, creo que es un tema interesante y de actualidad, ya que la normalización y aparición de estos casos es cada vez más común. Asimismo, uno de los diagnósticos NANDA es el trastorno de identidad personal, definido como: "Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo", de modo que es también competencia de enfermería saber cómo tratar a estos pacientes (16). Dedicar un estudio a este objetivo puede, efectivamente, ayudarnos a realizar propuestas de mejora a nivel de educación o formación para que los profesionales comprendan y cuiden mejor a sus pacientes.

Siguiendo la posición de Henderson, la principal función de enfermería es la atención de las personas, tanto enfermas como sanas, para llevar a cabo conductas de salud o para restablecerla, potenciando la autonomía e independencia del paciente. Para llevar a cabo esta atención se debe comprender a la persona como un ser integral, bio-psico-socio-cultural y espiritual, dentro de un entorno dinámico (17). El hecho de trabajar en este estudio con enfermería no experta en el tema remite a la idea de Benner, según la cual los profesionales van adquiriendo aprendizajes basados tanto en experiencias propias como de otros, ya que en la práctica diaria se encuentran con emociones, comportamientos éticos y sociales del cuidado que son tan importantes como la técnica y la teoría (18).

Como señala Benner, a medida que se adquieren estos aprendizajes, los conocimientos clínicos se mezclan con los prácticos y los teóricos. Observó que el conocimiento basado en la experiencia es más rápido y seguro cuando se construye sobre una base educativa sólida. Establece asimismo los distintos niveles en los que se puede encontrar un profesional, de novel a experto, y que en cada uno se deben crear distintas estrategias para el aprendizaje (19).

Finalmente, querría añadir una última reflexión. Actualmente, sobre todo en España, vivimos en una sociedad genitalista que considera el ser hombre o mujer en base al sexo. Para tratar de forma adecuada al colectivo transgénero, se debería reestructurar esa creencia social, como dijo Foucault: "la idea de que, al fin y al cabo, se debe tener un sexo verdadero está lejos de haber desaparecido por completo. Sea cual sea la opinión de los biólogos sobre este punto, se mantiene, aunque sea difusamente, la creencia de que entre el sexo y la verdad existen relaciones complejas, oscuras y esenciales —no solo en la psiquiatría, el psicoanálisis o la psicología, sino también entre la gente de la calle—.” Así pues, Foucault afirma que, aunque se es un poco más tolerante, la sociedad todavía “ve mal” a un hombre débil o a una mujer muy viril, sigue con unos estereotipos de lo que es masculino y femenino, y de qué sexo debe ser cada uno (20). Estas afirmaciones fueron realizadas en 1980 y en gran parte de la sociedad actual siguen siendo válidas.

Para alcanzar una normalización de trato, en cualquier ámbito, se debe romper la estigmatización sobre los TIG. Para ello existen movimientos trans muy ligados a las teorías Queer y al movimiento feminista. Como dice Missé: “Modificaciones hay de todo tipo y reversibilidad: hay quirófanos, pero también hay peluquerías, zapaterías, tatuajes, cosmética, ropa, etc.”. Existe una presión social en torno al cuerpo, no solo en los transexuales, que crea la idea de que para ser felices debemos modificarlo. De distintas formas, todos nos “customizamos” para acercarnos a esa imagen “ideal” deseada (21).

Desde enfermería, deberíamos intentar no caer en prejuicios para poder tratar a las personas de forma holística e individualizada, no como transgénero, sino como seres bio-psico-sociales y culturales con un entorno y unas circunstancias personales.

METODOLOGÍA

• DISEÑO

Para llevar a cabo este proyecto de investigación y resolver de forma más adecuada el objetivo planteado, realizaré un estudio cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo y correlacional. He elegido una metodología cuantitativa ya que, según Burns y Grove, “la investigación cuantitativa es un proceso formal, objetivo, sistemático, en el que se usan los datos numéricos para obtener información sobre el mundo” (22). Si se relaciona esta definición con mi objetivo, se puede concluir que es el tipo de estudio más adecuado, ya que busco obtener información de una realidad para dar respuesta a mi hipótesis. Además, las principales características de los estudios cuantitativos son, según Reichart y Cook (23):

Características de los estudios cuantitativos
Investigación basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Medición penetrante y controlada
Objetiva
Inferencia más allá de los datos
Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al resultado
Datos “sólidos y repetibles”
Generalizable
Particularista
Realidad estática

Dentro de la investigación cuantitativa, he optado por un estudio que sea no experimental, debido a las características (variables) que pretendo estudiar: la competencia para el cuidado de enfermería sobre los TIG no admite manipulación, de modo que el efecto de la misma no puede estudiarse experimentalmente. El motivo principal de que, dentro del estudio no experimental, haya escogido a su vez el descriptivo se explica porque este tipo consiste en observar, describir y documentar una situación que ocurre de forma natural, no manipulada. Asimismo, he decidido que sea correlacional porque en estos estudios no se controlan las variables independientes, sino que se describe la relación entre las mismas, y ello se adecua perfectamente a mi objetivo inicial para este proyecto. Finalmente, este estudio será transversal porque observa y analiza el proceso en un momento determinado del tiempo (24).

- **SUJETOS DEL ESTUDIO**

La población diana será el personal de enfermería titulado de España, la población de estudio o accesible será el personal de enfermería titulado de Cataluña y la muestra será tomada del personal de enfermería titulado de Barcelona ciudad, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, siendo los de inclusión la titulación de enfermería y ejercer la profesión en el momento del estudio. Siguiendo los criterios de exclusión, se rechazarán los sujetos que, aunque cumplan los criterios de inclusión, puedan comprometer la calidad de los datos o la interpretación de los resultados.

Teniendo en cuenta los riesgos, la muestra seleccionada podría no ser representativa del resto de la población diana, por lo que se intentará que las oportunidades para acceder al estudio sean iguales para toda la población sin riesgo de crear un sesgo de selección, y para ello realizaremos un muestreo aleatorio (24). La selección de la muestra se realizará mediante el muestreo aleatorio estratificado, donde se separará al personal de enfermería por subgrupos, creados a partir del ámbito asistencial en el que ejerzan: hospitalario, ambulatorio, sociosanitario. La selección de los sujetos dentro de cada grupo se realizará al azar, pero teniendo en cuenta la distribución de la población dentro de cada estrato para mantener así la misma proporción de individuos y, por lo tanto, para que la muestra sea representativa de la realidad (25). Para escoger el número de muestra necesaria debemos tener en cuenta el nivel de confianza ya que, cuanto mayor es el intervalo de confianza, mayor debe ser el número de la muestra para evitar el error. Para este estudio, el nivel de confianza será del 95%, así que tendremos una $p = 0,005$ y z (error típico) = 1,96. Se calculará la muestra necesaria con la siguiente fórmula (26):

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N-1)}{z^2 pq}}$$

Donde:

n	Tamaño de la muestra que deseamos conocer
N	Tamaño conocido de la población que conocemos
e	Error muestral
pq	Varianza de la población
z	Valor de z correspondiente al nivel de confianza

- **VARIABLES**

La variable dependiente será la competencia del personal de enfermería para los cuidados de las personas con trastornos de identidad de género, comprendiendo dentro de la competencia los conocimientos, habilidades y actitudes. Las variables independientes, relacionándolas con el modelo de Benner mencionado anteriormente, serán el personal de enfermería con titulación del ámbito hospitalario, del ambulatorio y del sociosanitario, teniendo en cuenta dentro de cada ámbito el personal que haya tenido contacto con este colectivo —siendo así más experto en el tema— y el personal que no esté en contacto en su práctica diaria con este colectivo —por lo tanto, menos experto. En este estudio, tanto la variable dependiente como las independientes son variables ordinales o semicualitativas, ya que las categorías establecen un orden pero no se puede afirmar que la diferencia observada entre un valor y otro sea la misma (25).

- **INSTRUMENTOS**

El método para recoger los datos de investigación será un cuestionario de elaboración propia en el que se evaluará la competencia para los cuidados de las personas con TIG. Este será de autocumplimentación y el medio por el cual llegará al encuestado será personal (de manos del encuestador). En primer lugar se realizarán las preguntas filtro y generales, para poder separar a los encuestados en subcategorías; seguirán luego las preguntas más específicas de los TIG para dar respuesta al objetivo del estudio, donde habrá tres categorías: preguntas sobre conocimientos, habilidades y actitudes. Estas preguntas serán creadas en base a la bibliografía consultada sobre el tema. El cuestionario constará de preguntas cerradas con múltiples opciones de respuesta.

Una vez realizado el cuestionario, y al ser de elaboración propia y no validado, se llevará a cabo una prueba piloto con una muestra inferior a la necesaria, con el objetivo de detectar errores y dificultades que puedan alterar los datos, revisar los resultados y hacer las correcciones necesarias para preparar el cuestionario definitivo de cara a la realización del estudio.

- **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Antes de iniciar este análisis se comprobará que los datos no tienen errores, analizando cada variable por separado. El análisis de los datos será inferencial y descriptivo, ya que el objetivo es realizar una estimación a partir de los resultados obtenidos de la muestra sobre el conjunto total de la población con la finalidad de realizar el contraste de la hipótesis formulada (25).

Las medidas para realizar la descripción de las variables ordinales, con el objetivo de resumir la información de los datos y extraer la más relevante, serán: la frecuencia absoluta y la relativa, el porcentaje y el porcentaje acumulado, la frecuencia absoluta y relativa acumulada, la moda, la mediana y los percentiles. La representación gráfica de estas variables se realizará con el diagrama de barras, donde encontraremos en el eje de las abscisas los valores de las variables y, en el de las ordenadas, la escala de frecuencias en las que se presenta cada uno de los valores de las variables.

Para aplicar el análisis inferencial y descriptivo, en primer lugar se deberá realizar una estimación de parámetros para conocer el valor de los mismos en la población a partir del estudio de los estadísticos en una muestra. Los estimadores más frecuentes en Ciencias de la Salud son la proporción muestral, para estimar la proporción de la población, y la media muestral para estimar la media poblacional. Existe un margen de error por el hecho de trabajar con muestras y no con el total de la población; este es el error aleatorio que, a mayor cantidad de muestra, menor será. También encontraremos el error estándar, el cual mide la variabilidad entre las diferentes medias de muestra. Para tener en cuenta estos errores en los resultados del estudio, se determina un intervalo de confianza, en este caso del 95% (25).

El siguiente paso dentro del análisis inferencial es el contraste de hipótesis para dar respuesta a la planteada al inicio del estudio. Para hacer este contraste tendremos una hipótesis nula (H_0), que es la aceptada de forma provisional y sometida a comprobación; si se acepta esta hipótesis, afirmamos entonces que no hay diferencias en los resultados obtenidos o que las que hay son debidas al azar; la otra hipótesis será la alternativa (H_1), la cual servirá para rechazar la nula y, por tanto, para afirmar que hay diferencias significativas estadísticamente. El nivel de significación estadística, usado para no rechazar la H_0 si es cierta, será de 0,05. El valor p , en relación con el nivel de significación establecido, será $<0,005$. Para resolver el contraste de hipótesis se realizará la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado ya que, al ser las variables del estudio ordinales, se las considera variables cuantitativas que no siguen una distribución normal; con esta prueba se busca la relación entre la variable dependiente y las independientes (25).

- **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Las limitaciones de este estudio son diversas. En primer lugar, encontramos una limitación de territorio que puede provocar que los resultados obtenidos no sean extrapolables a otras comunidades autónomas o zonas. El estudio está centrado en las enfermeras de Barcelona ciudad y esto puede provocar diferencias en los resultados que obtendríamos en zonas rurales u otras ciudades de España.

Otra limitación que podemos encontrar es la dificultad para acceder a toda la muestra necesaria o para coordinar horarios para la realización del cuestionario. Para solucionar esta limitación, se intentará disponer de un horario flexible y que se adapte a las necesidades de los participantes en el estudio.

Por último, me encuentro con la limitación de ser este el primer proyecto de investigación que realizo y, por lo tanto, como clasificó Benner, al ser una investigadora novel en este aspecto puedo cometer errores. Para solucionar esta última limitación, consultaré y me apoyaré en un grupo de expertos sobre investigación cuantitativa.

- **ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS**

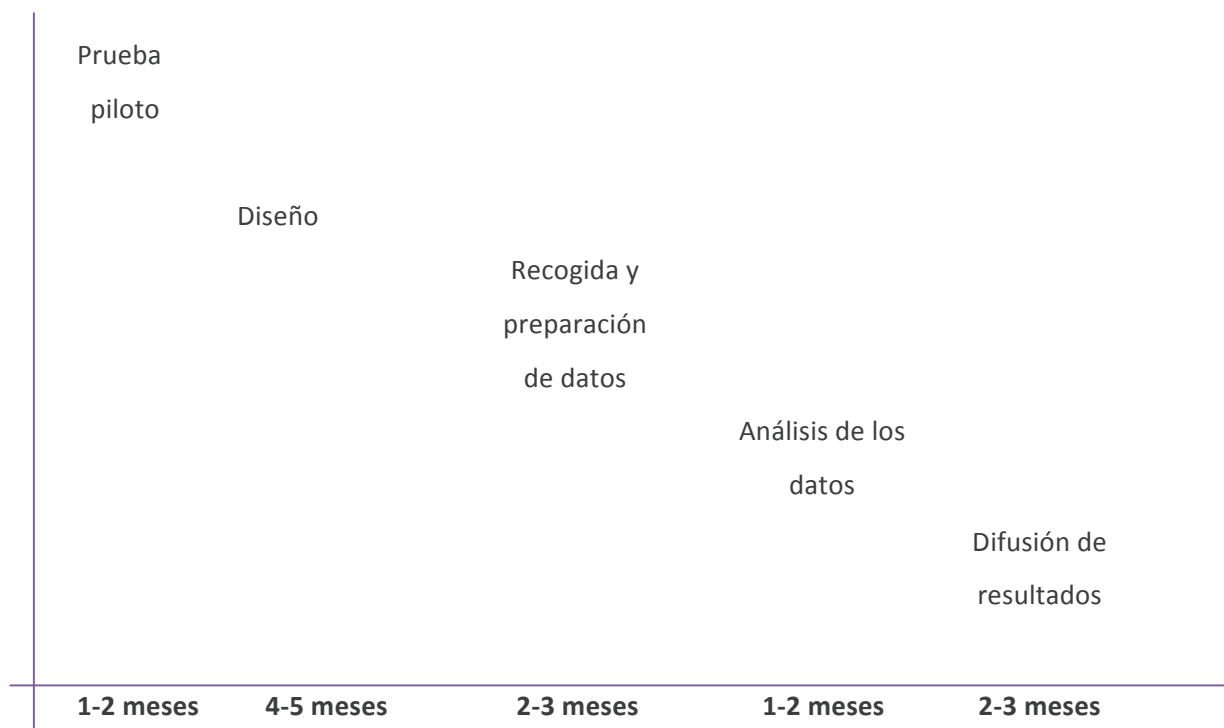
Debido a que en esta investigación se trabaja con personas, este estudio se realizará siguiendo unos códigos éticos, teniendo en cuenta los principios de no maleficencia y beneficencia humana, garantizando que no se sufrirá daño ni se expondrá a situaciones a las que los participantes no estén preparados e informados. Se garantizará que el objetivo de este estudio es conseguir un beneficio para la sociedad o la comunidad sanitaria. Se respetará en todo momento la dignidad humana y la privacidad de los participantes, así como su confidencialidad y anonimato (24). Para garantizar el anonimato se evitará registrar nombres, teléfonos, DNI o cualquier otro documento de identificación personal; para preservar la confidencialidad únicamente tendrán acceso a los datos el ayudante necesario y yo misma como investigadora. Para conseguir un buen resultado y velar por la intimidad del encuestado, se dispondrá de un espacio privado donde cumplimentar el cuestionario; en este espacio solo estará el investigador, el ayudante y la persona encuestada.

Para que todo esto quede perfectamente claro, realizaré un consentimiento informado (CI) en el que los participantes afirman entender todos los puntos mencionados anteriormente y consienten participar en esta investigación (24). Este CI se pasará previamente a la encuesta asegurando así que los participantes comprenden todos los puntos y acceden a participar de forma libre y sin coacción. Además, se solicitará la acreditación del Comité Ético de Investigaciones Clínicas Parc de Salut Mar.

- **RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

Para poder llevar a cabo este proyecto se requieren diversos recursos, tanto humanos como materiales. En primer lugar, dentro de los humanos, será necesario acceder a la muestra de la población, así como mi presencia y la de un ayudante para poder aclarar dudas a los participantes, explicar adecuadamente el objetivo, servir de guía y recoger los datos. Como recursos materiales será necesario un cuestionario, de elaboración propia, un espacio tranquilo e íntimo donde realizar las entrevistas y material informático para la posterior selección de los datos, análisis e interpretación.

- **CRONOGRAMA**



La fase de recogida y preparación de datos para el análisis, así como la prueba piloto, dependerá en gran medida de la cantidad de población a la que se deba acceder. Toda esta planificación se puede ver alterada por el hecho de que trabajamos con personas y pueden surgir complicaciones que no se pueden prever.

CONSIDERACIONES FINALES

Este proyecto de investigación me ha servido, en primer lugar, para obtener una visión científica sobre los trastornos de identidad de género, un tema que siempre me ha llamado la atención y sobre el que quería profundizar un poco más. Además, me ha ayudado a saber lo que es diseñar un estudio partiendo de cero y las complicaciones que pueden surgir. Este trabajo, como cualquier otro estudio, tiene puntos fuertes y débiles que he ido detectando y trabajando a lo largo de estos 6 meses.

Empezando por los puntos fuertes, creo que este trabajo trata sobre un tema innovador y poco estudiado, aunque cada vez es más común y que, por este motivo, es importante conocer desde enfermería. Considero que he conseguido realizar una buena búsqueda bibliográfica que me ha permitido consolidar una base teórica para el desarrollo del proyecto y, asimismo, para situar al lector en la realidad actual de este problema, tanto a nivel nacional como internacional. Para conseguir esta base teórica he integrado, a lo largo del trabajo, distintos campos relacionados con la salud y los cuidados que hemos ido trabajando a lo largo de estos 4 años de carrera. Ámbitos como la epidemiología y bioestadística, la antropología, la ética y legislación, la metodología de estudio y la disciplina enfermera. Además, es un trabajo realizado con vocabulario científico y académico a lo largo de toda la redacción y basado siempre en evidencias, con un contenido y orden coherentes, y con la estructura propia de los trabajos académicos.

Como puntos débiles, empezaría indicando la dificultad con la que me he encontrado a la hora de diseñar un estudio sin la experiencia necesaria para estar segura de qué métodos, muestra, variables, etc., serían los más adecuados para los objetivos del estudio. Por ello, he tenido que dedicar mucho tiempo a la búsqueda bibliográfica relacionada con metodología de estudio para encontrar, de esta manera, el diseño que mejor se adaptara al estudio y que mejor pudiera dar respuesta al objetivo. Otra de las dificultades que me he encontrado, y que he intentado superar, ha sido imprimir al trabajo una perspectiva enfermera; dificultad debida en parte a la falta de bibliografía relacionada con este tema desde una visión enfermera, aunque creo que he podido hacerlo. Por último, uno de los mayores problemas que he tenido ha sido realizar una descripción del problema más crítica y reflexiva, y no simplemente descriptiva; problema superado finalmente gracias a todas las lecturas que he realizado y con las que he podido formar un juicio propio sobre el tema, añadiendo así esos dos puntos que quedaron por mejorar al principio y obteniendo al final un discurso crítico, reflexivo e integrador.

Mi grado de satisfacción es muy alto, ya que considero que he ido evolucionando y dándole forma a la idea inicial de la que surgió este trabajo. He mejorado objetivos como la organización y planificación, cumpliendo los plazos de entrega y estructurando con un orden lógico y coherente el trabajo, y otros relacionados como la gestión de la información o el diseño del proyecto. He podido, además, mejorar en el uso del lenguaje científico y académico en mi propia lengua y en la extranjera, ya que he tenido que realizar muchas lecturas de artículos en inglés para conocer el estado de la cuestión a nivel internacional. Con la realización de este trabajo, he repasado también normas éticas y legislativas relacionadas con la enfermería y el trato a las personas, dejando constancia en el proyecto de que se tienen en cuenta y se respetan. He podido relacionar este proyecto, tanto el diseño como el marco teórico, con dos teóricas enfermeras para no perder esa visión de mi disciplina a lo largo del trabajo, pudiendo basarme en estas para la búsqueda de objetivos y la realización del diseño. Cualquier teoría, método o información que he utilizado para este trabajo está basada en evidencias científicas, obteniendo la información de bases de datos reconocidas y comprobando que la información que he ido obteniendo era fiable y contrastada para poder realizar una buena base teórica y desarrollar, a la vez, mi propio juicio enfermero en relación con este tema. Por último, con la realización de este trabajo y para ir al día en las tutorías, he desarrollado mayor capacidad de autocrítica que ha coincidido luego con la realidad del trabajo; de modo que he podido ir avanzando, revisando de forma crítica y teniendo en cuenta los aspectos científicos y de calidad. Además, para resolver los problemas que he ido encontrando o que me ha indicado mi director del TFG, he ido proponiendo soluciones, generando nuevas estrategias o informándome para mejorar.

Después de realizar esta reflexión final, puedo concluir diciendo que estoy muy satisfecha por la evolución que he realizado con este trabajo y por el contenido del mismo. Creo que he alcanzado de forma satisfactoria los objetivos generales y específicos de esta asignatura, realizando siempre el trabajo en base a los ítems de la rúbrica de evaluación, cumpliendo también los objetivos personales que me he ido marcando a lo largo del trabajo y he ido superando las metas que me he encontrado durante la realización del proyecto. Asimismo, he podido integrar muchas de las materias que he hecho durante la carrera para darle una visión transversal al trabajo.

ANEXOS

Anexo 1: Tabla extraída de “La historia del Transexualismo” (27)

Periodo	Ref.	Pais	Evento
1490 A.C.		Egipto	La Regente Hatchepsout se hace pasar por Rey (Faraón) vistiéndose como un hombre y llevando barba postiza. (Pudo haber sido un rol llevado a cabo con el propósito de obtener el puesto de faraón solamente)
400 A.C.		BU	Algunos adivinos, augureros, zahoríes y chamanes de la tribu de los Scythes, llamados Enariens, estaban censados como impotentes y como tales debían llevar vestimentas femeninas y hablar con una voz femenina para alcanzar el contacto con los Dioses (citado por Hipócrates).
100 D.C.		Grecia	Los phrygiens de Anatolia castraban a los hombres que se sentían mujeres y les permitían llevar el rol social de mujeres (proyecto propuesto por el escritor satírico Juvenal para la integración de ciertos ciudadanos romanos).
204-222	[7]	Italia	El Emperador Elagabal se viste de mujer y se hace llamar Emperatriz, exhibe sus senos y sigue la procesión de los adoradores de la diosa Cibeles en simulación de una castración. El introdujo el culto solar sirio y murió asesinado.
~200	[7]	Siria	Clérigos eunucos afeitados y vestidos de mujer veneran a la Diosa Atargatis en Hiéropolis (Siria) -Citado por los antiguos autores Luciens y Apulée en “El Año de Oro” en el Siglo II.
~200	[7]	Italia	Culto a la Diosa Cibeles difundido por todo el Imperio Romano.
1200		Alemania	Ulrich Von Lichtenstein se pasea vestido de mujer llevando unas trenzas postizas y se hace llamar la reina “Vénes”.
1600		Suecia	Cristina de Suecia, elevada a Hombre, muestra una actitud y un comportamiento extrañamente masculinos.
1727	[8]	Francia	Publicación póstuma de las memorias de Abbé de Choisy, que pudo ser el primer testimonio autobiográfico de su práctica de travestismo. (Se desconoce si padecía Transexualismo).
27/08/1777	[9]	Francia	El Rey Luis XVI condena a Chevalier d'Eon a llevar ropas femeninas por el resto de su vida, por haber desobedecido al rey. Este personaje tenía la costumbre de vestirse de mujer en algunas de sus misiones secretas en el extranjero, lo cual a pesar de diversas advertencias reales, él continuaba haciendo. Según ciertas interpretaciones, esta condena no sería más que un pretexto para impedirle matar en duelo a una persona importante ya que el Chevalier d'Eon era conocido como una “fina lámina de espada”. El hizo enseguida reclamo de esta decisión varias veces. Seguidamente al rechazo reiterado de su reclamo, él se exilia en Inglaterra donde finalmente muere en 1810 en plena pobreza.
~1850		Inglaterra	Primera afirmación de ser “transexual” y lucha por su reconocimiento por el escritor y poeta inglés Quentin Crisp.

1880	[10]	Francia	Primer caso de Transexualismo inducido. Un chico de rasgos femeninos se encontraba en una situación indeterminada sexualmente al nacer. Fué ingresado por error en un internado religioso como niña, en Bretagne, y no fué descubierto debido al ambiente puritano que impedía a los niños verse desnudos o levantarse sus ropas. Este joven chico no podía desprenderse de su educación como niña a pesar de que sus impulsos instintivos sexuales estaban orientados hacia las mujeres. Se le propone rehacer su vida en los Estados Unidos donde finalmente termina por suicidarse. (Este singular caso demuestra que la identidad de género no puede imponerse por medios ambientales pues la fuerza de la naturaleza es mucho más poderosa y persistente que la educación recibida).
1889	[8,9]	Austria	Primera descripción de Transexualismo genuino (moderno Síndrome de Harry Benjamin) por los profesores Krafft-Ebbing y Havelock Ellis.
1921	[4]	Alemania	El caso de Rudolf operado(a) en Dresde (RDA) en 1921, más otras dos veces en 1930 para obtener la apariencia de una
			mujer, en la más absoluta discreción por el asistente del doctor Magnus Hirschfeld, el asistente Felix Abraham.
1929-1930	[2,4]	Alemania	Primer intento de un trasplante de ovarios y órganos sexuales femeninos obtenidos de una joven mujer de 26 años, por los cirujanos sexólogos de la Clínica de la Mujer de Dresde, para ser injertados en el pintor danés Einer Wegener quién se hacía llamar Lili Elbe. Falleció al año siguiente de la operación. Según la versión biográfica falleció de una crisis cardiaca, pero más posiblemente falleció de un rechazo al trasplante poco después de su segunda operación. Es enterrada en Dresde con su nombre de mujer. Maurice Rostand se inspira en este caso para escribir su novela "El hombre que se vuelve mujer".
~1930		Dinamarca	Despenalización de las castraciones terapéuticas.
1938		Francia	Primera descripción de un caso de Transexualismo en Francia por el psiquiatra francés Esquirol, quién lo denominó "inversión genital".
1943		Alemania	Los médicos nazis inducen un Transexualismo artificial por tratamiento hormonal a los prisioneros. Existen dos casos bien documentados, el de un polaco en el campo de concentración de Auchwitz y el de Marie-Andrée Schwidenhammer en el campo de Strudoff. La señorita Schwidenhammer, hoy en día fallecida, fundó la Asociación de los Enfermos Hormonales (AEH) para poder ayudar a las víctimas de tales prácticas.
1949		USA	El psiquiatra D.O. Cauldwell publica <i>Psychopatia Transexualis</i> .
~1951		Francia	Primer empleo del término Transexualismo en Francia por los profesores Deniker y Delay.
1951		Dinamarca	Primera operación exitosa de reconstrucción genital llevada a cabo por el cirujano Anderson.
3/12/1952		Dinamarca	Operación de reconstrucción genital de Christine Jorgensen por los profesores Christian Hamburger (endocrinólogo), Sturup y Dahl Iverson, en el Instituto del Suero de Copenhague, dando lugar a una importante cobertura mediática internacional.

~1952-1953		USA	El Doctor Harry Benjamin introduce el término Transexualismo en la comunidad médica internacional tras su primer contacto con su primer paciente con Transexualismo genuino en 1948.
1953	[13]	Inglaterra	Operación de reconstrucción genital de un antiguo piloto de la RAF, Roberta Cowell. Mrs. Cowell que tenía dos hijos inició su tratamiento hormonal tras un repentino shock producido por un accidente de avión. La suya es la primera autobiografía de una historia real de Transexualismo.
1953		Marruecos	El Doctor Georges Burou da comienzo a sus operaciones de reconstrucción genital en su clínica de Casablanca.
1954	[14]	USA	Primer estudio presentado oficialmente a la comunidad médica por el Doctor Harry Benjamin quién diferencia el Síndrome como el mismo lo denomina de una perversión o de la homosexualidad.
1962	[3]	Francia	Obtención del primer cambio de estado civil en Francia por Cocinelle, alias Jacques/Jacqueline-Charlotte Dufresnoy, operada en 1958 en Casablanca, tras su matrimonio por la iglesia con un periodista. Este cambio de estado civil causó un escándalo mediático de gran envergadura no superado hasta el enjuiciamiento de Saint-Etienne en 1978. Tras este juicio los tribunales franceses demandaban el análisis cromosómico condujente a rechazar todas las reclamaciones de modificación registral de sexo en el estado civil.
1966		USA	El Doctor Harry Benjamin publica “ <i>El Fenómeno Transexual</i> ”, primer trabajo extensivo que describe y explica el tratamiento del Transexualismo (moderno Síndrome de Harry Benjamin).
1966	[15]	USA	Estudio y primera tentativa de explicación precisa del problema del Transexualismo por Robert Stoller.
1972		Suecia	Primer país europeo en legislar en favor de la posibilidad de corrección de la mención del sexo de las personas con Transexualismo en el estado civil y en cubrir por ley las cirugías reconstructivas necesarias por la sanidad pública sueca.
1972	[18]	Bélgica	Primer caso de corrección quirúrgica de un hombre nacido con Transexualismo, Daniel Van Oosterwick, de nacionalidad belga operado en Londres para obtener una apariencia y órganos sexuales masculinos.
1974	[17]	Inglaterra	Primer testimonio autobiográfico de Jan Morris en su libro “El Enigma”. En inglés “Conundrum”.
1979		USA	Se crea la <i>Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association</i> , institución que produce los Estándares de Tratamiento del Transexualismo seguidos en todo el mundo.
21/04/1979	[20]	Francia	Primera intervención quirúrgica de reconstrucción genital en Francia llevada a cabo por el profesor Pierre Banzet en el Hospital Saint-Louis, a una mujer nacida con Transexualismo.
1988		Francia	Rapport de Guy Braibant ante el Consejo de Estado de las Ciencias de la Vida y los Derechos del Hombre, recomendando la abstención legislativa del Transexualismo por el motivo de que serían difícil de evitar los problemas ontológicos.
1989		UE	Recomendación de la Unión Europea a sus Estados miembros de legislar a favor de los derechos civiles y sanitarios de las personas nacidas con Transexualismo, con el fin de poner fin así a la histórica discriminación que sufren estas personas.
25/03/1992		UE	El Tribunal Europeo de los Derechos Humanos condena a Francia por haber rechazado la corrección de estado civil de una persona nacida con Transexualismo.

ÍNDICE ALFABÉTICO

Clasificación internacional de enfermedades -10ª revisión (CIE-10): Sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades de morbilidad de acuerdo con los criterios establecidos. Tiene el objetivo de permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas (28).

Cirugía de reasignación sexual: La Reasignación de Sexo es eficaz e indicada médicamente en casos severos de TIG. En las personas diagnosticadas, la cirugía de reasignación de sexo, junto con la terapia hormonal y la experiencia de la vida real, ha resultado eficaz. Este tratamiento, que debe ser prescrito por profesionales calificados, es médicamente indicado y necesario. Para completar el proceso de reasignación sexual, los pacientes se someten a otras intervenciones para dar o quitar esas características físicas propias de cada sexo. Por ejemplo, para aumentar la feminización, se pueden practicar otras cirugías que incluyen condroplastia de reducción traqueal, liposucción de la cintura, rinoplastia, reducción de los huesos faciales, estiramiento facial y blefaroplastia; y para aumentar la masculinización, se pueden practicar otras cirugías que incluyen liposucción para reducir la grasa de las caderas, muslos y nalgas (29).

Cirugía Genital para la Paciente Hombre-a-Mujer: Los procedimientos quirúrgicos genitales pueden incluir orquidectomía, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia y labioplastia vaginal. Las técnicas incluyen la inversión de la piel del pene, la implantación pediculada rectosigmoide, o injerto de piel libre para forrar la neovagina. La sensación sexual es un objetivo importante en la vaginoplastia, como lo es igualmente la construcción de una vagina funcional y una apariencia aceptable (29).

Cirugía Genital para el Paciente Mujer-a-Hombre: Los procedimientos quirúrgicos pueden incluir histerectomía, salpingo ooforectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia, implantación de prótesis testiculares y faloplastia. Actualmente son varias las técnicas quirúrgicas de faloplastia. La elección de técnicas puede estar limitada por consideraciones anatómicas o quirúrgicas. Si el objetivo de la faloplastia es un neofalo de buena apariencia, micción de pie, sensación sexual, y/o capacidad de coito, se debe informar claramente al paciente que son necesarias varias etapas separadas de la cirugía y que ocurren con frecuencia dificultades técnicas que pueden ocasionar cirugías adicionales. Inclusive la metoidioplastia, que en teoría es una cirugía de una sola etapa para la construcción de un microfalo, a veces requiere más de una cirugía (29).

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -4ª edición (DSM IV): clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos, basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Es una clasificación confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación (10).

Miquel Missé: es sociólogo y activista trans de Barcelona. Forma parte de la Red Internacional por la Despatologización Trans y es uno de los dinamizadores de la campaña internacional "Stop Trans Pathologización 2012" (21).

Harry Benjamin: Doctor conocido como el "Padre de la transexualidad". Fue uno de los fundadores de la organización de sexología profesional más antigua en EEUU, The Society for the Scientific Study of Sex. Hizo grandes aportes a la gerontología, la endocrinología, la sexología, y especialmente al campo de la disforia de género. En 1996 publica *El fenómeno Transexual*, primer trabajo que describe y explica el tratamiento del transexualismo o síndrome de Harry Benjamin. En 1979 se crea The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's, una institución que produce los estándares del tratamiento del transexualismo que se siguen en todo el mundo (27, 30).

Intersexo: personas que nacen con ambos genitales, masculinos y femeninos. Normalmente se les realizan test para determinar qué sexo se les debe asignar y se les opera antes de los 18 meses de vida para seleccionar los genitales acorde con el sexo decidido por médicos y padres, intentando acercarse lo máximo posible al sexo con el que se sentirá identificada la persona (6).

Queer: significa originalmente "raro", "excéntrico" o "extraño", "torcido" o "desviado". Este insulto se convirtió en el símbolo del movimiento político que surgió a finales de la década de 1980 como crítica a las organizaciones gais que se habían institucionalizado y, además, denomina una teoría que concibe las identidades de género y la sexualidad como construcciones sociales, rompiendo así con la explicación biológica o natural de las formas que toma el deseo y el género (31).

Trastorno de identidad de género: insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado (32).

Travestismo: personas que usan ropa, maquillaje y accesorios que son considerados por la sociedad como correspondientes al sexo opuesto. Se puede dar tanto de hombre a mujer como de mujer a hombre. Sin embargo, a diferencia de los transexuales, no quieren cambiar sus características físicas de forma permanente ni desean vivir siempre como el sexo opuesto (7).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Esplen, E.; Jolly, S. GENDER and SEX. A sample of definitions. Bridge, 2006.
- (2) Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. American Psychologist, Vol 67. 10-42, Jan 2012.
- (3) Gómez Gil, E.; Esteva de Antonio, I.; Bergero Miguel, T. La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características básicas. C. Med. Psicosom, 2006, 78.
- (4) Person, E.; Ovesey, L. The Transsexual Syndrome in Males. II Secondary Transsexualism. American Journal of Psychotherapy. 1974, 28.
- (5) Castagnoli, C. Civil liberties, justice and home affairs; Transgender persons' rights in the EU member States. Directorate general for internal policies policy department C: Citizens' Rights and Constitutional Affairs Brussels 2010.
- (6) Baird, V.; Perry, G. Sex, Love and Homophobia. Intersex. Pág. 53-56. Amnesty International UK, London. 2004.
- (7) Moulton, B.; Seaton, L. Transgender Americans: A Handbook for Understanding. Human Rights Campaign Foundation. 2008.
- (8) Gómez, E.; Trilla, A.; Godás, T. *et al.* Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. *Actas españolas de psiquiatría*, 34 (5), 295- 302. 2006.
- (9) Combs, R.; Rhodes, S.; Turner, L.; Whittle OBE, S. Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care. The European Region of the International Lesbian and Gay Association. April 2008.
- (10) DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON, 4a edición. 1995.
- (11) Bergero, T.; Asiain, S.; Gorneman, I.; Giraldo, F.; *et al.* Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol. XXVIII, nº 101, pp. 211-226. 2008.
- (12) Gates, GJ. How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender? The Williams Institute. UCLA School of Law. April 2011.
- (13) Herrero, I.; Díaz de Argandoña, C. La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria: Ararteko. 2009.
- (14) Gómez-Gil, E.; Esteva de Antonio, I. *et al.* Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. Revista Clínica Española, 211, 2011.

- (15) LEY 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. BOE núm. 65. Viernes 16 marzo 2007.
- (16) NANDA International: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2009-2011. Madrid [etc.]: Elsevier, cop. 2010.
- (17) Luis Rodrigo, MT.; Fernández Ferrín, C.; Navarro Gómez, M^a V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2a edición. Ed. Masson. 2000.
- (18) Benner, P. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer 2005.
- (19) Benner P; Tanner C; Chelsa C. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics. Segunda edición, Editorial Springer, 2009.
- (20) Foucault, M. Le Vrai Sexe. Arcadie, 27. Madrid. 1980.
- (21) Miquel Missé. La lucha por la despatologización trans, una lucha feminista. Intervención en las últimas Jornadas Feministas de Granada del pasado diciembre. Página Abierta, 208, mayo-junio de 2010.
- (22) Burns, N.; Grove, SK. Investigación en Enfermería. 3^a ed. Madrid. Elsevier España, SA. 2004.
- (23) Cook, TD.; Reichart, ChR. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata, 1986.
- (24) Hungler, B.; Polit, D. Investigación científica en ciencias de la salud. 6^a edición. México. McGraw-Hill Interamericana. 2000.
- (25) Icart, MT.; Fuentelsaz, C.; Pulpón, A. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Universitat de Barcelona. 2006.
- (26) Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: McGraw-Hill. 2008.
- (27) Goiar, C.; Sannier, V.; Toulet, M. La Historia del Transexualismo. SHB España. 2008.
- (28) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. OMS. Ginebra, 1993.
- (29) Las Normas de Cuidado Para Trastornos de Identidad de Género. La Asociación Internacional Harry Benjamin de Disforia de Género. 6^a edición, 2001.
- (30) Grupo de trabajo Queer. El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer. Madrid: Traficantes de Sueños. 2005.
- (31) Schaefer, L. C. Memorial for Harry Benjamin. Arch. Sex. Behav. 17: 1-31. 1988.

(32) Grupo de trabajo sobre trastornos de identidad de género de la SEEN. Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. *Endocrinol Nutr*; 50(1):19-33. 2003.