

PSICODIAGNÒSTIC CLÍNIC D'UN CAS DE TRANSSEXUALISME FEMENÍ

Jordi BACHS I COMAS*

RESUMEN

Se exponen en este trabajo los resultados de un largo periodo de observación de un caso de transexualismo femenino. Se realiza el psicodiagnóstico, mediante estrategias clínicas, para determinar si se trata realmente de transexualismo y no de intersexualidad física o anomalía genética. Además, se establece el diagnóstico diferencial con el travestismo y el lesbianismo, y se examina finalmente el equilibrio psíquico del sujeto. Se concluye con una propuesta terapéutica, iniciada ya durante la fase observacional.

ABSTRACT

Results obtained from a long observation period in a case of feminine transsexualism are presented. The psychodiagnosis was made by means of clinical strategies, in order to determine whether it was really a case of transsexualism and not physical intersexuality or genetic anomaly. Moreover, the differential diagnosis was made with transvestism and lesbianism, and lastly the psychic balance of the subject was examined. It concludes with a goal-setting therapy wich was already started during the observational phase.

* Departament de Psicologia de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona.

INTRODUCCIÓ

En comparació amb el transsexualisme masculí, els casos de transsexualisme femení no són gaire freqüents o almenys no són massa coneguts per raons probablement de tipus familiar i social. D'aquí l'interès que pot tenir per al professional en ciències humanes un cas com el que presento aquí a l'atenció i crítica del lector, de transsexualisme femení (F-M).

Aquest treball és el resultat d'un llarg període d'observació, aproximadament d'un any i mig. He cregut necessari un temps tan prolongat a fi d'obtenir un coneixement global i aprofundit del subjecte. Tampoc haig d'amagar les meves reticències en pronunciar-me, reticències que s'expliquen per la necessitat de fornir un diagnòstic clar, amb el mínim de probabilitats d'error, que fonamenti sense ambigüitats un tractament que en el cas d'intervenció quirúrgica és irreversible.

En el camp encara poc conegut, sobretot a casa nostra, del transsexualisme femení-masculí (F-M) s'imposa la prudència. Els resultats més aviat negatius dels transsexuals operats al John Hopkins Hospital de Nova York demostren que cal actuar amb miraments i que cal seleccionar bé abans d'operar. I per això, el psicodiagnòstic és essencial.

A continuació dono les referències bàsiques del subjecte, silenciant per raons òbvies qualsevol referència que permetés la identificació del cas. Es tracta d'una dona, soltera, de vint-i-nou anys, que viu amb la seva mare, viuda de fa molts anys, però que des de petita passa temporades a casa d'uns familiars. Té una germana, més jove, casada.

El metge de família, després d'un llarg pelegrinatge del subjecte de consulta a consulta de diferents professionals, l'envia finalment a un ginecòleg amb la demanda concreta de tractament per a canvi de sexe. El ginecòleg, aleshores, demana un informe sexològic i psicològic.

OBJECTIUS DIAGNÒSTICS

El treball d'observació de G ha tingut dos objectius diagnòstics fonamentals:

1. Es tracta realment d'una transsexual?
2. Aquesta transsexual té un bon equilibri psicològic?

En efecte, els criteris bàsics del diagnòstic de transsexualisme que dóna el DSM III, 1980 (pp. 263-264) són els següents:

- a) «Sense of discomfort and inappropriateness about one's anatomic sex.
- b) Wish to be rid of one's own genitals and to live as a member of the other sex.
- c) The disturbance has been continuous (not limited to periods of stress) for at least two years.
- d) Absence of physical intersexuality or genetic abnormality.
- e) Not due to another mental disorder, such as Schizophrenia».

Encara que el DSM III sembla tenir més present el transsexualisme masculí (M-F) que no pas el femení, anem a considerar un a un aquests criteris, que poden resumir-se en els dos objectius diagnòstics assenyalats abans.

EL TRANSSEXUALISME DE G

El diagnòstic de transsexualisme de G el faig a partir de les dades recollides en l'observació clínica, les entrevistes amb la pacient i amb familiars seus, i mitjançant les dades objectives de proves psicològiques, fonamentalment qüestionaris de personalitat i tests projectius.

Una transsexual és un individu normal anatòmicament que té el sentiment de pertànyer a l'altre sexe, però que no nega el seu sexe biològic. Aquesta convicció (que STOLLER (1968) anomena identitat de gènere), malgrat ser contrària al sexe biològic, al sexe legal i, almenys parcialment, al sexe social, és tan forta que impulsa la transsexual a demanar la modificació del seu cos, a fi d'aconseguir les aparences de l'altre sexe, el reconeixement dels altres i un comportament que s'aproximi el màxim a l'arquetipus masculí.

En el cas de G, l'exploració del ginecòleg és totalment positiva quant a les característiques femenines, anatòmiques i funcionals de la pacient, i cal excloure qualsevol anomalia genètica o d'intersexualitat física.

APARENÇA FÍSICA EXTERNA

G és una persona baixeta, de pell clara, trets facials regulars, cabell tirant a ros, arrissat i bastant curt. La veu és femenina però de timbre un xic baix, incrementat des del tractament hormonal. Més aviat prima a les primeres entrevistes, s'ha engreixat uns quants quilos amb el tractament, la qual cosa la satisfà.

En el transcurs d'aquests divuit mesos d'observació mai no l'he vist utilitzar cap signe extern femení. Sempre va vestida amb pantalons. Sol preferir conjunts d'esport, folgats, de manera que no s'aprecien les formes femenines del cos, que tracta de dissimular.

Mai no l'he vista maquillada i no porta arracades, ni anells, ni braçallets. Únicament un rellotge digital. No es pot dir que vesteixi com un home i de cap manera se la podria qualificar de transvestida. Afirmar, però, que li agradaria, per exemple, posar-se corbata i americana com els homes. Ara per ara no pot, mentre no hagi canviat el seu cos. No té cap vestit de noia. N'havia tingut dos que ja fa temps que va donar a la seva germana, que és molt femenina.

Sempre havia estat molt reticent a vestir-se de noia. Explica que quan la seva padrina li va regalar el vestit de comunió, van necessitar Déu i ajuda perquè se'l posés. Una altra vegada, per Rams, va fer una rebequeria davant d'un altre vestit nou i no van aconseguir que el portés. Aquestes facècies són confirmades per un familiar.

IDENTITAT MASCULINA

Els sentiments de G referents a la seva identitat són definitivament masculins i sempre han estat així. Sempre s'ha sentit un noi. De petita sempre anava amb nens i jugava els seus jocs. Valoritza únicament els rols i treballs «masculins» i l'acceptació social d'aquests rols i treballs. De fet, li hauria agradat molt de ser futbolista o mecànic. En aquest sentit encara juga a futbol i li agraden molt les motos, sobretot les de trial. També li agrada fer de pintor i no fa gaire va intentar d'aconseguir una oferta de treball d'instal·lador i reparador d'antenes, però la botiga d'electrodomèstics que feia l'oferta la va rebutjar perquè era una noia. Per tot això, no gosa sol·licitar dos o tres treballs que té en perspectiva mentre no pugui presentar-se legament com un noi.

Li hauria agradat molt de fer la «mili». Ho considera una cosa meravellosa, cent per cent masculina i que forma molt l'home. S'entén, naturalment, el servei militar masculí, no un d'eventual femení.

Quan pot jugar a futbol o a bàsquet amb nois, se sent molt i molt feliç. També té una bicicleta de corredor i fa llargues sortides per disstreure's i enfortir-se.

Per tot això, crec que el grau d'adequació al rol d'homes «biològics»

és elevat i que en un futur, després d'eventuals operacions, no hi haurà problemes d'adaptació.

El qüestionari de personalitat MMPI i el Test de la Figura Humana confirmen totes aquestes dades. L'escala de masculinitat és la més alta del MMPI (quasi dues DE per sobre de la mitjana), la qual cosa prova les tendències i interessos clarament masculins de G. En el Test de Machover apareix un ideal d'identificació totalment masculí, amb signes, però, d'immaduresa emocional, que expressen certes dificultats de comunicació. També hi ha signes ambivalents d'identificació que manifesten el conflicte nuclear de la seva vida: una identitat psicològica masculina i un cos femení.

Els problemes, segons G, van començar a l'adolescència. (Assenyalo, de passada, que la menarquia no apareix fins als dinou anys, amb possible inhibició hipotalàmica, i que en contra del que va dir G en la primera entrevista sembla que va ser provocada. Després, les regles sempre han estat normals i periòdiques, encara que és una de les coses que més la molesta i de vegades no la deixa dormir).

A catorze-quinze anys, doncs, comencen els problemes quan els seus amics parlen de noies, es fixen en elles i comença el camí de les relacions heterosexuals. Ella pateix perquè s'adona que no pot fer com ells, encara que com veurem li agradin les noies. Considera que ha perdut tots els amics d'adolescència: llevat de dos, tots s'han casat, així com una noia que també formava part del grup.

IMATGE CORPORAL

Pel que fa al sentiment d'incomoditat a causa dels trets primaris i secundaris sexuals femenins, G té més aviat unes conviccions rígides, algunes fantosiques, que s'han modificat poc en el transcurs del període d'observació. Sap que el seu cos és femení, però atribueix al clitoris un valor viril molt elevat i el considera la clau del seu problema, tot exagerant-ne manifestament la grandària. Encara està més o menys convençuda de la possibilitat d'un desenvolupament clitoridià totalment inversemblant (parlava de fer «explotar» el membre) i últimament parla que algun dia certament s'aconseguirà el trasplantament de penis, com s'ha fet amb altres òrgans vitals.

Els malucs i sobretot els pits l'incomoden molt. Voldria tenir els pits totalment llisos i per això se'ls enfaixa a l'estiu. Va molt poc a la platja

perquè això la molesta. Sospira pel dia que podrà anar amb el pit nu, alliberada d'aquest signe desagradable de femineïtat. Jo crec, en aquest sentit, que pot establir-se un paralelisme entre transsexual masculí i transsexual femení: penis és a transsexual M-F, com mames són a transsexual F-M. Per això queda més aviat decebuda del tractament hormonal, perquè pensava que li reduiria els pits.

G creia que la seva cara era més aviat de noi, però li agradava la seva pell blanca i fina. No volia, doncs, tenir pèl a la cara ni afaitar-se. És un tret, com es veu, clarament ambivalent, però que ha canviat últimament, ja que diu que ara no li fa res que li surti pèl a la cara i que s'hagi d'afaitar. De fet, ja s'afaita. La veu se sentia femenina. S'ha modificat amb el tractament, però li agradaria tenir-la de timbre més baix. Una de les preocupacions importants, per defecte, és la seva estatura baixa i les espatlles, que les voldria amples i robustes. Aquest arquetipus de masculinitat es projecta clarament en el Test de la Figura Humana, i si bé el tractament d'andrògens no li ha fet guanyar cap centímetre (nova decepció), sí que amb la seva ajuda i a cop de pedals i gimnàs se sent més forta i musculada.

Les dades aportades fins aquí donen un suport bastant sòlid als criteris diagnòstics, a, b, c dels DSM III. Penso, amb tot, que cal establir, a més, un diagnòstic diferencial amb el transvestisme i amb el lesbianisme, tal com fan la majoria d'autors.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL AMB EL TRANSVESTISME

Ja apuntàvem abans que G no és una transvestida. En primer lloc, perquè no vesteix específicament d'home, encara que mai tampoc es vesteix de dona. Diria que apareix certa ambivalència en el vestir, en correspondència a l'ambivalència de la seva situació actual. I en segon lloc, perquè no es dóna en G cap mena d'excitació sexual pel fet d'anar vestida més aviat de noi, tal com es produeix en el transvestisme masculí (aspecte fetitxista del transvestisme).

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL AMB EL LESBIANISME. VIDA SEXUAL I AFECTIVA DE G

El diagnòstic diferencial del lesbianisme és més complicat i això ens fa plantejar la qüestió dels impulsos i comportament sexual de G. Val a

dir, d'entrada, que G no és lesbiana. Ja en la primera entrevista va sortir la qüestió i G manifestà clarament la seva actitud contrària: el lesbianisme, ens deia, no soluciona cap problema sinó que al revés complica les coses. Coneix lesbianes i li produeixen horror. No se sent, doncs, de cap manera lesbiana ni té relacions lesbianes. Això no impedeix que senti atracció per les dones, encara que mira de no parlar-ne com a vivència real, probablement per evitar una apreciació actual de lesbianisme. De fet, no fa gaire temps, vaig saber per un comentari d'un familiar que G, quan tenia quinze anys, es va enamorar d'una noia. Ara, a G li agraden les dones en la mesura que se sent home i les dones cal que siguin heterosexuales.

Ja es comprèn que en un món en què les coses solen funcionar altrament, el transsexual i encara més la transsexual sigui una *rara avis* que topi amb un rebuig i incomprensió generalitzats, fins i tot per part dels professionals de les ciències humanes. Ara, si s'accepta el plantejament de G, la hipòtesi de lesbianisme queda descartada. Almenys a nivell conscient, assumit pel jo.

Però, ¿què passa a nivell profund i des d'un punt de vista motivacional?

No es pot oblidar que les pulsions lesbianes de l'adolescència són una constant en les biografies de les transsexuals i la revelació de l'enamorament adolescent de G em va fer pensar que potser sí que la transsexual F-M podia ser el negatiu del lesbianisme. Simplificant: jo, una dona —diria la transsexual—, no puc desitjar una altra dona; si la desitjo com fan els homes, és que contràriament a les aparences dec ser un home. A l'origen, doncs, hi hauria una elecció sexual invertida que condicionaria la identificació de tipus defensiu. Vull dir que la identificació s'estructuraria de tal manera que constituiria una defensa inexpugnable contra el desig lesbià. La prova de realitat, però, complica les coses perquè el «ser home» psicològic topa amb el «ser dona» biològic («estigmes» femenins i manca de penis).

Tot això fa comprendre el que em sembla ser el nucli tensional de la transsexual: la distància entre el *desig* transformador de la identitat i la crua *realitat* d'una corporeïtat aparentment inalterable. Aquest és el drama i la frustració de la transsexual. Una vida de desesperança i incertesa. Solitud. Depressió. Recerca ansiosa, incessant, de la solució del seu problema.

Si troba finalment una resposta a la seva demanda (i això crec que es dona, a diferents nivells, en el transcurs del temps fins arribar eventualment a la cirurgia transformadora) la incertesa es torna certitud, eufòria

i entusiasme. Mentrestant, la desmesura aparent de l'expectativa produeix fantasies que de vegades són difícils de distingir dels deliris. Finalment, l'adequació entre identitat psicològica masculina i cos masculinitzat permetrà a la transsexual l'accés «normal» a una altra dona. El transsexualisme seria en aquest cas l'única via possible a la satisfacció del desig lesbiana.

Les coses són realment així? Això planteja, ja es veu —independentment del problema ètic—, la qüestió etiològica, que ningú no ha resolt encara fins avui. Problema genètic desconegut? Impregnació hormonal intrauterina del cervell? Simbiosi amb la mare del transsexual? ¿Simbiosi amb el pare en la transsexual, hipòtesi que al meu entendre i en contra de l'opinió de Stoller pot formular-se?

En tot cas, els camins del desig són totalment imprevisibles. Això fa, en definitiva, que malgrat la biologia i els patrons culturals, la història sexual individual sigui un trencaclosques, un trencacaps i, per què no dir-ho, un trencacolls. L'enigma, ja ho veiem, la transsexual el resol per via somàtica: eliminació «d'estigmes» femenins i implantació de penis.

Tornem ara, després d'aquest parèntesi necessari, a la realitat concreta i vivencial de G. Sempre m'ha cridat l'atenció el caràcter més aviat banal de la seva història personal, especialment de la seva infantesa, de la qual recorda molt poques coses. Això sí, la relació afectiva fou molt més important amb el pare que no pas amb la mare. No en diu massa coses: que era més «carinyós», que li tenia atencions..., el recorda quan la portava amb la bicicleta, que sortia amb ell..., en una paraula, que es relacionava més amb ell que no pas amb la mare i que *sempre va identificar-se amb ell*. De la mare, encara en parla menys. Apareix com una persona freda i distant, probablement depressiva. Es va afectar molt amb la mort d'una filla (seria la segona dels germans) de tretze mesos i la van haver de tractar «pels nervis», però d'això mai no en parla. Aquest distanciament de la mare i manca de simbiosi afectiva amb ella ve recolzat pel fet que G passava moltes temporades amb uns parents, i quan mor el pare, va a viure quasi permanentment amb ells.

A casa mai no es parlava de temes sexuals. Al col·legi una mica, però és progressivament, amb amics i amigues, que G aconsegueix la informació sexual. No recorda haver jugat mai a jocs sexuals. A l'adolescència apareix l'activitat masturbatòria bastant freqüent, comprensible al meu entendre en la transsexual femenina, que investeix fortament el clítoris, contràriament al transsexual masculí, que segons Stoller, no es masturba —o bé ho fa sense tocar-se— perquè té horror del penis. Actualment G

es masturba menys pel problema psicològic que li crea la seva situació. Completament això dient que en alguns films pornogràfics que ha vist s'identifica amb el rol masculí; mai no ha sentit desig sexual de cap home ni ha tingut relacions sexuals amb ningú. Tampoc no s'interessa per la maternitat, qüestió que no es planteja en aquests moments com tampoc la de casar-se (es coneix algun cas de transsexualisme femení que després de tot el procés de transformació corporal s'ha casat i ha tingut fills de la seva dona per inseminació artificial, com si fos un cas d'esterilitat masculina; recordo també el cas d'una transsexual casada amb una viuda que tenia dos fills, els quals estimen i respecten el seu «pare»).

La qüestió afectiva, que G verbalitza amb dificultat o amb al·lusions més o menys velades a moments de depressió i desesperació, apareix sobretot a través de les tècniques projectives. A G li passem el Test PN de Corman i el Rorschach. Utilitzaré els resultats d'aquest últim més endavant a propòsit del diagnòstic diferencial de psicosi.

L'anàlisi i interpretació dels resultats a PN mostren que G projecta en la prova un medi familiar negatiu i frustrant, amb una mare que no satisfà les necessitats bàsiques d'afecte i seguretat, i que no ofereix cap suport al procés d'identificació femenina. El pare sembla suplir aquest dèficit inicial però de manera parcial i probablement tardana, tot donant cert suport al procés d'identificació, el qual, entre dubtes i angoixes, es decanta cap allò que és masculí.

G projecta també una autoimatge que es caracteritza per la mancança, pel dèficit d'un cos que no ha crescut, tot i tenir un potencial intacte. Això li produeix perplexitat, estranyesa i sentiments de marginació. G parla en la làmina *Partença* d'un que va «perdut..., errant, decaigut, sense ningú, deixat, solitari..., una situació que no té res d'humana». Sentiments clarament depressius contra els quals G es rebella, buscant una sortida en la companyonia i l'amistat. El nucli afectiu del problema és, doncs, una qüestió de reconeixement i estima per part dels altres d'allò que G sempre ha sentit que era, però que no pot provar. Amb un genotip i fenotip femenins, amb una identitat psicològica clarament masculina, G sospira pel reconeixement social d'aquesta identitat masculina i diria que tímidament fa mèrits per aconseguir-ho. La facècia més recent és que ha treballat amb una identitat masculina en una feina administrativa i amb el nom masculí de X (el nom, curiosament, que la família li reservava «si hagués estat un nen»). En el moment, però, que s'han hagut de formalitzar papers, G ha abandonat la feina, com altres vegades.

EQUILIBRI PSÍQUIC

Aquesta és l'última qüestió del diagnòstic d'aquest cas. El sol fet d'aquesta hipòtesi implica acceptar, encara que sembli paradoxal, la possibilitat de la normalitat del transsexualisme, o dit d'una altra manera, que ser transsexual no és patològic. Ara, si tenim en compte que hi ha psicòtics que tenen deliris de transformació corporal, cal plantejar el diagnòstic diferencial de psicosi.

La casuística del transsexualisme apunta que els casos de trastorn mental són bastant excepcionals. Des del punt de vista psicopatològic, el transsexual seria doncs una persona més o menys normal, com tothom, o amb característiques neuròtiques, fonamentalment de tipus histèric. Ara, el que sol passar és que en no distingir el pla morfològic del psicològic, el professional i el pacient es mantinguin sovint en posicions irreconciliables. L'un diu: «Doctor, jo en definitiva sóc un home», i l'altre replica, tot pensant que té al davant un cas clar de bogeria: «No, t'equivoques, ets una dona».

Concretament, en el cas de G, no existeixen proves que permetin fer la hipòtesi de trastorn mental. Cal descartar que es tracti d'un cas de psicosi. G no diu: «Miri'm doctor, em volen fer creure que sóc una noia quan és evident que sóc un noi», sinó, «Es veritat que tinc vagina, ovaris, regla, pits..., però, si us plau, tregui-m'ho tot, perquè jo sento i sempre he sentit que sóc un noi». No es tracta doncs de cap deliri de transformació corporal. ¿I què cal dir d'idees delirants o deliroides? De fet, algunes idees, defensades per G amb tossuderia, com la de la potencialitat peniana del clítoris o la de la possibilitat de créixer encara algunes polzades o que podria ser el primer cas de transformació total de dona en home, semblarien anar en aquest sentit. Ara, crec primerament que s'han de tenir presents els «mites» que sobre aquestes qüestions circulen pel carrer i en revistes sensacionalistes, i en segon lloc la necessitat vital que té la transsexual de trobar suport material al seu desig. La salvació passa per aquí i es comprèn que la desmesura de la demanda produeixi una fantasmàtica eròtica més aviat irreal, però d'aquí no sembla que es pugui diagnosticar una alteració de la funció cognitiva de la realitat i trastorns psicòtics d'adaptació a l'entorn.

El seguiment de G durant aquests divuit mesos em permet fer un diagnòstic de normalitat; això sí, d'una persona diferent de les altres, amb problemes afectius greus, de comunicació i d'adaptació; d'una per-

sona que ha patit molt i continua patint, i que per això formula ingènua-ment unes demandes desmesurades.

Els resultats de les proves psicològiques donen una persona d'intel·ligència mitjana-baixa, però que segurament no rendeix el que podria; amb alguns trets neuròtics, rígida en ideació, que es defensa contra una baixa autoestima i una imatge personal deteriorada en profunditat amb aparences de normalitat total. D'aquí un control sever dels estímuls emocionals dolorosos. Se sent indefensa. Conté la ràbia que li provoca la seva situació, però podria explotar (i sembla que de vegades explota). Se sent a trossos, desfeta, amb dificultats d'identificació-identitat (Rorschach). El nucli precisament del Rorschach (i que el test PN confirma) és l'experiència afectiva dolorosa, que pot fer-la caure en la depressió i produeix l'aparició preocupant de 6/8 signes de la constel·lació de suïcidi.

CONCLUSIONS

La psicoteràpia està abocada al fracàs. No es coneixen casos de psicoteràpia que hagin produït canvis en transsexuals adults. Com diu KLOTZ (1981), «quand le sujet est adulte et c'est un transsexuel rien ne bouge». Davant d'un cas clar de transsexualisme femení i en absència de trastorns mentals, crec que cal ajudar G mitjançant l'única via possible de la intervenció quirúrgica, a reconstruir en la mesura del possible una imatge deteriorada i trencada, que permeti a G de connectar amb un medi extern que la reconegui, i trobi així finalment un xic de pau i d'equilibri personal.

Les passes concretes que proposo són:

1. La continuació del tractament hormonal que faciliti al màxim l'aparició dels caràcters sexuals masculins secundaris. Com diuen MOONEY i EHRHARDT (1982), la virilització del transsexual femení mitjançant la testosterona, si bé no pot reduir ni l'estructura òssia de la pelvis ni les mames, sí que fa aparèixer pèl al cos i a la barba. El to de veu es fa més greu. Canvia la distribució del greix subcutani i per això l'aspecte físic és més masculí. El clítoris creix un xic i el cos cavernós es fa més erèctil, però no aconsegueix l'aparença d'un penis. També desapareix la menstruació.

2. L'operació de mames, que representaria un alleujament extraordinari per a G, però que, com diu el cirurgià, malgrat la cirurgia estètica, deixa sempre traces i fa problemàtica l'exposició nua del pit.

3. Si la demanda persisteix, caldria plantejar una eventual histerectomia i ovariectomia, però s'haurà de sospesar seriosament a causa dels desequilibris metabòlics que es produiran i que caldrà compensar.

4. No aconsellaria cap operació a nivell de genitals. Fins ara, que jo sàpiga, les pròtesis que s'han provat no han donat resultats satisfactoris. No exclouria, però, que més endavant es considerés la qüestió en funció de les possibilitats d'èxit real, tenint en compte el desig de G i el seu equilibri psicològic.

5. Ajudar G amb el pes dels informes mèdics, sexològics i psicològics, a aconseguir de la jurisprudència el canvi del seu sexe civil, de manera que pugui integrar-se laboralment i socialment.

6. Fer un seguiment mèdic i psicològic del cas, tot comprovant el grau d'acceptació i ajuda per part de la família i entorn social de G.

Bibliografia

- D.S.M. III, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, A.P.A., Washington, D.C.
- MILLOT, C., KLOTZ, H.-P. i PEREL, L., 1981, «Aspects du Transsexualisme», *Ornicar?* 22-23, pp. 167-219.
- MILLOT, G., 1983, *Exsexo. Ensayo sobre el transexualismo*, Paradiso, Barcelona.
- MONEY, J. i EHRHARDT, T.A., 1982, *Desarrollo de la sexualidad humana*, Morata, Madrid.
- STOLLER, R.J., 1968, *Sex and Gender. On the Development of Masculinity and Feminity*, Science House, Nova York.
- VALENTE TORRE, L., 1985, *A study of five cases of female transsexualism*, Dipartimento di Psicologia, Università di Torino.