Aspectos actuales de la transexualidad y su implicación médico-legal

Localizador web
Artículo 118.159

Francisco Javier Pera-Bajo, Rosa María Marote-González, Carmen Baladía-Olmedo y Cristina García-Andrade

Clínica Médico Forense e Instituto Anatómico Forense de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Gisbert y Gisbert[1] definen como transexualismo los casos de sujetos que perteneciendo a un sexo determinado tienen, sin embargo, la convicción y el deseo de pertenecer al sexo opuesto. Por ello, el transexual se comporta como si perteneciese al otro sexo, busca la realización de su deseo de cambio sexual sometiéndose a la corrección de la apariencia sexual de su cuerpo por métodos farmacológicos y quirúrgicos y, una vez conseguida ésta, persigue la rectificación de su acta de nacimiento para cambiar legalmente de sexo.

Dentro de las diversas definiciones de sexo, la de mayor interés en el presente tema es la referente al psíquico, que se define por el sentimiento interno de pertenecer a un sexo determinado, con el que se identifica el sujeto en emociones y afinidades.

Los transexuales son personas que encuentran que su identidad de género está en conflicto con su anatomía sexual. La transexualidad es parte de un espectro de experiencias relacionadas con la disforia de género: travestirse de vez en cuando, vivir parcial o constantemente según el género «opuesto» a la propia anatomía sexual o someterse a un tratamiento hormonal para culminar con una operación de cambio de sexo (a diferencia del travestismo, en el que el sujeto mantiene una identidad acorde con su anatomía sexual y que se realiza para la consecución de una fantasía, de una estimulación erótica o en la búsqueda de la relajación de la presión diaria[2]).

El *Manual diagnóstico y estadístico de los tratornos mentales, texto revisado* (DSM-IV TR)[3] incluye estas 3 entidades dentro de una misma categoría, denominada trastorno de la identidad sexual. Los criterios para el diagnóstico del trastorno de la identidad sexual (F64.x) son: *a)* identificación acusada y persistente con el otro sexo; *b)* malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol; *c)* la alteración no coexiste con una enfermedad intersexual, y *d)* la alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Origen del término

Westphal[4] describió un trastorno al que llamó *Die conträre Sexualempfindung* y en el que se encontraban algunos aspectos de la transexualidad, y Von Krafft-Ebing[5] una forma de travestismo a la que denominó «metamorfosis sexual paranoica». Estas conductas y términos también fueron analizados y descritos por Marcurse[6].

Cauldwell[7] aplicaba la denominación «psicópata transexual» a individuos que se encontraban «psicológicamente afectados de forma desfavorable» y que decidían «vivir y mostrarse como miembros del sexo al que no pertenecían», «que físicamente pertenecían a un sexo y que según parecía eran psicológicamente del sexo contrario» y «que deseaban que la cirugía alterase sus características físicas para asemejarse a aquéllas del sexo opuesto». Dicho autor indicaba que el término «significa, simplemente, que uno es un enfermo mental y por ello desea vivir como miembro del sexo contrario». Por ello, y considerándolos enfermos mentales, no defendía la intervención quirúrgica con efectos terapéuticos. Durante 10 años más se siguieron viendo los «cambios de sexo» como travestismo[8], pero el término transexual ya había hecho aparición, aunque con un significado incorrecto. Fue Benjamin[9] quien durante los años sesenta popularizó la denominación, que arraigó profundamente.

Historia moderna de la transexualidad

Benjamin publicó el primer artículo sobre transexualidad en el *International Journal of Sexology*[10]. Para Benjamin éste fue «el auténtico primer artículo médico sobre transexualidad». En él introduce el término transexual como el más adecuado para el grupo más extremo de travestidos que desean cambiar de sexo. Posteriormente publicó una serie de artículos en un libro, *The transsexual phenomenon*[9], en el que describe 3 tipos de transexuales: no quirúrgicos, verdaderos de intensidad moderada y verdaderos de intensidad alta. Benjamin menciona en su libro que en Suecia, Holanda y Dinamarca se habían realizado operaciones previamente, hecho atribuido por Bremer[11] a que en estos países existían disposiciones legales para la castración en el caso de abusos sexuales y para quienes lo deseasen, al igual que en algunos estados de EE.UU. La primera publicación de un caso junto con una discusión general apareció bajo el título «Travestismo, tratamiento hormonal, psiquiátrico y quirúrgico»[12]. No se menciona la palabra transexualidad y se considera al paciente un travestido verdadero identificado con el sexo contrario que reclama tratamiento quirúrgico para cambiar su anatomía. Al apercibirse de la imposibilidad de modificar los deseos del paciente, se recomendaba el tratamiento endocrino y quirúrgico y el «cambio de sexo» legal.

Aunque se habían publicado algunos casos en Gran Bretaña[13], la mayoría de intervenciones parecía haberse realizado en el norte de África, especialmente Casablanca, lugar que parecía de «peregrinación» para los transexuales[14].

En 1965 se realizó la primera operación de «cambio de sexo» en el hospital Johns Hopkins[9].

Relación según sexos y prevalencia

Pauly[15] recoge diversas proporciones de transexualidad según el sexo anatómico, que oscilan desde 1:1 hasta 8:1. Benjamin[9] menciona que ha tratado a un número 8 veces superior de varones que de mujeres que deseaban completar el cambio de sexo mediante tratamiento quirúrgico.

Correspondencia: Dr. F.J. Pera-Bajo.
Clínica Médico Forense e Instituto Anatómico Forense
de la Comunidad Autónoma de Madrid.
Pza. de Castilla, 1. 28079 Madrid. España.
Correo electrónico: francisco.pera@forense.mju.es

Recibido el 2-6-2005; aceptado para su publicación el 11-1-2006.

Walinder[16] en 1967 y Hoenig y Kenna[17] en 1974 calcularon una prevalencia de transexualidad de 1/37.000 varones y 1/108.000 mujeres. Los cálculos de Ross et al[18] en 1981 fueron de 1/24.000 y 1/150.000, respectivamente, para varones y mujeres, por lo que la proporción varones:mujer estaría en 6:1. Usón[19] menciona la existencia de 700 a 750 transexuales en España, con una proporción de 500/525 transexuales masculinos y 200/225 femeninos[19]. El DSM-IV TR[3] calcula que 1/30.000 varones y 1/100.000 mujeres desean tratamiento quirúrgico.

Evolución de la actitud médica

Tras estudiar y tratar 105 casos de hermafroditismo, Money et al[20] proponían que hasta la edad de 2 años y medio los genitales externos debían ser los principales determinantes para la asignación de sexo y, a partir de esa edad, debería serlo el rol de género. Si en la asignación del nuevo sexo el paciente consideraba que se había cometido un error, podía realizarse una reasignación. Sólo 5 pacientes entre los 105 precisaron reasignación después de esa edad.

En 1963 Dewhurst y Gordon[21] publicaron 15 casos de reasignación de sexo con resultados satisfactorios entre 17 niños hermafroditas menores de 18 años.

La Universidad Johns Hopkins se convirtió en el centro de referencia en el tratamiento quirúrgico de la transexualidad en EE.UU. a finales de los años sesenta[22]. El psicólogo John Money, el psiquiatra Eugene Meyer y el cirujano plástico Milton Edgerton formaban el núcleo del equipo de la Johns Hopkins. Perfeccionadas las técnicas, y con la aparición de centros de tratamiento «serios», la actitud del colectivo médico se hizo más favorable para aplicar los tratamientos adecuados a los transexuales.

Técnicas quirúrgicas

En la década de los cuarenta Harold Gillies fabricó, a partir de 2 colgajos de pared abdominal, un pene con uretra. En su interior implantó un cartílago a fin de conseguir un estado semierecto[23].

Si bien Marshall[24] afirma que el primer intento documentado de crear una vagina artificial tuvo lugar en 1761, para otros autores la fecha se encontraría a principios del siglo XX[25]. Se han descrito varias técnicas vaginoplásticas: injerto de piel, injertos de pedúnculo, uso del colon sigmoide, vaginoplastia rectal, uso del conducto ileal, provocación de una epitelización secundaria de la cavidad granulada (sobre una prótesis implantada de forma permanente)[26].

En el caso de los transexuales que pasan de varón a mujer, el procedimiento más común utiliza la piel del pene para formar la nueva vagina y conserva una parte del tejido erógeno de la base del pene para formar el clítoris[26] (se amputan ambos cuerpos cavernosos juntamente con el esponjoso y tres cuartas partes del glande; a través de la incisión de unos 10 cm se labra un túnel amplio y profundo; se practica una incisión transversal que abarca el grosor del reborde anteromedial de ambos músculos elevadores del ano; se introduce en dicha cavidad la piel del pene invertida y parte de la pared escrotal; dentro de la vagina creada se coloca un taponamiento). El tejido del escroto forma los labios vaginales. Tiene gran relevancia la preservación íntegra del pedículo neurovascular dorsal para luego configurar un «clítoris» con el tejido del glande[19].

Las autoridades sanitarias de Suffolk[27] resumen los múltiples procedimientos quirúrgicos que se realizan a lo largo de muchos años, siendo necesarias en ocasiones las reintervenciones. En el varón se citan: amputación del pene y castración, tratamiento hormonal y mamoplastia, construcción de una vagina con intestino o con piel invaginada del pene, ocasionalmente acortamiento de las cuerdas orales y modificación del esqueleto óseo facial. En la mujer se mencionan: reducción del tamaño de las mamas, extracción de útero, ovarios y vagina, faloplastia a partir de piel con mantenimiento del clítoris frente a metaiodoiplastia (conversión del clítoris en un pequeño pene), construcción del escroto e implantación de prótesis testiculares.

Criterios para la selección quirúrgica de pacientes

Stoller[28] publicó en 1968 los siguientes criterios quirúrgicos referidos a transexuales femeninos: ser afeminado, no haber pasado por etapas de masculinidad ni haberse considerado varón, haber expresado la feminidad desde etapas tempranas, no dar valor al pene, no haber estado casado, no tener hijos y no tener delirios.

Según Fisk[29], el «verdadero transexual» debería cumplir los siguientes requisitos: *a)* sensación constante o sentimiento de ser miembro del otro sexo; *b)* temprano y persistente fenómeno conductual de vestirse de manera opuesta, acompañado de una fuerte insistencia en la falta de sentimientos eróticos asociados con el vestirse de esa manera, y *c)* desprecio o repugnancia hacia el comportamiento homosexual.

En concordancia, el tratamiento a aplicar sería: *a)* estudio psiquiátrico concienzudo para controlar la estabilidad de la personalidad y la constancia de la identidad de género; *b)* período dilatado de tratamiento con hormonas para desarrollar las características anatómicas secundarias del nuevo sexo; *c)* supervisión durante al menos un año de la vida según el nuevo género para garantizar la estabilidad y el compromiso, y *d)* intervención quirúrgica[22,30].

Usón[19] recomienda que el consentimiento lo firmen el transexual, el cirujano y un testigo que puede ser un familiar. El candidato debería ser mayor de edad, llevar 2 años insertado como transexual, ser soltero o divorciado y no tener hijos. Estaría contraindicado el cambio de sexo en: transexuales masculinos con apariencia muy viril, transexuales con cuadros psicóticos, consumidores crónicos de sustancias de abuso, transexuales con relaciones sexuales satisfactorias, transexuales con vocación tardía y especialmente si han estado casados y tienen hijos, y en menores de 18 años de edad.

Teorías sobre la transexualidad

En múltiples estudios no se objetivaron alteraciones biológicas que «justificasen» la transexualidad. Matto[31] afirmaba que los transexuales masculinos son fisiológicamente normales según todos los criterios físicos que se utilizan para determinar el sexo: cromosomas, gónadas, genitales externos, capacidad reproductora interna y concentraciones de hormonas. Para Pauly[32] todas las transexuales femeninas estudiadas en sus series eran genotípicamente normales. Philbert[33] informaba de que los transexuales masculinos no se destacan de los individuos normales en cuanto a los valores endocrinos. Jones y Samimy[34] indican que las transexuales femeninas son genéticamente mujeres normales.

Lo que se consideró «normalidad biológica» hizo que se propusiesen diversas teorías. Entre ellas se encuentran las psicoanalíticas, las del aprendizaje social, las del desarrollo y las del rol[35].

Stoller[36] se basa en la teoría del aprendizaje social e identifica un modelo familiar que existe tanto en los transexuales masculinos como en las familias de niños con conflictos de identidad de género. La madre muestra problemas de iden-

tidad de género: tiende a parecer un chico en la adolescencia y continúa siendo «masculina» en la edad adulta (agresiva y competitiva). Además, en estas familias existe gran contacto físico entre madre e hijo en los 2 primeros años de vida familiar.

En cuanto a las transexuales femeninas, los estudios son más escasos. Stoller[36] afirma que, aunque los transexuales masculinos adquieren su identidad tras un proceso de aprendizaje no conflictivo, la transexualidad femenina sería la defensa contra un trauma de la infancia.

Pauly[15] y Stoller[36] exponen una situación familiar temprana en la que los padres piensan que su hija es fea; la madre, deprimida, frágil, disminuida psicológicamente, se exime de la educación de la hija; el padre puede ser alcohólico y maltratador; existen estímulos dirigidos a la niña para que apoye decididamente a su madre a modo de «esposo» debido a que la familia necesita que cumpla esta función, y se alienta la conducta masculina y se desalienta la femenina hasta que las cualidades masculinas cristalizan en la consecuente identidad[35].

La teoría del rol[37] se apoya en las reacciones negativas de otras personas importantes a lo largo de la vida del transexual que refuerzan el sentimiento de fracaso en el rol individual.

Sin embargo, en otros estudios sí se han publicado «justificaciones» biológicas. Eicher et al[38], que tras estudiar a 29 varones transexuales que solicitaban tratamiento quirúrgico encontraron una inversión pericentral del cromosoma Y, propugnaron la posible ausencia del antígeno H-Y (Ohno[39] describió la presencia de dicho antígeno en la membrana de todos los tejidos masculinos) en estos casos. Resultados parecidos encontraron Engel et al[40], si bien con resultados más discretos. Zhou et al[41] publicaron que el volumen de la subdivisión central de las estrías terminales, implicada en el comportamiento sexual, es mayor en el varón que en la mujer, y que en los transexuales masculinos es del mismo tamaño que en las mujeres normales; así pues, plantearon la existencia de una influencia con interacción con las hormonas sexuales provenientes del feto y/o de la madre. Reiner y Gearhart[42] han publicado recientemente un estudio en el que 14 de 16 sujetos masculinos nacidos con extrofia de cloaca embriogénica fueron reasignados al sexo femenino en el momento de su nacimiento, pero una evaluación posterior de la identidad sexual de estos pacientes demostró que 8 de los 14 se sentían varones, lo que evidencia el papel hormonal en la sexualización del cerebro.

Problemas legales y sociales de la transexualidad

Los transexuales se sienten discriminados porque su sexo legal sigue siendo aquel que se les asignó al nacer. Actualmente es prácticamente imposible un cambio de sexo en el DNI, Registro Civil, etc., si no median antes la operación de cambio de genitales y un procedimiento legal. En lo referente a las sentencias, suele primar la idea de que los genitales son los que definen la pertenencia a uno u otro sexo. La mayoría de las personas transexuales tienen como meta la intervención quirúrgica (tanto por el sentimiento de pertenecer al otro sexo como por los problemas legales añadidos), si bien su coste es importante y el tratamiento no está cubierto por la Seguridad Social (posiblemente esta situación se corregirá a lo largo de la legislatura). El Parlamento Autonómico Andaluz aprobó la gratuidad de las intervenciones de cirugía transexual el 11 de febrero de 2000, y se creó la Unidad de Trastornos de Identidad de Género en el Hospital Carlos Haya de Málaga. Hasta mayo de 2003 habían estudiado a 340 transexuales, realizado unas 2 intervenciones al mes, con un coste por paciente de 12.000 a 24.000 €. La primera intervención se realizó en un transexual masculino el 23 de marzo de 2000[43] tras tratamiento hormonal previo: se practicó una genitoplastia feminizante mediante colgajo cutáneo propio de la cobertura del testículo y la piel de la ingle.

La reforma llevada a cabo en el Código Penal por la Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, estimó propicio el momento para abordar tal problema, y en la «Exposición de motivos» se justifica la despenalización de las lesiones cuando mediare el consentimiento. En dicha exposición, el legislador, sin perjuicio de futuras modificaciones en una regulación de las lesiones, sí estimó de urgencia introducir un nuevo párrafo al artículo 428 del antiguo Código Penal, de forma que el consentimiento libre y expresamente manifestado exima de responsabilidad en los supuestos de trasplante de órganos, esterilizaciones y cirugía transexual efectuados legalmente y por facultativos (el art. 156 del Código Penal, Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, dice: «... el consentimiento válido, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de... cirugía transexual realizada por un facultativo...»).

Las 3 primeras sentencias del Tribunal Supremo que tratan del tema de la transexualidad son las del 2 de julio de 1987 (Sala Primera; ponente: Sr. Latour Brotóns), por recurso de casación contra la sentencia dictada en grado de apelación por la Sala de lo Civil de la Audiencia Territorial de Las Palmas de Gran Canaria, como consecuencia de autos de juicio declarativo ordinario de mayor cuantía, seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia número 1 de Las Palmas de Gran Canaria, sobre rectificación de sexo en el Registro Civil. A ésta siguieron las sentencias de 15 de julio de 1988 (Sala Primera; ponente: Sr. Martín Granizo; menor cuantía ante el Juzgado de Primera Instancia número 2 de Zaragoza, sobre cambio de nombre y sexo, en recurso de casación) y de 3 de marzo de 1989 (Sala Primera; ponente: Sr. Albácar López; menor cuantía sobre cambio de sexo ante el Juzgado de Primera Instancia número 1 de Las Palmas de Gran Canaria).

Los apartados de mayor interés médico son: «... Se deducen como hechos, entre otros, los siguientes probados: que el recurrente fue inscrito en el Registro Civil como varón y que se sometió en Londres el 21 de enero de 1985 a una operación quirúrgica para cambiar su sexo por el femenino, presentando una vagina artificial reconstruida con piel de los escrotos, practicable y con una profundidad de diecisiete centímetros, terminando en fondo de saco; que ha sufrido una transformación total de sus caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios; que ha asumido un rol sexual y emocional femeninos prácticamente desde la infancia y que, socialmente, se comporta como mujer y que el tono y contenido de la conversación son femeninos; que tiene meato urinario femenino, que los cabellos del pubis y del cráneo son femeninos, careciendo de pelo en la cara y teniendo mamas y que se inyecta hormonas femeninas... como aquellos que caracterizan al transexual por el irresistible sentimiento de pertenencia al sexo contrario, rechazo del propio y deseo obsesivo de cambiar la morfología genital... porque el varón operado transexualmente no pasa a ser hembra, sino que se la ha de tener por tal por haber dejado de ser varón por extirpación y supresión de los caracteres primarios y secundarios y presentar unos órganos sexuales similares a los femeninos y caracteriologías psíquica y emocional propias de este sexo... hay que convenir que la inscripción no se corresponde con la realidad y el art. 92 de la Ley [del Registro Civil] ha de complementarse por vía jurisprudencial...».

El informe médico ante los tribunales

El procedimiento para obtener el cambio de sexo en el Registro Civil se tramita como menor cuantía en los juzgados de primera instancia. En el período de prueba el juez requiere un informe médico a las clínicas médico-forenses, aportando la documentación médica existente en dicho procedimiento. El médico forense designado emitirá un informe, tras valoración de la documentación médica, exploración psíquica y física, que recogerá:

1. Estado psicológico-psiquiátrico del informado, ausencia de trastorno mental y de consumo de drogas y cumplimiento de los criterios recogidos en el DSM-IV respecto a la transexualidad.
2. Exploración física en la que se valorarán: *a)* el efecto de los tratamientos hormonales a que haya sido sometido, y *b)* los tratamientos quirúrgicos realizados.

Se concluye que el informado, desde el punto de vista psicofísico en su conjunto, corresponde o no al sexo al que solicita ser reasignado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gisbert JA, Gisbert MS. Transexualismo. En: Gisbert Calabuig JA, editor. Medicina legal y toxicología. 5.ª ed. Barcelona: Masson; 1998. p. 558-64.
2. Warren BE. Transsexuality, identity and empowerement. A view from the front line. Siecus Report. New York: Siecus. 1993;21:14-6.
3. DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado. Barcelona: Masson; 2002. p. 645-52.
4. Westphal C. Die conträre Sexualempfindung. Arch Psychiat Nervenkr. 1869;2:73-108.
5. Von Krafft-Ebing R. Psychopathia sexualis. Philadelphia: Davis; 1894.
6. Marcurse M. Ein Fall vin geschlechtsum Wandlungstreib. Z Psychother Med Psychol (Stuttg). 1916;6:176.
7. Cauldwell DO. Psychopathia transexualis. Sexology. 1949;16:274-80.
8. Bullough VL. Transsexualism in history. Arch Sex Behav. 1975;4:561-71.
9. Benjamin H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press; 1966.
10. Benjamin H. Tranvestism and transsexualism. Internat J Sexol. 1953; 8:124.
11. Bremer J. Asexualization: a follow up study of 244 cases. New York: MacMillan; 1959.
12. Hamburger C, Sturup G, DahIlversen E. Transvestism: hormonal, psychiatric and surgical treatment. J Am Mes Assoc. 1953;152:391-6.
13. Cowell R. Roberta Cowell's story. London: Heinemann; 1954.
14. King D. Gender confusions: psychological and psychiatric conceptions of transvestism and transsexualism. The making of the modern homosexual. Totowa, New Jersey: Barnes & Noble Books; 1981. p. 155-83.
15. Pauly IB. Female transsexualism: part I. Arch Sex Behav. 1974;3:487-508.
16. Walinder J. Transsexualism: a study of 43 cases. Goteborg: Scandinavian University Books; 1967.
17. Hoenig J, Kenna JC. The prevalence of transsexualism in England and Wales. Br J Psychiatry. 1974;124:181-90.
18. Ross MJ, Walinder J, Lundstrom B, Thuwe I. Cross cultural approaches to transsexualism: a comparison between Sweden and Australiae. Acta Psychiatr Scand. 1981;63:75.
19. Usón A. Transexualidad: conferencia a los alumnos de la XII promoción de Médicos Forenses. Madrid: CEJAJ; 2003.
20. Money J, Hampson JG, Hampon JL. Imprinting and the establishment of gender role. Arch Neurol Psychiatry. 1957;77:333-6.
21. Dewhurst CJ, Gordon RR. Change of sex. Lancet. 1963;12:1213-6.
22. Hastings DW. Transsexualism and transvestism. JAMA. 1966;197:594-600.
23. Gillies H, Milliard DR. The principles and art of plastic surgery. 1st ed. Boston: Little Brown; 1957.
24. Marshall GB. Artificial vagina: a review of the various operative procedures for correcting atresia vagina. J Obstet Gynaecol Br Emp. 1913;23:193212.
25. Wallace A. The progress of plastic surgery: an introductory story. Oxford (Oxfordshire): WA Meeuws; 1982. p. 79-81.
26. Gelke H. Plastic surgery in intersexuality. New York: Claus Overzier; 1963.
27. Suffolk Health Authority. Transsexuals and sex reassignment surgery. Suffolk: Press for Change; 1994.
28. Stoller R. The development of masculinity and feminity. Sex and gender (1). New York: Science House; 1968.
29. Fisk N. Gender dysphoria syndrome. II Interdisciplinary Symposium of Gender Dysphoria Syndrome. Laub and Gandy. Palo Alto: Stanford University Press; 1973. p. 7-14.
30. Green R. Treatment of transsexualism. Curr Psychiat Ther. 1970;10:88-9.
31. Matto MS. The transsexual in society. Criminology. 1972;10:85-9.
32. Pauly IB. Female transsexualism: part II. Arch Sex Behav. 1974;3:509-26.
33. Philbert M. Male transsexualism: an endocrine study. Arch Sex Behav. 1971;1:91-3.
34. Jones JR, Samimy J. Plasma testosterone levels and female transsexualism. Arch Sex Behav. 1973;2:251-6.
35. Risman BJ. The acquisition of gender identity among transsexuals. Qualitative sociology. New York: Human Science Press; 1982.
36. Stoller RJ. Parental influences in male transsexualism. En: Green R, Money J, editors. Transsexualism and sex reassignment. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1969. p. 153-69.
37. Levine E, Shaicva C, Mihailovic FM. Male to female: the role transformation of transsexuals. Arch Sex Behav. 1975;4:176-85.
38. Eicher W, Spoljar M, Murken JD, Richter K, Cleve H, Stengel-Rutkowski S. Transsexualism and the H-Y antigen. Fortschr Med. 1981;99:9-12.
39. Ohno S. Major sex determining genes. New York: Springer-Heidelberg; 1979.
40. Engel W, Pfafflin F, Wiedeking C. H-Y antigen in transsexuality, and how to explain testis differentiation in H-Y antigen-negative males and ovary differentiation in H-Y antigen-positive females. Hum Genet. 1980;55:315-9.
41. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. Nature. 1995;378:15-6.
42. Reiner WG, Gearhart JP. Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth. N Engl J Med. 2004;350:333-41.
43. La Junta de Andalucía financia la primera operación de cambio de sexo. Diario Médico, 24 de marzo de 2000.